

События

Крым становится намного ближе

Новый субъект Российской Федерации живёт по общегосударственным стандартам



Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова провела встречу с главой Республики Крым Сергеем Аксёновым и совещание в Минздраве Республики Крым.

«В настоящее время ситуация с лекарственным обеспечением в Республике Крым и Севастополе стабильна, – сказала министр. – Значимого подъёма цен в сегменте ЖНВЛП не возникнет, так же как и во всей стране».

В конце 2014 г. был создан запас лекарственных средств до апреля 2015 г. включительно, в марте будут проведены новые закупки, отметила В.Скворцова.

В рамках рабочей поездки заме-

Министр В.Скворцова во время встречи с медиками Крыма

ститель председателя Правительства РФ Ольга Голодец и министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова посетили Перинатальный центр Крымской республиканской больницы им. Н.А.Семашко в Симферополе.

«Перинатальный центр возглавляет всю службу родовспоможения на полуострове и уже сейчас поддерживает медицинскую связь почти со всеми учреждениями родовспоможения, контролируя каждое рождение и каждую беременность, – отметила министр. – За несколько месяцев с прошлого приезда этот центр стал ещё более зрелым, и мы видим за 2014 г. снижение важнейших показателей детской и младенческой

смертности. Материнская смертность тоже стала одной из самых низких, и в этих направлениях ведётся поступательная работа».

Министр Вероника Скворцова также посетила Ялтинскую городскую больницу № 1 и Партенитскую врачебную амбулаторию. Ялтинская городская больница должна стать учреждением второго муниципального уровня, в этом году в ней планируется формирование сосудистого и травматологического центров.

Алексей ПАПЫРИН, корр. «МГ».

Симферополь.

Наталья ЗАБРОДИНА, главный врач Центральной клинической больницы гражданской авиации, доктор медицинских наук:

Врачам надо больше доверять. Уж если государство доверило им больного, то зачем каждый день заставлять его отчитываться, перед врачом поставлена совсем другая цель.

Стр. 6–7.



Анна СЕДОВА, ведущий научный сотрудник НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей, кандидат медицинских наук:

...По нашим данным, около 80% школьников испытывают трудности при выполнении тех или иных нормативов физической подготовленности. И мы не знаем, как они будут справляться с выполнением современных норм ГТО.

Стр. 11.

Профилактика

Клич против ВИЧ

В Сибирском федеральном округе прошёл Всесибирский день профилактики ВИЧ-инфекции. Решение о проведении такого масштабного мероприятия в первый день весны было принято ровно 15 лет назад Советом главных врачей этой административной территории России, так что нынешнее можно считать юбилейным. А к юбилеям принято подводить итоги. Но радостными, к сожалению, назвать их нельзя. ВИЧ-инфекция продолжает галопировать. В Сибирском федеральном округе ежемесячно регистрируется около 2 тыс. случаев ВИЧ-инфекции среди населения, и на 1 марта нынешнего года их общее число превысило 184 тыс.

Наиболее напряжённая ситуация отмечается в Иркутской, Кемеровской и Новосибирской областях, а также в Красноярском и Алтайском краях. Не исключение и Омская область. Как сообщили в пресс-службе регионального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, только в минувшем 2014 г. в Омске и сельских районах Прииртышья эту инфекцию подхватили 2630 человек. Показатель её распространённости, таким образом, составил 133,23 на 100 тыс. населения, что в 1,2 раза превышает показатель 2013 г., и в 2,5 раза выше среднего показателя по Российской Федерации. Основным фактором риска заражения по-прежнему остаётся внутривенное введение наркотиков нестерильным инструментарием – 62,7% от установленных путей передачи. На гетеросексуальные контакты приходится 36,3% случаев. Продолжает увеличиваться количество новых случаев ВИЧ-инфицирования среди женщин репродуктивного возраста. За весь период регистрации, которая ведётся с 1996 г., ВИЧ-инфекция выявлена у 1471 беременной, инфицированными матерями рождено 839 детей, и 51 ребёнку это заболевание передавалось трансплацентарно, что уже подтверждено лабораторными исследованиями. Число же летальных исходов от ВИЧ-инфекции по всем возрастным группам приближается к 1 тыс...

Вот почему ставшее уже традиционным проведение

1 марта Всесибирского дня профилактики ВИЧ-инфекции очень актуально. Широкая информационная кампания с использованием СМИ, тиражирование и распространение просветительских материалов, беседы медиков с подростками в школах и студенческой молодёжью в аудиториях вузов, семинары для ВИЧ-инфицированных, усиленная антинаркотическая пропаганда, спортивные и другие мероприятия, отвлекающие от пагубных влияний, дают надежду, что эпидемическая ситуация по этому заболеванию всё же сбавит в Сибири темпы. Такой целенаправленный клич, призывающий к здоровому образу жизни, нельзя не услышать или проигнорировать. А ещё, считают сибирские эпидемиологи, одно из важнейших достижений в борьбе с эпидемией – это доступность обследования. К примеру, только в Омской области в целях раннего выявления ВИЧ-инфекции ежегодно проводится около 350 тыс. лабораторных исследований. Сдать тест на ВИЧ, в том числе и анонимно, не проблема для жителей и всех других областей и краёв Сибирского федерального округа. Достаточно обратиться в любое лечебно-профилактическое учреждение по месту жительства или к специалистам региональных центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Итоги и прогнозы

Югорчане оценили здоровье

В Югре подвели итоги деятельности центров здоровья за 2014 г. Они оказались востребованными десятками тысяч жителей округа.

– Оценили уровень своего здоровья более 60 тыс. югорчан, из них более 10 тыс. – дети. Стоит отметить, что это на 4,2% больше, чем за аналогичный период 2013 г., особенно «приросло» число детей – на 19,4%, – подчеркнул временно исполняющий обязанности главного врача Центра медицинской профилактики Алексей Молостов. – Популярность центров обусловлена тем,

что человек, потратив всего один час, может проверить, как работают его лёгкие, сердечно-сосудистая система, может определить уровень сахара в крови и многое другое.

Из числа осмотренных здоровыми признано более 20 тыс., что на 53,3% больше, чем за аналогичный период прошлого года. При этом к группе риска отнесено без малого 40 тыс. человек, что на 4,2% больше, чем в 2013 г.

– Все пациенты прошли обследование на аппарате экспресс-оценки состояния сердца (кардиовизор), по-

лучили индивидуальные консультации и рекомендации по укреплению здоровья, коррекции питания, занятиям физкультурой и спортом, – отметил А.Молостов.

С 2009 г. на территории округа создано 14 центров здоровья, из них 4 – для детей. Также действует 3 мобильных центра для обеспечения жителей отдалённых сельских поселений медицинскими услугами.

Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

Новости

Новый ФАП в амурском селе

На севере Амурской области, в селе Усть-Нюкжа, где проживают эвенки, открылся новый фельдшерско-акушерский пункт. Старое здание ФАПа 1934 г. постройки, где раньше проходил приём пациентов, не соответствовало санитарным нормам. По словам властей, открытие нового пункта, строительство которого обошлось администрации района в 20 млн руб., позволит создать в Усть-Нюкже современный медицинский участок, куда войдут ещё несколько соседних сёл.

«За полгода это второе лечебное учреждение, которое вводится в Тындинском районе. И, в принципе, открытием этого ФАПа мы практически снимем все основные проблемы в сфере медобслуживания», – уверен Андрей Козлов, главный врач Тындинской ЦРБ.

Сейчас районные власти думают, как привлечь в село специалистов-медиков. «Мы предусмотрели единовременные выплаты – порядка 100 тыс. руб. Если есть возможность приобрести жильё – приобретаем. Обговорили и такой вариант, что больница будет компенсировать затраты докторам на аренду жилья», – говорит глава Тындинского района Тамара Лысакова.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Амурская область.

Вздохнут с облегчением

Туберкулёзная служба Кемеровской области получила роскошный подарок: в Кемерово состоялось открытие детского диспансерного отделения Кемеровского областного клинического противотуберкулёзного диспансера.

Детский противотуберкулёзный диспансер разместился в бывшем здании железнодорожной больницы. Теперь консультативный приём детей и подростков со всего Кузбасса с подозрением на туберкулёз, а также диагностика, дообследование и профилактическое лечение несовершеннолетних пациентов будут проводиться в очень комфортных условиях. Улучшились и условия труда медперсонала.

Нельзя сейчас не вспомнить, что старое здание детской поликлиники представляло собой деревянную постройку 1922 г. Несколько лет назад его из-за ветхости закрыли, а диспансер временно разместили на первом этаже детского противотуберкулёзного стационара. К счастью, утверждение о постоянстве временного на этот раз не сработало. У сотрудников и пациентов стационара новоселье амбулаторной службы также вызвало вздох облегчения: появилась возможность возродить игровую комнату и вновь сделать палаты маломестными.

Что касается детской заболеваемости туберкулёзом в Кузбассе в целом, её, по словам главного детского фтизиатра области Василия Ильясова, в последнее время удалось стабилизировать.

Валентина АЛФЁРОВА.

Кемерово.

40 приморцев стали почётными донорами России

Департамент здравоохранения Приморского края наградил 40 приморцев, ставших почётными донорами России. Самому старшему из них – 68 лет, самому молодому – 26 лет.

По словам руководителя департамента Андрея Кузьмина, доноров по праву можно считать героями, поскольку они безвозмездно жертвуют частичку самих себя больным людям. Он от души поблагодарил всех собравшихся, торжественно вручив им памятные подарки.

Будет уместным напомнить, что нагрудным знаком «Почётный донор России» награждаются граждане Российской Федерации, «сдавшие безвозмездно кровь и (или) её компоненты (за исключением плазмы крови) 40 и более раз, либо кровь и (или) её компоненты 25 и более раз и плазму крови в общем количестве крови и (или) её компонентов и плазмы крови 40, либо кровь и (или) её компоненты менее 25 раз и плазму крови в общем количестве крови и (или) её компонентов и плазмы крови 60 и более раз, либо плазму крови 60 и более раз».

Почётные доноры живут по всему Приморскому краю – в Дальнереченске, Дальнегорске, Находке, Уссурийске и во Владивостоке. Отметим, что донорам оказываются меры социальной поддержки – так, например, они имеют право на ежегодную выплату в размере 12 тыс. руб.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

Кадетско-медицинский класс

Идею создания кадетско-медицинского класса при университете на практической базе Управления Роспотребнадзора по г. Москве высказал министр правительства Москвы, руководитель Департамента образования столицы Исаак Калина. Это предложение было озвучено на состоявшейся в феврале коллегии Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) по г. Москве.

При подведении итогов 2014 г. руководитель Управления Роспотребнадзора по г. Москве Елена Андреева подчеркнула важность корпоративного взаимодействия с Первым московским государственным медицинским университетом им. И.М.Сеченова в деле подготовки кадров для службы.

Были особо отмечены удачная работа с абитуриентами при организации целевого набора на медико-профилактический факультет в 2014 г. и эффективность встречи со студентами 4-х, 5-х, 6-х курсов факультета в рамках реализации кампании «Профессиональный маршрут выпускника 2015 г.»

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

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

Инициатива

Далеко от Читы
Самые отдалённые уголки Забайкалья
стараются навестить ведущие доктора края

У жителей Нерчинско-Заводского района Забайкальского края произошло нерядовое событие. В течение целого дня на базе районной поликлиники работали врачи из Читы, узкие специалисты.

Среди них были главный кардиохирург Минздрава Забайкальского края Дмитрий Нардин, заведующий отделением травматологии краевой детской клинической больницы Станислав Макковеев, детский эндокринолог Алексей Иванов, гастроэнтеролог дорожной клинической больницы Татьяна Суянда, кардиолог Михаил Мыльников, главный медицинский психолог краевого Минздрава Ольга Соколова, уролог Роман Минашкин, врачи стоматологической клиники Татьяна Балаганская и Егор Афанасьев. Известные и признанные специалисты прибыли в далёкий от Читы район в рамках хорошо себя зарекомендовавшей акции «Ярмарка здоровья».

Проект «Ярмарка здоровья» направлен на приближение качественной и доступной медицинской помощи жителям районов Забайкальского края. Он продолжается уже третий год, первый в 2015 г. выезд стал в общей сложности девятым. Всего за один день в Нер-Заводе было осмотрено 429 пациентов, а общее количество пациентов, побывавших у читинских докторов с 2013 г., перевалило за 3 тыс. Проект крайне востребован и



Идёт очередной приём во время выезда читинских докторов

необходим для наших земляков, маленьких и взрослых.

Особенностью очередного врачебного «десанта» стало то, что большинство пациентов были дети самого разного возраста, начиная с 1 месяца. С утра коридор поликлиники был заполнен ребятишками. Только у детского эндокринолога Алексея Иванова побывало на консультации 82 пациента, у детского травматолога Станислава Макковеева – 66 детей с проблемами, которые необходимо корректировать уже сегодня. Наши замечательные стоматологи осматрели 75 детей, некоторым оказали необходимую квалифицированную помощь.

Традиционно во время выезда врачебной бригады в районе одновременно работал с населени-

ем директор территориального фонда ОМС по Забайкальскому краю Алексей Бутыльский. И в этот раз им было принято более 20 жителей по наболевшим вопросам медицинского обслуживания.

Приятным моментом было вручение почётных дипломов «Народный доктор» лучшим работникам здравоохранения района.

Нерчинско-Заводский район совсем не близко от столицы края, но именно здесь трудились известные в Забайкалье врачи: Сергей Шмеркин, Анатолий и Николай Говорины, Александр Смоленков, Александр Агафонов.

Алексей САКЛАКОВ,
депутат Законодательного собрания
Забайкальского края.

Острая тема

За счёт бюджета —
не значит бесплатно

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) обратила внимание органов исполнительной власти субъектов РФ на участвовавшие факты списания вакцин и препаратов, закупленных или поставленных за счёт средств федерального бюджета по программам ОНЛС, ВИЧ, «Семь нозологий».

Основная причина списания – истечение сроков годности. При этом зачастую невостребованные остатки лекарственных средств формируются при одновременном наличии в регионе необеспеченных рецептов. Поэтому Росздравнадзор и указал на необходимость более эффективно и чётко управлять запасами лекарственных средств, закупленных на бюджетные деньги.

В ходе контрольных мероприятий в 2013–2014 гг. Росздравнадзором неоднократно выявлялись случаи неэффективного управления запасами лекарственных препаратов, закупленных регионами за счёт федерального бюджета или централизованно туда по-

ставленных (Калининградская, Московская, Орловская, Новгородская, Мурманская, Курская области, Еврейская автономная область, республики Тыва, Коми, Кабардино-Балкарская). Случаи списания вакцин в последние 2 года отмечались также в республиках Хакасия, Алтай, Дагестан, Карелия, Чеченской, Пермском крае, Псковской, Вологодской, Нижегородской, Архангельской, Рязанской и Томской областях.

В Калининградской области, например, были выявлены просроченные лекарства на сумму около 28 млн руб. По федеральной льготе (ОНЛС) их оказалось на сумму 3,6 млн руб., ещё на 24,3 млн были закуплены и поставлены в регион в рамках реализации постановления Правительства РФ № 1155 от 26.12.2011 («Семь нозологий»).

Налицо неэффективное расходование средств федерального бюджета, констатировал Росздравнадзор, по результатам проверки которого областная прокуратура внесла представление губернатору Калининградской области с требованием

о возмещении необоснованно потраченных бюджетных средств в размере 27 896 116 руб. и привлечении к дисциплинарной ответственности и.о. министра здравоохранения области и других виновных должностных лиц.

Материалы проверки направлены в Следственное управление Следственного комитета РФ по Калининградской области для организации проверки в рамках уголовно-процессуального законодательства.

«В нынешних экономических условиях факты списания просто недопустимы, – считает и.о. руководителя Росздравнадзора Михаил Мурашко. – Они свидетельствуют о неэффективном расходовании средств федерального бюджета. Подобная информация будет направляться нами в органы прокуратуры для принятия соответствующих мер реагирования в отношении должностных лиц, допустивших данное нарушение, как это было сделано в отношении Калининградской области».

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Cito!

Акценты

Пора знать, сколько стоит здоровье!

В соответствии с поручением Президента РФ Владимира Путина № Пр-1788 от 25.07.2014 с 1 января 2015 г. все медицинские организации, работающие в системе обязательного медицинского страхования, обязаны предоставлять застрахованным гражданам информацию о стоимости оказанных им медицинских услуг в форме соответствующей справки. Цель данного мероприятия – формировать у населения объективное представление о затратах государства на медпомощь в рамках программы ОМС.

Часто люди в нашей стране воспринимают бесплатную для них по полису ОМС медицинскую помощь как должное, не понимая в полной мере, что государство выделяет на их лечение значительные денежные средства. Так, на финансирование программы обязательного медицинского страхования Подмосковья на 2015 г. в бюджете территориального фонда ОМС Московской области предусмотрено 90,19 млрд руб., а стоимость медицинской помощи (медицинских услуг) согласно тарифному соглашению по реализа-

ции указанной программы весьма высока. Например, проведение в амбулаторных условиях компьютерной томографии с контрастным усилением оценивается в 5,5 тыс. руб., магнитно-резонансной томографии без контрастного усиления – 2,1 тыс., коронарографии в условиях круглосуточного стационара – 17,9 тыс. Лечение пневмонии у детей в круглосуточном стационаре при средней продолжительности лечения 15 дней обходится приблизительно в 41 тыс. руб. В случае вмешательства на коронарных артериях с применением эндоваскулярных методов диагностики и лечения стоимость законченного случая средней длительностью 4 дня в круглосуточном стационаре составляет 226 тыс. руб. То есть люди должны осознавать, насколько внушительные суммы в действительности идут на медицинское обслуживание и, как результат, ответственнее относиться к своему здоровью.

Московская область была в числе 7 субъектов РФ, где реализация поручения Президента об индивидуальном информировании застрахованных лиц о перечне и стоимости оказанных медицин-

ских услуг началась ещё 1 сентября прошлого года в качестве пилотного проекта. С 1 ноября в нём были задействованы уже все 362 медицинские организации, работающие в системе ОМС, и за 4 месяца 2014 г. в регионе выдали более 11 млн справок.

Кроме Подмосковья в пилотном проекте участвовали Брянская, Нижегородская, Новгородская, Тульская области, Краснодарский край, Республика Татарстан. К концу 2014 г. к выполнению пилотного проекта присоединились другие субъекты Федерации, и информирование населения осуществлялось уже в 64 территориях страны.

Уведомление получивших медпомощь в амбулаторно-поликлинических условиях происходит непосредственно после приёма врача, осмотра или диагностического обследования либо после завершения лечения заболевания. В условиях круглосуточного и дневного стационара справка выдаётся при выписке. Стоимость медпомощи при этом указывается в соответствии с действующими тарифами на оплату медицинской помощи в системе ОМС.

Факт выдачи справки или отказа от её получения под роспись застрахованного лица регистрируется в первичных документах – медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.

Галина АНТОНОВА,
директор территориального фонда
ОМС Московской области.

Деньги

Росстат: средняя зарплата в Минздраве 90 тыс. руб.

Средняя ежемесячная заработная плата служащих Министерства здравоохранения РФ составила в 2014 г. 90 689 руб. – на 16% больше, чем в 2013 г., сообщил Росстат.

Однако с сентября по декабрь 2014 г. оплата труда чиновников Минздрава уменьшилась – в сентябре они получали более 100 тыс. руб. месяц. В результате годовой доход сотрудника министерства составил в среднем 1 млн 88 тыс. руб. в год. Всего чиновники Минздрава заработали в прошлом году более 500 млн.

Согласно данным Росстата, сейчас в Министерстве здравоохранения РФ трудятся 483 человека. Содержание аппарата обошлось в 2014 г. в 522 млн руб.

Зарплаты чиновников Росздравнадзора за год выросли почти в полтора раза – с 57 тыс. руб. до 81 тыс. Штат ведомства укомплектован в настоящее время на 62% – здесь работают 175 человек.

Средняя заработная плата сотрудников Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) подросла только на 3%, достигнув без малого 90 тыс. руб.

Врачи и работники медицинских организаций, имеющие высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, обеспечивающие предоставление медицинских услуг, получали в прошлом году в среднем 46 тыс. руб. в месяц.

Среднемесячная заработная плата гражданских служащих в федеральных государственных органах превысила, кстати, в 2014 г. 109 тыс. Выше всех зарплата в аппарате Правительства РФ – почти 250 тыс. руб. и Администрации Президента – 232 тыс.

Замечу, что средняя заработная плата в среднем по Российской Федерации составила в 2014 г. 32 611 руб.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Cito!

Перемены

Проект – не догма

В Красноярском федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии введён в эксплуатацию новый, шестой операционный зал. Он предназначен для работы на открытом сердце и сосудах. Уникальность нового подразделения в том, что эта операционная не была предусмотрена в проекте здания, но потребности клиники в расширении «производственных мощностей» заставили найти нестандартное решение.

По словам главного врача Красноярского кардиоцентра, доктора медицинских наук, профессора Валерия Саковича, изначально стандартная комплектация клиники, собранной из готовых блоков немецкого производства, предусматривала только 5 операционных залов, из них 3 – для выполнения операций в условиях искусственного кровообращения. Ежегодно специалисты Красноярского ЦССХ выполняют более 1200 вмешательств на открытом сердце, и все 3 операционные для

«больших» операций уже работают с максимальной нагрузкой. Поэтому возникла острая потребность в ещё одном операционном зале для «открытых» операций.

Как подчёркивают в КЦССХ, новый операционный зал, который требовалось гармонично встроить в уже существующий корпус, проектировали инженеры из Санкт-Петербурга. В итоге замысел удался: «несанкционированная» операционная полностью аналогична трём другим операционным для работы на открытом сердце,

а её оснащение соответствует исходному германскому проекту. Опыт красноярцев убедительно доказывает, что при желании развитие лечебного учреждения возможно даже в условиях строго заданных рамок.

В.Сакович признаётся, что на этом реконструкция кардиоцентра не прекращается. Равно как и «большая» кардиохирургия, требует расширения возможностей миниинвазивная. Поэтому сейчас детально прорабатывается тема строительства ещё одной рентгенооперационной, что даст возможность значительно нарастить объём помощи постинфарктным больным и пациентам с ишемической болезнью сердца.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Инициатива

«Гостевой» гемодиализ

В прошлом году несколько диализных больных из Кемеровской области смогли отдохнуть в Подмосковье и Краснодарском крае, получая там бесплатное лечение на аппарате «искусственная почка». А в отделениях гемодиализа Кемерово, Новокузнецка и Белово такая бесплатная помощь была оказана 62 пациентам с тяжёлой формой хронической почечной недостаточности (ХПН), проживающих в других регионах.

Новая для Кузбасса форма «гостевого» диализа стала развиваться 2 года назад – после того, как данный вид помощи «погрузили» в систему обязательного медицинского страхования. Для пациентов

с ХПН это в буквальном смысле раздвинуло горизонты жизни.

Прежде, когда региональные бюджеты финансировали лечение только своих пациентов, приезжие из других краёв и областей могли получить такую помощь лишь за плату. Но и при таком раскладе диализных мест катастрофически не хватало.

Ситуация начала меняться 2 года назад, когда в Кемеровской области приступили к реализации первого проекта государственно-частного партнёрства в медицине. В развитие диализной службы частные инвесторы (медико-образовательная организация «Нефросовет») вложили несколько миллионов евро. В результате парк «искусственных почек» прак-

тически удвоился и появились резервные аппараты – на случай форс-мажора. Число кузбассовцев, имеющих доступ к этому специализированному лечению, тоже выросло вдвое. Плюс врачи стали оказывать помощь приезжим. Теперь путешественникам и командировочным достаточно поинтересоваться, будет ли такого-то числа в больнице свободное диализное место. И если да, предъявить по прибытии свой паспорт и полис ОМС. Как правило, на лечение их берут в третью, менее загруженную смену, задействуя для этого резервные аппараты.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Криминал

Цены на лекарства проверили в Интернете



Республиканская прокуратура обязала главу Государственного комитета Республики Башкортостан по тарифам устранить нарушения в области размещения цен на жизненно важные лекарства и привлечь виновных к дисциплинарной ответственности.

«По данному факту прокуратурой республики в адрес председателя Государственного комитета Республики Башкортостан по тарифам внесено представление об устранении нарушений законодательства об обращении лекарственных средств и обеспечении доступа к деятельности государственных органов с требованием привлечь виновных к дисциплинарной ответственности», – говорится в ответном письме ведомства.

Кроме того, Прокуратура Республики Башкортостан отметила, что сайт, на котором размещались якобы актуальные цены на лекарства по региону, не является порталом какого-либо госоргана. А это противоречит букве закона.

Ранее общественное движение

«Молодые юристы России» направляло в прокуратуру запрос, в котором просило ведомство разобраться, почему в Башкирии органы исполнительной власти не размещают цены на жизненно важные лекарственные препараты на своих официальных сайтах, как того требует Федеральный закон № 61-ФЗ от 12.04.2010 «Об обращении лекарственных средств».

Отсутствие данных было обнаружено в результате мониторинга, проведённого экспертами «Молодых юристов России» в рамках разработки федеральной системы мониторинга доступности здравоохранения.

Отсутствие цен на лекарства на официальных сайтах также содержит в себе признаки административного правонарушения 4.2 13.27 КоАП РФ «Нарушение требований к организации доступа информации о деятельности государственных органов и органов местного самоуправления и её размещению в сети Интернет».

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

Уфа.

Создать и внедрить единый этический кодекс работников здравоохранения поручила Минздраву России вице-премьер РФ Ольга Голодец, курирующая в правительстве социальные вопросы.

Проблема медицинской этики стала одной из основных тем на заседании Совета при Правительстве Российской Федерации по вопросам попечительства в социальной сфере, которое провела О.Голодец. «Полтора года назад мы начали заниматься этическими рекомендациями для медицинских работников роддомов и неонатологов, – напомнила она. – Министерство здравоохранения с помощью широких слоёв общественности подготовило серьёзные документы и смогло реализовать эти правила этики в отношении беременных женщин, рожениц, молодых мам».

Теперь пришло время создать и внедрить единый этический кодекс работников здравоохранения. По мнению О.Голодец, сегодня такие документы должны быть внедрены на всех его уровнях, начиная от регистратуры в поликлинике и заканчивая стационарными медучреждениями, где людям приходится проводить длительное время.

«Необходимо не только подготовить документы, но и обучить персонал, наладить систему контроля, как государственного, так и независимого, за тем, чтобы введённые этические правила соблюдались, – подчеркнула вице-премьер. – Наша задача – чтобы пациенты почувствовали вежливое, внимательное, корректное отношение к себе. Это важная задача на этот год».

По словам О.Голодец, речь идёт и о тех, кто работает в медучреждениях, но при этом не является медиком, – работниках регистратуры, водителях машин скорой помощи, дворниках и др.

В ходе заседания принято решение проработать кодекс ме-

Перспективы

В здравоохранении будет единый этический кодекс

Пациенты должны почувствовать вежливое, внимательное, корректное отношение к себе



Единый этический кодекс будет только кстати

дицинской этики с привлечением общественности. «Нужно не только выработать общий свод правил, отдельно нужно проработать систему ответственности и систему контроля», – уточнила зампред правительства.

Как сообщила директор Департамента медицинского образования и кадровой политики

в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова, 23–25 марта в рамках IV Всероссийского форума студентов медицинских, фармацевтических вузов России, который пройдёт в Санкт-Петербурге, будет представлен проект этического кодекса обучающегося студента-медика. Он разработан членами

совета студентов при Министерстве здравоохранения.

Напомню, что, руководствуясь клятвой Гиппократова, принципами гуманизма и милосердия, документами Всемирной медицинской ассоциации по этике и законодательством РФ в части права граждан на охрану здо-

на 4-й конференции Ассоциации врачей России в ноябре 1994 г. уже был принят Этический кодекс российского врача. Он декларирует его определяющую роль в системе здравоохранения, учитывая особый характер взаимоотношений доктора с пациентом, и дополнил механизмы правового регулирования этих отношений нормами врачебной этики. Каждый врач несёт моральную ответственность перед медицинским сообществом за свою врачебную деятельность, а медицинское сообщество – за своих членов перед обществом в целом.

А в сентябре 2010 г. правлением Ассоциации медицинских сестёр России была разработана новая редакция Этического кодекса медицинской сестры России (его первая редакция принята на 3-й Всероссийской конференции по сестринскому делу в июне 1996 г.). До этого новый вариант документа был представлен для обсуждения и рецензирования и одобрен Всероссийской конференцией Ассоциации медицинских сестёр России.

Остаётся надеяться, что указанные кодексы будут действовать и после того, как вступит в силу единый этический кодекс работников здравоохранения.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Острая тема

Оказывать медицинскую помощь людям, которые находятся в изоляторах временного содержания, спецприёмниках, а также центрах временного содержания для несовершеннолетних правонарушителей, придётся, видимо, скоро в городских и муниципальных больницах. Вместе с законопослушными гражданами.

Министерство внутренних дел РФ разработало проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан», призванного снять с него обязанность по лечению подозреваемых, обвиняемых и людей, находящихся под административным арестом, и переложить её на гражданские – городские и муниципальные больницы. В министерстве объясняют это тем, что заключённые в спецучреждениях, как и другие граждане России, имеют право на получение полиса ОМС, бесплатное лечение в государственных медучреждениях и выбор врача.

Но главное, как считают в МВД, это должно освободить полицию от выполнения несвойственных ей функций, а также улучшить качество помощи заключённым.

Сейчас, согласно действующему законодательству, оказанию медицинской помощи и проведением медосмотров (освидетель-

Арестант на приёме

Медикам, похоже, предлагают запеть старинный шансон



Пациент из Бутырки

ствований) для людей, содержащихся в спецучреждениях, должны заниматься территориальные органы МВД. При этом многие из них находятся далеко от подведомственных министерству медицинских организаций, в то время как городские и муниципальные клиники – рядом. Почему бы и не воспользоваться этим?

Новоиспечённый законопроект

уже выложен на Едином портале раскрытия информации. Как следует из пояснительной записки, МВД хочет внести изменения в федеральные законы «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений», «О порядке отбывания административного

ареста» и «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Планируется, что новый федеральный закон вступит в силу с 1 января 2017 г.

Европейский комитет по предупреждению пыток не раз, кстати, рекомендовал Правительству РФ рассмотреть возможность перевода всего медперсонала изоляторов временного содержания в ведение структуры, не входящей в МВД. Это, дескать, сможет гарантировать полную независимость медиков при выполнении ими служебных обязанностей.

Отсюда и моя уверенность, что законопроект МВД благополучно пройдёт парламент и будет принят. Ведь ещё свежа в нашей памяти история с медицинскими вытрезвителями, когда в 2010 г. президентским указом они были упразднены и в 2012 г. полностью ликвидированы. «Родным домом» для алкашей стали с тех пор больницы. Пьяными переполнены приёмные отделения тех из них, которым «повезло» и они попали в перечень дежурных «принимаю-

щих» медорганизаций. Нетрезвых и, мягко говоря, неадекватно ведущих себя граждан можно встретить здесь повсюду – там, где человеку, «принявшему на грудь» зное количество спиртного, не место.

В настоящее время, правда, обсуждается вопрос о восстановлении вытрезвителей в городах, население которых превышает 100 тыс. человек. Но опять же, эти заведения «не должны находиться в ведении МВД», предусматривается, что курировать их должны либо Министерство здравоохранения, либо Министерство труда и социальной защиты. А дело полиции, дескать, – обеспечить правопорядок и доставить пьяных граждан в сии учреждения.

Скоро к ним могут добавиться арестанты. Так что медикам, у которых и без того руки просто опускаются, останется только запеть, перефразируя хорошо известную среди этого народа песню: «Больница, я твой бесценный арестант...»

Олег МАЛОВ.
МИА Сити!

Решения

Повысить доступность для населения дорогостоящих видов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), оказываемой в региональных медицинских организациях, призвано распоряжение, которое подписал председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

Документом утверждается распределение в 2015 г. субсидий бюджетам 61 субъекта Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании россиянам ВМП, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования.

В бюджете Федерального фонда ОМС на 2015 г. на эти цели предусмотрено 5 млрд руб. Кроме того, из региональных бюджетов будет направлено 21,1 млрд.

Почти 410 млн руб. субсидии получит, согласно подписанному премьером распоряжению, Республика Татарстан, более 152 млн – Республика Башкортостан. Серьёзная поддержка – почти 538,5 млн – будет оказана Свердловской области, Ханты-Мансийскому автономному округу – Югре – более 314,7 млн, Краснодарскому краю – свыше 239 млн, Воронежской области – свыше 258,5 млн, Оренбургской области – более 168,8 млн, Самарской области – свыше 154,3 млн. Почти 519,7 млн руб. получит Москва, 339 млн – Санкт-Петербург.

Скромнее субсидии, выделенные Курской области, – 2,108 млн руб., Магаданской – 1,966 млн, Брянской – 1,205 млн, Тульской – 816,2 тыс. руб. и Псковской – 378 тыс.

Распределение субсидий рассчитывалось по формуле, установленной правилами их предоставления в 2015 г. бюджетам субъектов Федерации (утверждены постановлением Правительства РФ № 1572 от 27.12.2014). При этом учитывались объёмы

Субсидии на ВМП распределены

Впервые такая помощь стала оказываться не только в плановом, но и в экстренном порядке



Высокотехнологичная медицинская помощь уверенно шагает в регионы

бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджетах субъектов РФ на оказание ВМП, уровень расчётной бюджетной обеспеченности субъектов Федерации, а также значения показателя результативности предоставления такой субсидии в предыдущем году.

Критерии отбора субъектов Федерации для предоставления субсидий – наличие медицинских организаций, подведомственных исполнительному органу государственной власти субъекта РФ, имеющих лицензию на оказание ВМП, а также наличие в бюджете субъекта Федерации бюджетных ассигнований, предусмотренных на её оказание.

В 2014 г. высокотехнологичную медицинскую помощь в медорганизациях субъектов Федерации на условиях софинансирования получили 151,9 тыс. человек. Как сообщила в ходе «правительственного часа» в Госдуме глава Минздрава России Вероника Скворцова, «объёмы высокотехнологичной помощи мы нарастили на 40%: с 505 до 705 тыс. пациентов, перевыполнив план 2014 г. на 30%». Она пояснила, что планировалось оказать такую помощь 542 тыс. пациентов.

По словам В.Скворцовой, 80% больных, пролеченных высокотехнологичными методами, включёнными в базовую программу ОМС, получали помощь в регионах. При этом впервые такая помощь стала оказываться не только в плановом, но и экстренном порядке.

Министр уверена, что в 2015 г. объёмы ВМП возрастут до 715 тыс. человек. Но это возможно лишь «при условии удержания цен на имплантаты, лекарственные препараты и запчасти к медицинской технике, что входит в число важнейших антикризисных мер», заметила В.Скворцова.

Иван ВЕТЛУТИН.

Перспективы

Министерство здравоохранения РФ предложило организовать в федеральных округах централизованные закупки лекарственных средств для реализации территориальных программ государственных гарантий. В своей телеграмме Минздрав России рекомендует регионам заключить соответствующие соглашения, определить организаторов аукционов с передачей части своих полномочий по организации и проведению закупок.

Инициатива федерального ведомства заставила руководителей региональных минздравов в экстренном порядке знакомиться и устанавливать взаимодействие друг с другом. В этом смысле субъектам Сибирского федерального округа будет проще, чем остальным: межрегиональный Координационный совет по здравоохранению, созданный здесь в конце 90-х годов, сохранился и работает. Опыт выработки единых решений по разным актуальным вопросам здравоохранения и наличие деловых контактов имеют решающее значение в ситуации, когда речь идёт о совместных госзакупках.

На вопрос корреспондента «МГ», насколько продуктивна и реализуема ли в принципе идея Минздрава России по организации централизованных закупок медикаментов внутри федеральных округов, председатель Координационного совета по здравоохранению СФО, доктор медицинских наук, профессор Михаил Садовой ответил так:

– В современных экономических

Чтоб не пропасть поодиночке...

Одним махом решаются две стратегические задачи

условиях важны все возможные варианты антикризисных мер, которые направлены на то, чтобы сохранить доступность медицинской помощи. И здесь необходимо решать сразу две стратегические задачи. Первая – политика импортозамещения, которая предусматривала бы развитие российских производств фармпрепаратов и медицинских изделий, локализацию в РФ иностранных производителей, создание преференций для того, чтобы покупались преимущественно лекарства и медицинские изделия именно отечественного производства.

Вторая задача – создание долговременных и понятных взаимоотношений с поставщиками на тот случай, если не только готовые формы лекарств и расходные материалы, но также первичные субстанции фармпрепаратов и комплектующие медицинских изделий для российских предприятий поступают к нам из-за рубежа. В условиях возможной финансовой нестабильности возникает большое количество рисков, и в ряде территорий уже происходит отмена торгов, потому что поставщики отказываются от

исполнения контрактов. Одним из решений здесь может стать подписание долговременных контрактов не на год, а на 3-5 и даже на 7 лет.

Что касается тактической антикризисной задачи – объединения региональных лотов и формирования единого лота от нескольких субъектов РФ, эту идею и нужно, и возможно реализовать по тем препаратам и изделиям медицинского назначения, которые необходимы в больших объёмах. Универсального решения пока нет, объединяться ли всем регионам округа или по 2-3 территории. Равно как нет ответов на вопросы, неизбежно возникающие у каждого регионального Минздрава: с кем будет заключаться контракт, где разместятся основные площадки по торгам, как организовать логистику поставок, кто будет решать вопросы юридического сопровождения договоров, дополнительных поставок или возврата товара? От ответов на эти и другие многочисленные организационно-правовые вопросы зависит самое главное – насколько существенной окажется экономия на совместных торгах?

Сам факт, что федеральное Министерство здравоохранения не спустило директиву «сверху», а обратилось за советом к экспертному сообществу, – это хороший знак, который говорит о зрелости субъектов Федерации и о том, что федеральные власти готовы слушать и доверяют мнению экспертов в выработке оптимального, взвешенного варианта решения.

Заранее можно сказать, что универсальное решение, единое для всех территорий федерального округа найти вряд ли получится, учитывая разные объёмы потребностей в фармпрепаратах, а также то, что часть регионов уже отыграли торги и сформировали запасы лекарств и расходных материалов на ближайшие полгода. Очевиднее всего, это будут объединения по нескольким территориям, ведь необходимо создать такую конструкцию, которая была бы не механической, а экономически и социально целесообразной и эффективной.

Уверен, что нам удастся синхронизировать работу министерств всех 12 субъектов СФО и уже в течение ближайших недель выработать разные варианты решений

по комплексированию территорий при проведении торгов для нужд здравоохранения. Мы готовы не просто направить в Москву свои решения, но и предложить Сибирский федеральный округ, как пилотную площадку для их отработки.

Что же касается долгосрочной государственной стратегии импортозамещения, пример её успешной реализации уже есть в том же СФО. Несколько лет назад в Новосибирске с участием НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна Минздрава России был создан медицинский технопарк как национальная площадка по формированию импортозамещения травматолого-ортопедической и нейрохирургической продукции. Есть предпосылки к тому, что уже в этом году удастся запустить производственные мощности по изготовлению в промышленных масштабах эндопротезов с керамическими элементами, конструкций для хирургии позвоночника, биodeградируемых материалов, которые в настоящее время российские клиники вынуждены приобретать за рубежом.

Аналогичный пример – Уralский медицинский кластер. Путь от идеи до начала производства отечественного инсулина был весьма нелёгким, но препарат создан, и сейчас там же создаются великолепные противовирусные средства. Иными словами, точки роста есть, необходима продуманная государственная политика поддержки этих точек.

Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Новосибирск.



Нередко, сетуя на наше муниципальное здравоохранение, мы вспоминаем, что в стране слишком много развелось больниц «для узкого круга», имея в виду, что любое крупное министерство, компания, имеют свои медицинские службы. Есть они в МВД, ФСБ, МИДе, ОАО «РЖД», ФМБА, Министерстве обороны, Газпроме, у строительного комплекса и т.д. Граждане ссылаются на то, что за рубежом подобное исключено, хотя это далеко не так. Что же такое ведомственная служба, нужна ли она, кого лечат её врачи и есть ли польза от неё не включённому в этот «узкий» круг населению? Об этом сегодня наш разговор с главным врачом Центральной клинической больницы гражданской авиации доктором медицинских наук Натальей ЗАБРОДИНОЙ.

Мифы надо разрушать

– Наталья Борисовна, ЦКБ ГА – та самая больница, которая предназначена для обеспечения здоровья специалистов, связанных с гражданской авиацией. Вы стали руководителем этого огромного многопрофильного комплекса не так давно, значит глаз у вас ещё «не замыленный», а потому какие всё же преимущества у такого мощного учреждения и какие возможности перед пациентом открывает такой стационар?

– Прежде всего хочу заметить, что за моей спиной уже многолетняя врачебная практика. Наша Центральная клиническая больница Гражданской авиации стала преемницей Центральной клинической больницы и поликлиники Гражданского воздушного флота, открытой 77 лет назад, так что её биография довольно солидная, за плечами наших медиков большой багаж. Сегодня мы – федеральное бюджетное учреждение «ЦКБ ГА» – ведущее многопрофильное лечебное учреждение гражданской авиации, решающее важнейшую государственную задачу медицинского обеспечения безопасности полётов. Я уверена, каждому понятна его значимость, роль в обеспечении здоровья тех, кто поднимает в небо наши лайнеры, кто обслуживает такую отрасль, как авиация. Растут воздушные перевозки, всё больше наших граждан путешествует по миру, отправляются в загранкомандировки, и они должны быть уверены, что те, кто за штурвалом их самолёта, – люди обладающие хорошим и физическим и психическим здоровьем. Наша ЦКБ – уникальное учреждение на 460 коек, оно единственное в стране осуществляет контроль качества медицинского освидетельствования авиационного персонала 40 врачебно-лётных экспертных комиссий России. Здесь накоплен уникальный опыт медицинского наблюдения за авиационным персоналом, профессионального медицинского отбора, профилактики и лечения заболеваний специалистов с учётом особенностей труда. А кадровый состав больницы имеет подготовку по базовой специальности и авиационной и космической медицине. Я могу говорить о своей любимой больнице сутками, считаю её самой лучшей, самой технически оснащённой, в которой работают высококвалифицированные кадры, относящиеся к работе, как к делу своей жизни, а не как обслуживающий персонал, увы, таким термином в последнее время злоупотребляют многие и даже близкие к медицине люди.

– Такой ваш взгляд, похоже, говорит о том, что у вас были хорошие учителя.

– Я окончила Горьковский медицинский институт, правда, признаюсь, по настоянию папы – генерального конструктора одного из заводов. В вузе у меня были прекрасные воспитатели. Я мечтала после окончания института о хирургии, но места в ней не оказалось, и мне предложили стать урологом. Я оказалась в медсанчасти Горьковского автомобильного завода, сна-

Ориентир

Наталья ЗАБРОДИНА:

У врача одна святая обязанность — лечить

Зачем авиации нужна своя медицина и что от неё ожидать

чала работала врачом, в 29 лет стала заведовать урологическим отделением. Потом окончила в Москве аспирантуру, защитила кандидатскую диссертацию. Моим руководителем, настоящим учителем был профессор 2-го Московского государственного медицинского института – ныне это Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова Евсей Борисович Мазо – человек больших знаний, эрудит, интеллектуал, интеллигент того прошлого поколения, о котором нынешнее может только где-то прочесть. Благодаря моим учителям я счастлива, что стала урологом, считаю свою специальность самой перспективной, лучшей, а её врачей – самыми думающими, мудрыми, умными.

Вскоре в стране началась перестройка, медсанчасть передали городу, я осталась в Москве, где стала работать врачом в больнице ОАО «РЖД», оттуда в 2005 г. перешла в эту больницу. Здесь защитила докторскую диссертацию, работая на кафедре урологии Российской медицинской академии последипломного образования, затем всё же решила связать себя с практикой, осталась здесь заведующей урологическим отделением, а в 2012 г. меня утвердили главным врачом, хотя была конкуренция.

Идти вперёд, не оглядываясь назад

– Для вас, клинициста, это была совершенно новая работа?

– Заведуя урологическим отделением, создав ему хорошую репутацию, наладив его работу благодаря хорошему оборудованию, сотрудникам, умеющим отлично оперировать, ловишь себя на мысли, что хочется чего-то нового, большего, хочется расти, и ты понимаешь, что надо уходить. На том этапе я уже видела, что есть ребята, которым по 30–36 лет, хотя они и младше меня, но отлично оперируют, у них хорошо всё получается, то есть вырастила тех, кто может тебя заменить, и потому я ушла. Сегодня я их курирую, консультирую больных, помогаю в сложных случаях, но честно признаюсь, я вижу, что больше им не нужна, эта замечательная бригада урологов нашей больницы блестя-

ще работает. А для меня организация здравоохранения была новой медицинской специальностью, это как если бы человека, не умеющего плавать, выбросили в море.

– Что было самым трудным?

– Самое сложное для главного врача всё-таки найти контакт с коллективом, и прежде всего с администрацией больницы, помощниками. Трудно складывались отношения с высшим начальством, я была «чужим человеком» для Федерального агентства воздушного транспорта России, пришла на такую должность в огромную центральную больницу ниоткуда. Но на тот нелёгкий для стационара момент я была, как мне кажется, наиболее лояльной и компромиссной кандидатурой, и пообещала, что никакой «войны» в коллективе

которые, повышая свои навыки, знания, владея английским языком, печатают результаты своей работы в иностранных журналах. У нас в 12 отделений из 14 выполняются высокотехнологичные операции. Мы гордимся тем, что такие отделения, как нейрохирургическое, гинекологическое, лорзаболеваний, недавно открытое офтальмологическое, оснащены, как любая высокотехнологичная клиника.

Вот возьмём наше отделение эндокринологии, которым заведует Мария Борисовна Хайкина, человек с большим опытом, но «ребёнок с широко открытыми глазами», которая постоянно овладевает всё новыми и новыми технологиями. Лечение сахарного диабета – это всегда рутина, тяжёлая работа, которая требует постоянного внима-

воохранении – организационные, точнее, вопросы сопровождения. Это отчётность, наша бумажная деятельность, бесконечная смена законодательных и нормативных актов, снижение источников финансирования. Врачи у нас подтягиваются наиболее быстро, и в этом отношении наша клиническая часть работы не такая сложная. До сих пор считаю, что главный врач должен помочь врачам вести лечебную работу, поскольку они завалены отчётами, бумагами, записями и теми вещами, которыми нигде в мире врач не занимается. У врача одна святая обязанность – лечить. С утра до ночи врач должен быть то ли в операционной, то ли у постели больного, а не писателем за столом.

– И как удалось это решить?



не будет, к слову, я никогда ни с кем не воюю, я всегда за мир.

– С чего начали?

– С бумаг, допоздна изучала документы, приказы. На меня свалилось много проблем, решением которых никогда не занималась, опыта не было. С пациентом всё всегда было легко – ты смотришь его, обследуешь, с учётом опыта структурируешь данные, и когда ставишь диагноз, считай на 90% лечение тебе ясно. В этой ситуации всё то же самое, только здесь, чтобы поставить диагноз, определить суть проблемы, предстояло поэтапно «распутывать ниточки».

А это уже не рентген, не анализ крови, а организационная, служебная проблема. Клиницист всегда работает на результат, больной, выписываясь, говорит ему «спасибо, доктор», и доктор получает удовлетворение, купаясь в нём. А здесь нет такого результата, ты сделал, но не знаешь, чем это обернётся. Мне всегда помогает принцип – идти вперёд, не оглядываясь назад. И сегодня я считаю, что у нас лучшая больница, поскольку у неё особые задачи – обеспечить качественную профилактику и лечение пациентов, от которых зависит безопасность полётов. Наши врачи владеют всеми международными стандартами, гарантирующими безопасность полётов, это специалисты мирового уровня.

Несмотря на то, что в России не существует никаких бонусов, тем не менее в нашей больнице мы сколотили костяк докторов,

терпения, мониторинга слежения за больным. В отделении всё это обеспечивают. Мировой уровень лечения СД сегодня, чего придерживаются и здесь, – это суточный мониторинг глюкозы, когда кровь измеряют на сахар не 3 раза в сутки, а в течение всех 24 часов. Интересна их работа – мониторинг глюкозы в процессе операции. Предположим, проводят её длительно пациенту с СД по поводу тяжёлой травмы, в это время инсулин добавляется не «на глазок», а по уровню глюкозы в крови. У нас эти операции проходят легко и даже послеоперационный период не вызывает тревог. Такая же картина и после тяжёлых гнойных осложнений, где, конечно, велика роль хирурга, но и эндокринолога – не меньшая. У нас для лечения сахарного диабета используется инсулиновая помпа. Все эти новые технологии применяются и благодаря заведующему кафедрой Российской медицинской академии последипломного образования профессору А.Аметову, который курирует работу эндокринологов и фактически является научным руководителем отделения.

Надо сказать, что все наши отделения курируют кафедры медицинских вузов Москвы. Нельзя не сказать об удивительном докторе, у которого золотые руки, золотая голова, члене-корреспонденте РАН Г.Пискунове, к которому со всей страны едут пациенты.

Вот такие у нас люди, это «драгоценные камни» нашей отрасли под названием «авиационная медицина». В любое отделение нашей больницы, куда не зайдёте, с любым человеком, с которым столкнётесь, мне не будет стыдно, поскольку такой коллектив здесь собран, в том числе и моими предшественниками.

Отчётные журналы возим на тележке...

– С какими сложностями приходится сегодня сталкиваться врачам, в том числе и в ведомственной больнице, какие службы оказываются наиболее проблемными?

– Наша клиника – точно уж не проблемная. Наиболее сложными оказались те вопросы, которые преодолевают всех главных в здра-

– Современная техника позволяет многое. Мы ввели электронные истории болезни, всё делается в электронном виде, и врачи вносят только требующиеся изменения. Конечно, их пришлось развернуть в этом направлении, благодаря чему им сегодня намного легче, но на первых этапах, когда они овладевали компьютерами, было тяжело. Сейчас у нас «последний рубеж» держат анестезиологи, когда изымаем у них бумагу и заставляем писать свои заключения в электронном виде. То же и в отделении реанимации – все назначения делаются через компьютер.

– Почему анестезиологи более всех держат оборону. У них особенно сложно?

– У них ворох бумаг. Можете себе представить, что у них 48 отчётных журналов – на тележке возим. Вот таков закон, таковы реалии сегодняшнего дня, несмотря на развитие электронных технологий, бумажный документооборот кажется непобедимым. Врачу выдан документ – диплом, что он может работать, даёт ему это наше государство, плюс сертификат, что он соответствует специальности, к примеру уролога, но зачем вот такие болезни ему описывать? Приезжает к нам немецкий врач, спрашиваю его: «Что вы пишете пациенту?» В ответ слышу: «Ничего». «А как быть, если больной отяжелел?». Ответ: «Так и напишем». – «А где напишите?». Ответ: «Да это медсестра запишет».

– А как же нам добиться эффективной медицины?

– Врачам надо больше доверять. Уж если государство доверило им больного, то зачем каждый день заставлять его отчитываться, перед врачом поставлена совсем другая цель. Ну разве в нашем государстве она в том, что он должен отчитываться, а не качественно вылечить? Доступность медицинской помощи сегодня – 7–10 дней ожидания, что это за доступность? В нашей больнице этот принцип вовсе исключён. Если мы сейчас подменяем нашу социальную заботу о пенсионерах, пожилых людях модернизацией здравоохранения, то и получаем недовольное население, которое по-прежнему отдаляет от медицинской помощи.

Выход есть – шире заниматься патронажем, а не модернизацией. Или такой вопрос. Врачей обучи-

ли, поставили на ноги, научили диагностировать, оперировать, они освоили новое оборудование, но оно почему-то используется от силы 4 часа в сутки, а должно работать круглосуточно, минимум 12 часов. Организовать труд врача – задача непростая и имеет большое значение. От Минздрава требуется одно – раз во врача столько вложено, от него надо получить всё, на что он способен, врач – продукт дорогостоящий, и заставлять его писать – это значит работать неэффективно.

Я начала работать врачом, и уже тогда поняла, что больной для тебя – постоянный спутник, уходя с работы, думаешь, как он там, открываешь утром глаза – и снова мысль о том же. Пока больной не выписался – душа болит, но наступает новый день и появляется новый пациент и всё начинается сначала.

– **А как сегодня в вашей больнице удаётся сохранять эффективный коллектив?**

– У нас есть человек, который занимается клиникой, – Галина Анатольевна Шарапова. В больнице таких называют начмедами, она мой заместитель. Это человек требовательный, крепко держит коллектив. Она всегда на защите пациента, сумела воспитать нас так, что здоровье больного – главное. На нашей базе работает 15 кафедр РМАПО.

– **Но во многих больницах сотрудников кафедр лишают**

лечения лётного состава, мы практически являемся организующим центром всей авиационной медицины в России и непосредственно отчитываемся перед Федеральным агентством авиационного транспорта, являясь их помощниками.

Благодаря кафедре авиационной медицины делаем всё, чтобы сохранить кадры. Удаётся решать проблемы снижения утомляемости, снятия напряжения, повышенного или пониженного давления, шума, вибрации с учётом особенностей условий труда, того, что в течение длительного времени они испытывают большие эмоциональные и физиологические нагрузки. И мы удовлетворены тем, что в последние годы после наших заключений, экспертиз не было ни одного случая внезапной смерти в полётах и никаких авиакатастроф, связанных с человеческим фактором.

Доктор должен гореть на работе

– **Наталья Борисовна, может ли в вашей ведомственной больнице лечиться любой наш гражданин?**

– Может, причём бесплатно, если у него есть направление территориальной поликлиники в нашу больницу. Есть у нас и платные услуги по договорам со страховыми компаниями, мы работаем с Москвой по каналам ОМС, в этом году привлекли и Подмоскovie. Больница предлагает высокотехнологичную помощь. Достаточно ска-

первую операцию на работе у нас в клинике. В мире первые операции длились по 12 часов, сейчас Э.Галлямов и А.Новиков выполнили роботассистированную операцию по поводу рака предстательной железы за 2,5 часа. Новые технологии трёхмерного изображения дают хирургу «картинку», как в стереокино, и ощущение такое, что ты внутри брюшной полости. В общем, за этим будущее.

– **Хирургия всегда в моде. А что другие специальности?**

– Урология, нейрохирургия, офтальмология сегодня делают просто фантастические успехи, поражают используемые ими технологии. И всё же хочется сказать о самой интеллектуально развивающейся специальности – терапии. Это – королева медицины, здесь самое важное – самообразование, причём в десятикратном размере. У нас это новое отделение, мы пригласили молодых ребят с хорошими мозгами, пытливым умом, у них отличный заведующий А.Лозовский. Врачу, особенно терапевту, не должно быть скучно, он должен гореть на работе, если врач спрашивает, сколько он будет получать, расставайтесь с ним сразу, у нас медицина, а не бензоколонка, кому интересно зарабатывать деньги, пусть ищет другую работу. Высшая награда для врача: «Спасибо, доктор», это тот самый наркотик, ради которого хочется работать.

– **Наталья Борисовна, ведомственной медицины в стране**

Признание

«Синяя птица» в руках

Её получили те, кто особо заботится о пациентах с редкими заболеваниями



В Москве в ходе закрытия XVII конгресса педиатров России прошла торжественная церемония вручения Национальной премии в области редких заболеваний «Синяя птица».

Премия была учреждена общественной благотворительной организацией инвалидов «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям» в качестве признания заслуг людей, внёсших значительный вклад в дело помощи пациентам с редкими заболеваниями.

В предыдущие годы лауреатами премии стали известные политики, руководители здравоохранения, врачи-эксперты в области редких заболеваний: Валентина Матвиенко, Татьяна Голикова, Александр Баранов, Вероника Скворцова, Светлана Медведева, Елена Тельнова, Александр Румянцев, Лейла Намазова-Баранова, Елена Лукина – вот далеко не полный перечень номинантов премии в 2012-2013 гг. В этом году лауреатом стал руководитель медицины «редкого» региона – министр здравоохранения Свердловской области Аркадий Белявский.

Свердловская область одной из первых в стране реализовала ведомственную целевую программу «Лекарственное обеспечение граждан, страдающих заболеваниями, включёнными в перечень

жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению жизни граждан или их инвалидности». В области приняты многочисленные документы, направленные на своевременное и полное обеспечение пациентов с редкими заболеваниями медикаментозной терапией. Больные с высокочастотным пожизненным лечением обеспечиваются лечением своевременно и в полном объёме.

Среди лауреатов нынешней премии – врачи-эксперты по редким заболеваниям: педиатр-кардиолог Елена Батуева из Набережных Челнов, генетик Ольга Круглова из Самары, гематолог Александр Кулагин из Санкт-Петербурга, а также московские медики Виктория Воинова, Наталья Козловская, Тинатин Лобжанидзе и Владимир Плякин.

– Мы благодарны всем людям, внёсшим вклад в дело помощи пациентам с редкими заболеваниями в 2014 г., – сказал вручавший премию исполнительный директор международной благотворительной общественной организации инвалидов «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям» Денис Беляков.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Новости

Возможности расширяются

Южный Урал в 2015 г. получит субсидию в размере более 161 млн руб. на высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП). Согласно постановлению, подписанному председателем Правительства РФ Дмитрием Медведевым, 5-миллиардная субсидия распределяется между 61 регионом по специальной формуле.

Принятое решение позволит повысить доступность для населения дорогостоящих видов ВМП, оказываемой в региональных медицинских организациях. Критерии отбора субъектов Федерации для предоставления субсидий: наличие медицинских организаций, подведомственных региональному исполнительному органу государственной власти, имеющих лицензию на оказание ВМП, а также наличие в областном бюджете ассигнований, предусмотренных на её оказание.



Идёт операция с помощью робота Да Винчи

сегодня общения с пациентом, вроде в больнице главные не они.

– Это большая ошибка. У нас иная практика. Когда больного ведут два специалиста, это всегда эффективнее. Профессора должны наблюдать, рекомендовать что-то, доктора принимают сами решения, но мнение коллеги только на пользу. В дискуссии, в совместном осмотре больных, коллегиальной работе – в этом мы видим большой смысл, и у нас нет таких проблем. В нашей многопрофильной больнице свои методы работы в коллективе.

Вот ко мне недавно пришли эндокринологи, терапевты и врачи кафедры авиационной медицины с предложением заняться проблемой, цель которой – развитие авиационного долголетия. Это ведение пациентов, лечение страдающих атеросклерозом, сахарным диабетом, организация школ здорового образа жизни, они разработали программу, согласно которой три кафедры, три отделения совместно вырабатывают полезные рекомендации, которые внедряют для освидетельствования.

– **Особенность вашей больницы в исключительности контингента – работников гражданской авиации.**

– Это так. Мы проводим освидетельствование авиационного персонала, на нашей базе есть центральная врачебно-лётная экспертная и врачебно-лётная экспертная комиссии, отделение экспертизы и восстановительного

здать, что мы среди тех немногих, кто владеет роботом Да Винчи. С его помощью наши врачи сегодня уже выполняют операции на матке, простате, по поводу грыж пищеводного отверстия и диафрагмы, урологические вмешательства. Мы купили его два года назад, помог нам в этом наш учредитель – Росавиация, приятно, что нас слышат.

Правда, кое-кто сегодня говорит, ну зачем нам этот Да Винчи. А давайте вспомним годы, когда начиналась лапароскопическая хирургия – это было 30 лет назад. И многие врачи тогда говорили, что на их век хватит «открытой хирургии». А время распорядилось по-другому, и сейчас лапароскопия – обыденное явление, а ещё точнее – без неё никуда. Когда появился робот, опять же многие говорили, что это ерунда. Но это чудо даёт семь степеней свободы движения манипулятора, ты оперируешь совершенно в другом качестве, вся операция перед твоими глазами. И главное, обучаемость работе идёт быстро.

– **Вы шутите?**

– Нисколько. Молодые, которые с детства привычны к джойстикам, гораздо быстрее обучаются, чем взрослые опытные хирурги. Мы, со своей стороны, переманили к себе из Ханты-Мансийска замечательного хирурга с опытом работы на работе. Уже три человека обучены роботассистированным операциям, среди них и главный хирург Э.Галлямов – уникальный доктор, человек-легенда, он сделал

немало, и она в целом успешно работает. И всё же, что, с вашей точки зрения, отличает её от обычной, которой пользуемся все мы?

– Поскольку я могу сравнивать, пройдя школу муниципального здравоохранения, то первое отличие – что её специалисты более этичны в отношении своих пациентов. Они, знаете ли, вышколены, в ведомственной медицине никогда не было и нет коек для больных в коридорах.

Здесь иная этика взаимоотношений с пациентами – уважительная, внимательная, мы всегда лечим согласно стандартам, поскольку знаем, что те, кто садится за штурвал самолёта, тоже требовательны к врачам, которые дают им на это разрешение. Считаю, что это верно. Человек, отлетающий десятки тысяч километров, – не обычный пациент, он заслуживает медицинской помощи самого высокого качества. Второе – оснащается она, конечно же, лучше, специалисты привыкли здесь работать в хороших условиях.

Ведомственные больницы нужны. Их сейчас разрушают, и это неправильно. Порядок в нашем ведомстве существует, пока есть его основа – своя медицина с хорошими врачами, любящими своё дело и уважающими пациентов.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 15 (1867)

Варикозное расширение сосудов гроздевидного сплетения выявляют преимущественно в подростковом и юношеском возрасте, в процессе развития пубертатного периода. Последний характеризуется интенсивным ростом всех органов и систем, в том числе и органов репродукции: яички увеличиваются в размерах в 10 раз, более растяжимой и резко пигментированной становится мошонка, учащаются поллюции и т.д. Идёт интенсивное формирование сперматогенеза.

Обзор темы

Частота выявления варикоцеле варьирует от 0,7 до 22,9% (Ю.Исаков, 1977; А.Ерохин, 1979). С указанными цифрами совпадают результаты исследований Poizat et al. (1983), которые также отметили значительное колебание частоты варикоцеле (от 4,4 до 30,7%). Это может свидетельствовать только об одном – о субъективизме исследователей.

У 15-летних подростков частота варикоцеле достигает 15%, что связано не только с увеличением размеров репродуктивных органов, но и с усилением притока к ним артериальной крови. Соответственно, при этом возрастает нагрузка на венозную систему.

Наряду с типичным левосторонним, так называемым идиопатическим варикоцеле выделяют симптоматическое, или вторичное варикоцеле, например как результат поражения ворот почек опухолевым процессом. Это обуславливает пороженное отношение к тем наблюдениям варикозного изменения вен семенного канатика, которое возникает вне границ пре- или пубертатного возраста.

Кроме того, отсутствие клинического проявления варикоцеле ещё ни о чём не говорит. В конце прошлого столетия в соображениях нашего сотрудника В.Кондакова появились указания на существование очень слабо выраженного варикоцеле, которое может быть определено только с помощью ультразвукового, радиологического или рентгенологического исследования. Именно они могут уловить ретроградный ток крови по яичковой вене, что и стали считать одним из основных механизмов развития варикоцеле.

Такие его формы получили название «субклинические» или «латентные».

Итак, на сегодняшний день можно утвердительно высказаться о том, что существует так называемое идиопатическое левостороннее варикоцеле, которое появляется в период полового созревания, то есть тогда, когда идёт бурный рост органов репродуктивной системы, и оно составляет большинство наблюдений, и вторичное варикоцеле, которое встречается чрезвычайно редко и служит признаком повышения венозного давления в почке и, соответственно, в почечной вене. Здесь уже можно сделать вывод о том, что пересечение тестикулярных вен способствует дальнейшему росту давления в почке, усугублению нарушений почечного кровотока, приводящих к развитию нефросклероза.

Варикоцеле известно со времён Цельса (древнеримский учёный–энциклопедист, живший с 25 года до н.э. по 50 год н.э.). В отечественной детской хирургии интерес к этой проблеме возник в 1960 г., когда профессор С.Долецкий поручил кандидату медицинских наук М.Кучегуровой ознакомиться с положением дел в этом вопросе. Она нашла первые работы аргентинского хирурга О.Иванисевича 1918 и 1926 гг. Первые операции в нашей стране у детей были осуществлены также Долецким в 1961 г. в тогдашней детской больнице им. И.В.Русакова. Работавший в те годы (1964–1966) на кафедре детской хирургии ЦИУВ вторым профессором Ю.Исаков был избран заведующим кафедрой детской хирургии 2-го МОЛГМИ. Дальнейшая разработка темы была поручена аспиранту этой кафедры М.Арбулиеву. Он справился с задачей и в 1968 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию «О патогенезе варикоцеле у детей». Эта тема получила последующее развитие в работах А.Ерохина (1979) и его группы (А.Курносов, 1979; А.Ручкин, 1979 и др.). Затем тема стала

предметом научных изысканий многих коллективов страны. Значительный вклад в разрешение проблемы внесли И.Бурков, С.Страхов (1998) и их единомышленники (З.Бондар, 2000; А.Матар, 2002; Д.Загоруйко и др.).

Интересные результаты исследований опубликовали Казанские детские хирурги в сборной книге «Синдром варикоцеле у мальчиков», изданной в 2010 г. под редакцией Н.Акрамова. Сделали свой вклад в разрешение проблемы С.Яцык и его

коллектив, выпустившие книгу «Болезни органов репродуктивной сферы у мальчиков и юношей», М., 2013, а также А.Мошков, В.Чекмарёв и соавт., опубликовавшие соответствующее учебное пособие в 2009 г.

Особый вклад в изучение проблемы сделали А.Рябоконь (1990), изучивший результаты реотестикулографии и в комплексе с другими методами доказавший порочность операций и Паломо, и Иванисевича при лечении варикоцеле, особенно Паломо, и И.Чеботаев (2007), установивший закономерности изменения продукции окиси азота у подростков, страдающих варикоцеле, обосновавший включение в план лечения этих больных антиагрегантных и антиоксидантных препаратов, и, конечно, А.Дронов, сделавший возможным и открывший «зелёную улицу» для проведения операций на сосудах тазового и тестикулярного бассейнов под контролем лапароскопа.

Но пик интереса к проблеме в среде общих урологов и андрологов всё-таки относятся к 50-м годам прошлого века. В эти годы было опубликовано наблюдение W.S.Tillich (1952), в котором описывался пациент с полным отсутствием сперматозоидов в эякуляте (азооспермия). Однако двустороннее пересечение тестикулярных вен привело к успешной беременности его партнёрши. Естественно, что сообщение вызвало большой интерес специалистов по бесплодию, в результате чего возникло целое направление в проблеме infertility. Тем не менее патофизиологию варикоцеле и его отношение к мужской infertility до настоящего времени уязвлять не могут.

Это нашло подтверждение в руководстве по мужскому бесплодию Европейской урологической ассоциации (2012 г.). Вместе с тем последние обзоры и статистические выкладки свидетельствуют о некотором улучшении лабораторных показателей спермы после хирургического лечения варикоцеле, но при этом не наблюдают достоверного увеличения беременностей и успешных родов (Cochrane Database Syst. Rev., 2012). Это позволило таким известным исследователям проблемы, как В.Божедомов и Е.Спориш (2014), высказать предположение о том, что ведущим фактором снижения реальной фертильности мужчины служит не уменьшение числа сперматозоидов в эякуляте, а плохое их качество при нормальных показателях спермограмм.

В настоящее время снижение фертильности у мужчин, страдающих варикоцеле, объясняют гиперпродукцией активных форм кислорода (АФК), что приводит к оксидантному стрессу (ОС) сперматозоидов. Одновременно с этим, авторы отмечают, что варикоцелэктомия может сопровождаться фрагментацией ДНК даже при нормозооспермии. Это, возможно, способствует увеличению числа успешных беременностей (Y.J.Wang et al., 2012; W.S.Choi, E.D.Kim, 2013). Наряду с изложенным многие стороны патогенеза варикоцеле остаются не ясными.

Патогенез

Сам механизм варикозного расширения вен семенного канатика связывают преимущественно с ренотестикулярным рефлюксом, то есть с нарушенным, ретроградным

током крови по яичковой вене из левой почечной вены. В этой связи необходимо напомнить о различии сосудистой анатомии с двух сторон. Правая яичковая вена, как правило, впадает непосредственно в нижнюю полую вену. Левая яичковая вена впадает в левую почечную вену.

Последняя имеет большую длину, чем аналогичная справа и, в отличие от неё, на своём пути от почки к нижней полой вене проходит между аортой и верхней брыжеечной артерией близко к месту отхождения этой артерии. Поскольку давление в артериях значительно выше и стенки их значительно плотнее, вена деформируется.

Эта область получила название «аорто-мезентериальный пинцет» или в англоязычной литературе out-cracker – «щипцы для раскалывания орехов». В некоторых наблюдениях выраженного сдавления возникают симптомы ренальной венной гипертензии, которые могут проявляться

микрогематурией, болями в левой половине живота, подъёмом артериального давления. Возможны некроз сосочков почек и макрогематурия.

Аорто-мезентериальную компрессию многие авторы считают одной из главных причин возникновения варикоцеле. Другой причиной могут стать пороки развития левой почечной вены. Это дало основание С.Страхову, А.Спиридонову, И.Буркову и их ученикам в течение многих лет, по результатам проведённых ими ангиологических исследований, осуществлять операции с применением микрохирургической техники на сосудах тестикулярного бассейна и сосудах бассейна малого таза (1998–2001).

В 1987 г. мы сформулировали свою гипотезу (А.Окулов) о том, что в основе патогенеза варикоцеле лежат врождённая мезенхимальная недостаточность и локальная дискомплексация коллагена сосудистых стенок.

Конкретным проявлением перечисленных процессов бывают аномалии строения тестикулярной вены. Интересен факт – в детском возрасте чаще встречаются её рассыпной тип. В этих наблюдениях тестикулярная вена впадает в почечную несколькими стволами. В некоторых наблюдениях отдельные впадающие стволы не имеют устьевого клапана. Множественные тонкие сосуды, как правило, имеют нарушения строения сосудистой стенки. Пока до конца не ясно, возникают ли при варикоцеле новые incompetentные сосуды в бассейне левой тестикулярной вены или это нарушение редукции эмбриональной сосудистой сети? При варикоцеле у лиц старшего возраста чаще находят один расширенный ствол.

Суммируя высказанное выше, выделим вероятные причины возникновения ренотестикулярного рефлюкса: аорто-мезентериальную компрессию и пороки развития (прежде всего стеноз) левой почечной вены, поражения клапанного аппарата и сосудистой стенки тестикулярной вены, аномальное развитие самой тестикулярной вены.

Среди причин варикоцеле выделяют также препятствия оттоку крови на пути левой почечной вены. В любых возможных вариантах блокада кровотока в тестикулярном бассейне приводит к расстройствам микроциркуляции яичка, которые, в свою очередь, обуславливают структурные нарушения паренхимы органа, в том числе повреждение сперматогенного эпителия.

Некоторые авторы, кроме варикоцеле, вызываемого ренотестикулярным рефлюксом, выделяют варианты заболевания, связанные с илеотестикулярным рефлюксом. Систематизация варикоцеле по Goolsaet (1980) предусматривает следующие гемодинамические типы варикоцеле в зависимости от варианта венозного рефлюкса: I тип – ренотестикулярный, II тип – илеотестикулярный и III тип – смешанный. Топографически левая общая подвздошная вена проходит под левой подвздошной артерией и испытывает сдавление между ней и одним из поясничных позвонков. Это может вызвать, как указывалось выше, венную гипертензию, результатом которой является не только варикозное расширение вен во всём тазовом бассейне, но и возможность развития в конечной степени илеофemorального тромбоза. По нашим

данным, такой вариант варикоцеле встречается чрезвычайно редко. Соответствующей статистики очевидно не существует.

Отдельным вопросом представляется правостороннее и двустороннее варикоцеле. Частота последнего варьирует от 2,3 до 87% и более. Такой разброс, по-видимому, связан с неточной трактовкой результатов доплерографии. Напомним, что, по данным специальной литературы, до 80% этих больных страдают бесплодием, а 30% всех наблюдений мужской infertility связывают с этим заболеванием (Б.Можухин, 1986; S.Bucci, 1986; и др.). Отсюда острейший интерес к проблеме лечения, которая уже давно приобрела социальное значение.

Наш опыт свидетельствует о том, что незначительное расширение вен гроздевидного сплетения справа исчезает быстро при проведении оперативного лечения с левой стороны. Это объясняют выраженным сбросом крови на контрлатеральную сторону через многочисленные венозные анастомозы. Другой причиной возникновения правостороннего варикоцеле может быть, как указывалось выше, аномальное впадение правой тестикулярной вены в правую почечную вену и порок развития последней.

Клиника

Клинически варикоцеле проявляется расширением вен гроздевидного сплетения, которое определяется при пальпации в положении пациента лёжа, стоя и во время проведения пробы Вальсальвы (задержка дыхания на вдохе с одновременным напряжением мышц передней стенки живота). Само по себе расширение вен не вызывает каких-либо местных расстройств. Некоторые подростки отмечают какие-то тянущие ощущения в левой паховой области, иногда переходящие в настоящую боль с иррадиацией в поясничную область. Эти ощущения усиливаются при физической нагрузке. Вместе с тем болевой синдром выражен не всегда. Размеры варикоцеле не находятся в прямой зависимости от степени развития болезни (А.Першуков, 2002).

Интересные сведения приводит тот же А.Першуков в своей любопытной книге «Варикоцеле», изданной на русском языке в Киеве в 2002 г. В частности, о «маневре Вальсальвы». В нашей литературе он получил название «проба Вальсальвы». Оказывается, проба была разработана и предложена Antonio Maria Valsalva (1666–1723). Он одновременно с Morgagni изучал среднее ухо и слуховые трубы. Все данные были объединены в книге «Aure Humana» (1704), в переводе – «Анатомия уха». Авторы книги заключили, что главная функция слуховой трубы – это «проветривание» среднего уха и поддержка равного воздушного давления с обеих сторон барабанной перепонки. В покое труба закрыта, при глотании – открывается. Дискомфорт возникает при увеличении атмосферного давления (во время ныряния, в современное время во время воздушных полётов). Он (дискомфорт) устраняется с помощью принудительного выдоха ртом и ноздями (сильно закрытыми) (цитируется по А.Першукову).

Этот приём и получил название маневра (пробы) Вальсальвы. Далее А.Першуков, ссылаясь на The New Encyclopedia Britannica, 1986, пишет, что со временем пробу стали применять для диагностики сосудистых заболеваний головного мозга, при ангиографии и ангиокардиографии, так как замедление циркуляторного кровотока, по мнению авторов, повышает качество визуализации артерий. В урологии, до 60-х годов прошлого века проба Вальсальвы не применялась. Её видоизменённую форму стали использовать с целью диагностики и оперативного лечения варикоцеле в последующие годы. Очевидно, надо согласиться с тем, что принципиальное различие состоит в том, что Вальсальва предложил приём принудительного выдоха ртом и носом (жёстко закрытыми), а при диагностике варикоцеле пациенту предлагают задержать дыхание во время вдоха и затем натужиться. С механизмом увеличения объёма вен семенного канатика при задержке дыхания и натуживании можно ознакомиться в той же книге А.Першукова «Варикоцеле».

Классификация

Современная классификация варикоцеле, предлагаемая ВОЗ, кроме субклинической (латентной) стадии, выявляемой при ультразвуковом исследовании, содержит три степени заболевания: 1) расширение вен, определяемое только при проведении пробы Вальсальвы; 2) расширение вен,

определяемое пальпаторно в покое; 3) расширение вен гроздевидного сплетения, видимое на глаз. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что у некоторых пациентов происходит задержка развития ипсилатерального яичка или даже отмечаются признаки его некоторой атрофии: изменение упругости ткани и её плотности, уменьшение его размеров.

Исследованиями других сотрудников отдела детской хирургии НИЦ Российской медицинской академии последипломного образования (З.Чанаканов, Е.Володько и др., 2009) подтверждены высказанные нами ранее предположения о том, что при варикоцеле, прежде всего, страдают предстательная железа и семенные пузырьки. На пике заболевания возникает отёк парапростатической и паравезикулярной клетчатки с последующим формированием застойных простатита и везикулита. Нередко выявляют при этом асептические и бактериальные простатиты, возникающие на фоне застойного полнокровия венозных сплетений малого таза.

Это, как правило, результат взаимосвязи мочепоолового венозного сплетения с нижними мочевыми, половыми органами и прямой кишкой, что можно расценить как морфологическую предпосылку проявления конгестивных простатита, колликулита, застойного заднего уретрита, геморроя и кровенаполнения яичек и вен семенного канатика. Хотя в начальных стадиях порой констатируют признаки самоизлечения, но, как правило, заболевание имеет медленный прогрессивный характер.

У пациентов старшего возраста с варикоцеле иногда выявляют эректильную дисфункцию, нарушения внутрисекреторной функции яичек. Упомянутые проблемы хорошо представлены в книге Н.Куренного «Клиническое значение мочепоолового венозного сплетения», изданной в 1968 г. в Киеве, а также в книге Ю.Поляева, А.Гераськина, Р.Гарбузова «Гемодинамические нарушения в тестикулярном венозном бассейне у детей», изданной в 2011 г. в Москве.

Диагностика

Основу диагностики, подтверждения и уточнения диагноза варикоцеле составляют

ультразвуковые методы. Они обеспечивают точное определение диаметра венозных сосудов, степени их расширения при пробе Вальсальвы и в клиностазе, и в ортостазе, выявление патологического венозного рефлюкса при проведении цветового картирования и доплерографии. Диаметр вен у взрослых более 3 мм и у подростков 14-15 лет более 2,3 мм считают критическим. У детей младшего возраста диаметр расширенных вен может быть меньшим. Если сброс крови длится более 3 секунд, а скорость кровотока более 5 см/с, то его расценивают, как патологический рефлюкс.

Снижение объёма яичка на стороне варикоцеле против контрлатерального на 2 мл, или на 20% у взрослых пациентов является признаком развивающейся орхопатии, своеобразным поражением ткани яичка. Кроме всего прочего, ультразвуковое исследование позволяет высказать подозрение на аортомезентериальную компрессию или стеноз левой почечной вены. Окончательный вердикт выносят после проведения ретроградной венографии или КТ.

Как отмечалось выше, пристальное внимание к заболеванию обусловлено предполагающейся связью варикоцеле с бесплодием или субфертильностью. Известен факт, что 20% больных первичным бесплодием и 44% вторичным страдают варикоцеле. Но только 20% из общей численности этих больных инфертильны. Бесплодие (инфертильность) – это симптом различных заболеваний. Андрологи при этом отличают повреждения какого-либо уровня регуляции сперматогенеза либо нарушение доставки сперматозоидов и выделяют три формы бесплодия.

Претестикулярное, которое выражается нарушением функции гипофиза или гипоталамуса, иначе говоря, нарушением гормональной регуляции сперматогенеза и развитием гипогонадотропного гипогонадизма.

Тестикулярное – это результат поражения паренхимы яичка при травме или инфекционных заболеваниях, а также при их врождённом характере, что сопровождается развитием гипергонадотропного гипогонадизма.

Посттестикулярное – это ухудшение параметров эякулята (воспаление, интокси-

кация и т.п.) или нарушения копулятивной функции при пороках развития полового члена, включая гипоспадию и другие формы девиации кавернозных тел полового члена, что мешает контакту спермы с шейкой матки. «Идиопатическое бесплодие», при котором не находят его причины, также относят к посттестикулярному бесплодию.

Наши исследования 2000-2014 гг. показывают, что у подростков нарушения спермограммы при варикоцеле чаще проявляются олигоастеноспермией. При этом астеноспермия и олигоспермия, как правило, обусловлены сопутствующими заболеваниями.

Патогенез патоспермии вообще и у подростков в частности не выяснен. Вместе с тем из озвученных гипотез причин этого состояния выделим такие, как влияние повышенной температуры, гормональные нарушения, аутоиммунные повреждения яичек и сперматозоидов, отрицательное воздействие катехоламинов, глюкокортикоидов надпочечников и почечных простатогландинов, попадающих ретроградным путём в сосудистую сеть яичка, оксидантный стресс яичка и сперматозоидов.

Последний фактор, отрицательно воздействуя на мембраны и цитоплазму, повреждает также и ДНК сперматозоидов. Многие выделяют при варикоцеле сопутствующие факторы инфертильности: упомянутые выше абактериальный или бактериальный простатиты, микроделецию Y-хромосомы, двустороннее снижение объёма яичка и выраженную олигоспермию (менее 5 x 10⁶). В последнем случае, как отмечают в литературе, операция, как правило, не приносит положительного результата.

В 2009 г. ВОЗ опубликовал результаты метаанализа, согласно которым PR (уровень беременностей) не улучшается после оперативного лечения. Позже эти результаты были раскритикованы как недостаточно достоверные статистически, и в настоящее время принято считать, что оперативное лечение варикоцеле всё-таки улучшает этот показатель. У перенёсших оперативное лечение показатель PR составляет около 44%. Необструктивная азооспермия встречается при варикоцеле с частотой 5–10%, после оперативного лечения у 21–55% больных в эякуляте появляются подвижные спер-

матозоиды. Возникновение спонтанной беременности отмечают довольно редко.

При этом считают, что улучшение показателей сперматогенеза и отсутствие беременности позволит применить менее инвазивные и более дешёвые методы вспомогательных репродуктивных технологий (BPT). Вместе с тем улучшение показателей сперматогенеза имело временный эффект, и у большинства пациентов азооспермия возвращалась через 12 месяцев. Ряд исследователей кратковременный положительный эффект предлагают использовать для консервации сперматозоидов пациента.

Лечение

Существуют рекомендации по оперативному лечению варикоцеле. Медикаментозная поддержка при этом направлена на компенсацию последствий оксидативного стресса, что считают в большей мере экспериментальным делом.

Американская урологическая ассоциация в связи с мужским бесплодием при варикоцеле опубликовала критерии для выбора кандидата на проведение оперативного лечения (AFU 2006 AUA 2001 Varicocele and mail infertility):

- 1) варикоцеле пальпируется;
- 2) подтверждена инфертильность пары;
- 3) нет проблем, связанных с женским бесплодием, или она потенциально излечима;
- 4) есть минимум один ненормальный параметр спермограммы.

(Окончание следует.)

Дмитрий БРОВИН,
старший научный сотрудник,
кандидат медицинских наук.

Алексей ОКУЛОВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Дмитрий ГОДЛЕВСКИЙ,
старший научный сотрудник,
кандидат медицинских наук.

Елена ВОЛОДЬКО,
ведущий научный сотрудник,
доктор медицинских наук.

Российская медицинская академия
последипломного образования.

(Окончание. Начало в № 15 от 04.03.2015.)

Поскольку проведение сублингвальной АСИТ подразумевает продолжительное лечение, специальной строгой диеты, как в случае с инъекционными методами АСИТ, не требуется. Однако в дни употребления продуктов-гистаминолибераторов в большом количестве принимать аллергенный препарат не следует. В каждом случае при наличии реакций пищевой непереносимости назначается индивидуальная диета.

Безопасность АСИТ

В ходе проведения АСИТ в ответ на введение аллергена могут возникать эффекты в виде местных или системных реакций, связанных с поступлением в организм аллергена.

К местным реакциям относят те, которые возникают в месте введения аллергена и характеризуются местной гиперемией, иногда чувством зуда в области инъекции, признаками отёка ткани. Местные реакции возникают приблизительно через 15-30 минут и, как правило, быстро самоликвидируются. Возникновение местных реакций является поводом для коррекции дозы аллергена (её уменьшения) в последующее введение.

Системные реакции – это реакции, возникающие вне области введения аллергена. Обычно они появляются в пределах нескольких минут после инъекции аллергена и в редких случаях – спустя 30 минут.

К системным реакциям могут быть отнесены такие, как головная боль, боли в суставах, ощущение дискомфорта. К умеренным признакам системных реакций относят лёгкие проявления ринита или бронхиальной астмы (пиковая скорость выдоха не ниже 60% от должной величины или от показателя пациента в период стойкой ремиссии), хорошо контролируемые соответствующими лекарственными препаратами (H1-антагонистами или ингаляционными β2-агонистами).

Более выраженной степени реакции соответствуют признаки крапивницы, отёки Квинке, нарушение бронхиальной проходимости (показатели пиковой скорости выдоха ниже 60% от должной величины или от показателя пациента в период стойкой ремиссии), контролируемые соответствующим лечением. Угрожающие жизни реакции требуют проведения интенсивной терапии. При возникновении системных реакций обязательным

Аллергический ринит. Методы терапии

является пересмотр программы АСИТ для данного пациента. Анализ системных реакций показывает, что в большинстве случаев они возникали вследствие отклонения от принятых правил проведения АСИТ. В частности, выявлены следующие факторы:

- ошибка в используемой дозе аллергена;
- использование аллергена в ходе АСИТ из нового флакона (переход на другую серию, с другой аллергенной активностью);
- чрезвычайно высокая степень повышенной чувствительности пациента (и, соответственно, недостаточно скорректированный режим доз);
- введение аллергена больным бронхиальной астмой в период клинических проявлений заболевания;
- введение очередной лечебной дозы аллергена на фоне обострения заболевания;
- одновременное использование пациентами блокаторов.

Эффективность АСИТ

По мнению ведущих аллергологов мира, преимуществами АСИТ перед фармакотерапией аллергических заболеваний (поллиноза, атопической формы бронхиальной астмы, аллергического ринита, конъюнктивита, инсектной аллергии вне обострения) являются:

- сохранение длительной (иногда десятки лет) ремиссии после завершения успешных курсов АСИТ;
- предупреждение расширения спектра аллергенов, к которым формируется повышенная чувствительность;
- предупреждение трансформации более лёгких клинических проявлений аллергии в тяжёлые аллергические заболевания (например, переход аллергического ринита в бронхиальную астму);
- уменьшение потребности в противоаллергических препаратах.

Клинический случай

Больная С. 38 лет. Наблюдается в аллергологическом центре с ноября 2010 г. Впервые обратилась с жалобами на заложенность носа, чиханье, зуд глаз, слезотечение в период с конца апреля по июнь. Подобные симптомы беспокоили с 1993 г. При обострении применяла, как правило, антигистаминные препараты с незначительным эффектом. В мае 2010 г. в период обострения наблюдался отёк Квинке.

При употреблении в пищу яблок – першение в горле. В ноябре 2010 г. было проведено обследование: кожные скарификационные пробы с группой бытовых, эпидермальных, пыльцевых аллергенов. В результате проведённого исследования была выявлена гиперчувствительность к пыльцевым аллергенам: берёза, ольха, лещина, дуб, тимopheевка, овсяница, ежа, полынь.

Выставлен диагноз: аллергический ринит, пыльцевая сенсibilизация. Назначена аллергенспецифическая иммунотерапия водно-солевыми аллергенами (смесь берёзы, ольха, тимopheевка) подкожно. В процессе наращивания дозы на введение аллергенов в концентрации 10⁻⁹ степени появилась реакция в виде покраснения и зуда в месте инъекции. На фоне антигистаминных препаратов местная реакция прекратилась.

Дальнейшее лечение переносила удовлетворительно. В сезон цветения отмечала незначительное улучшение. С ноября 2011 г. получала повторный курс АСИТ водно-солевыми аллергенами. Лечение переносила удовлетворительно. В конце апреля 2012 г. с началом поллиниции деревьев наблюдалось резкое ухудшение самочувствия: выраженные проявления риноконъюнктивита сопровождалась затруднённым дыханием.

В ноябре 2012 г. при повторном обследовании:

1) кожные пробы – сохраняется гиперчувствительность к аллергенам пыльцы деревьев (берёза, ольха, лещина, дуб);

2) ИФА-исследования для определения специфических IgE к смеси пыльцы деревьев 2,81 МЕ/мл – средний уровень;

3) ИФА-исследования для определения специфических IgE к пыльце берёзы белой > 100 МЕ/мл – очень высокий уровень.

Учитывая недостаточную эффективность проводимой терапии, рекомендовано продолжить аллергенспецифическую иммунотерапию сублингвально препаратом сталораль – аллерген пыльцы берёзы. С января по май 2013 г. получала курс сублингвальной АСИТ. На фоне проводимой терапии отмечала уменьшение симптомов ринита и конъюнктивита в сезон цветения берёзы. Уровень специфических IgE снизился до 40,8 МЕ/мл. После повторного курса сублингвальной АСИТ в феврале – мае 2014 г. симптомы поллиноза практически отсутствовали.

Таким образом, современные методы лечения аллергического ринита позволяют улучшить качество жизни пациента, уменьшить ограничение в физических, психологических и социальных аспектах жизни, уменьшить риск развития осложнений, в том числе и бронхиальной астмы.

Наиля РАХМАТУЛЛИНА,

Юлия ПАСТУШЕНКО,

Наиля СИБГАТУЛЛИНА,

Гузель ЗАКИРОВА,

Динара АХМЕТЗЯНОВА.

Казанская государственная медицинская академия, городская клиническая больница № 7, городской аллергологический центр Казани.

В Новосибирске проводится научное исследование, задача которого — найти такой способ лечения больных с сочетанной инфекцией ВИЧ-туберкулёз, который бы не только повысил эффективность помощи конкретному пациенту, но также серьёзно повлиял на стабилизацию туберкулёзного эпидемического процесса в целом.

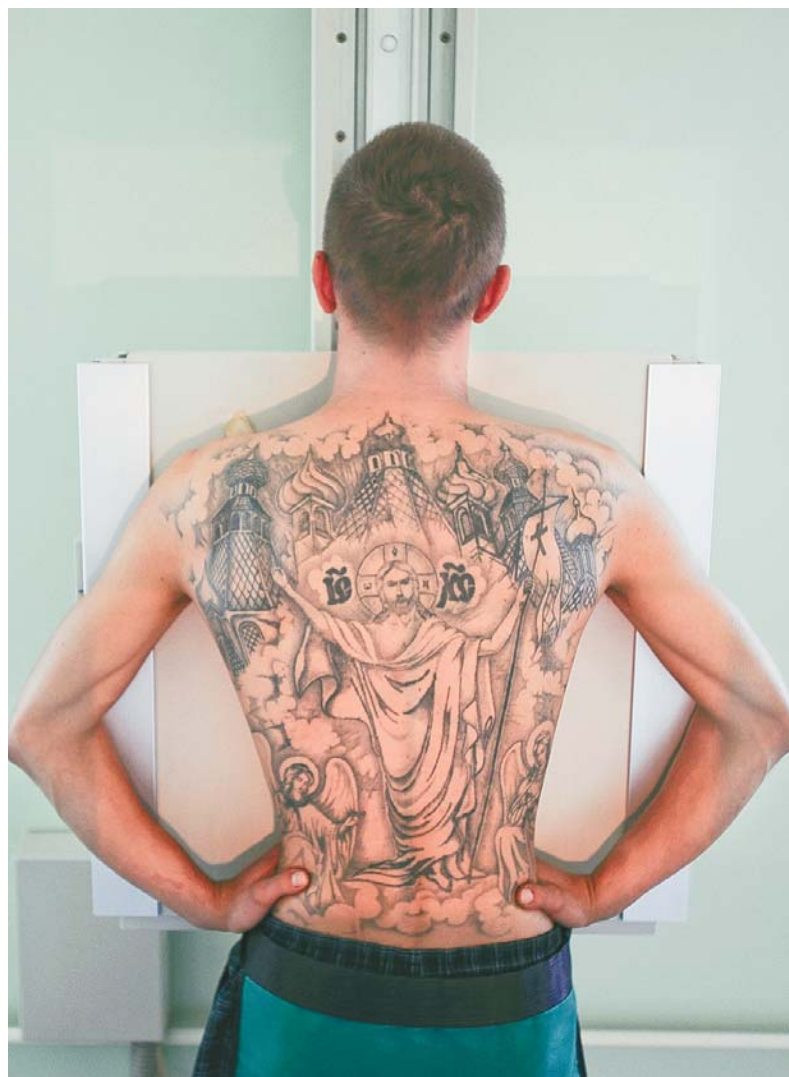
Как пояснила одна из авторов проекта научный сотрудник Новосибирского НИИ туберкулёза Минздрава России Яна Петрова, фтизиатры задумались о создании более эффективных подходов к лечению больных с сочетанной инфекцией ВИЧ-туберкулёз, учитывая специфику патологии и самих пациентов. Выраженный иммунодефицит является противопоказанием к применению фтизиохирургических методов при туберкулёзе, а к длительной химиотерапии привержены далеко не все больные. Не все, но часть ВИЧ-инфицированных, не будем этого забывать, являются людьми социально дезадаптированными. Такие либо вообще отказываются от госпитализации в противотуберкулёзный стационар, где им придётся провести несколько месяцев, либо прерывают терапию, оставляя бактериовыделителями, то есть представляя угрозу для безопасности окружающих.

Острота этой проблемы нарастает как снежный ком. По сообщению Управления Роспотребнадзора по Иркутской области, на 1 февраля 2015 г. в Сибирском федеральном округе зарегистрировано более 184 тыс. случаев ВИЧ-инфекции. Только за минувший год в регионах Сибири выявлено 26 тыс. новых случаев заражения ВИЧ. Это значит, что и число новых

Врач и пациент

Когда ВИЧ и туберкулёз — рядом

Острота этой проблемы нарастает как снежный ком



Такие больные с сочетанной инфекцией ВИЧ-туберкулёз — давно привычные для новосибирских фтизиатров.

случаев заболевания туберкулёзом неизбежно увеличится, поскольку практически все больные ВИЧ-инфекцией в конце концов заболевают туберкулёзом. Уже сегодня доля ВИЧ-инфицированных среди больных туберкулёзом в разных регионах страны достигает 25-30%, поэтому в территориях, где распространённость вируса иммунодефицита особенно высока, снижать уровень заболеваемости туберкулёзом будет всё сложнее и сложнее.

В качестве ответа на данный вызов учёные Новосибирского НИИ туберкулёза выдвинули гипотезу, согласно которой скорейшему абацилированию пациентов с ВИЧ-туберкулёзом, сокращению у них сроков бактериовыделения и закрытия полостей распада может способствовать установка эндобронхиального клапана. По словам специалистов, применение метода клапанной бронхоблокации в комплексном лечении больных впервые выявленным деструктивным туберкулёзом лёгких, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией, в отличие от хирургических методов возможно. И поскольку срок пребывания больного в стационаре при таком подходе существенно сокращается, даже «нережимные» пациенты

более охотно соглашаются на лечение.

— В клинике ННИИТ к настоящему времени таким образом пролечены уже 50 больных с сочетанной инфекцией ВИЧ-туберкулёз. Кроме установки клапана, всем им также назначена химиотерапия противотуберкулёзными препаратами. Предварительные результаты, в частности, рентгенологическое обследование, показывают положительную динамику в виде создания лечебной гиповентиляции в поражённом участке лёгкого. Полость распада по обзорной рентгенограмме чётко не дифференцируется, что позволяет сделать предположение о её закрытии. Основная же функция клапана, как уже сказано, в том, что больной не выделяет микобактерии туберкулёза при дыхании, и эта цель достигнута, — говорит Я.Петрова.

Учёные планируют завершить исследование и представить его результаты до конца года. В случае успеха фтизиатрическая служба получит реальный механизм влияния на эпидемиологическую ситуацию по туберкулёзу в России.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Проекты

Вклад в здоровье уральцев

Задача — уйти от инвалидизации

Министерство здравоохранения Свердловской области совместно с руководством областной клинической больницы № 1 готовят проект создания реабилитационного модуля для уральцев, перенёсших инсульты. Его работа восполнит недостающее звено в лечении пациентов по ряду тяжёлых заболеваний, что позволит уйти от инвалидизации населения.

В будущем такие реабилитационные блоки шаговой доступности должны появиться при существующих медучреждениях в муниципалитетах области. Разработать соответствующий проект и подготовить маршрутизацию пациентов губернатор Евгений Куйвашев поручил на выездном заседании, посвящённом формированию комплексной программы «Здоровье уральцев».

На Среднем Урале уже создана необходимая база: работают 20 первичных сосудистых отделений для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения, действуют реабилитационные центры.

ОКБ № 1 является не только лечебным, но и научно-методическим головным подразделением, где проходят апробацию современные методы лечения, которые затем транслируются на всю область.

Центр «Сердце и сосуды» входит в первую пятёрку кардиохирургических центров страны, выполняя все высокотехнологичные

оперативные вмешательства на сердце и сосудах. Ежегодно здесь проводится более 4 тыс. кардиохирургических операций, принимаются самые тяжёлые больные из области.

Вместе с тем, по словам руководителя регионального сосудистого центра ОКБ № 1 Андрея Белкина, ежегодно инсульт регистрируется у 20 тыс. уральцев. Ежедневно с этим заболеванием в медучреждения попадает 50 человек. При этом высокая доля перенёсших инсульт остаётся инвалидами. Для того чтобы вернуть людей к полноценной жизни, необходимо выстроить грамотную реабилитационную работу, в том числе обеспечить возможность восстанавливать здоровье в непосредственной близости от дома.

Как отметил Е.Куйвашев, приступить к строительству «пилотного» реабилитационного модуля на базе одного из медучреждений можно будет уже в этом году. «Обкатка» и успешная реализация проекта позволит в дальнейшем тиражировать эту практику в муниципалитеты. Необходимая методика, а также кадровый потенциал для работы в регионе есть.

Особое внимание во время обсуждения было посвящено той части программы, которая направлена на укрепление здоровья мужчин.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Угроза

В Омской области зарегистрирована новая вспышка кори. Новая, поскольку в минувшем году ею заболели 26 человек в возрасте от 11 месяцев до 57 лет, хотя с 2007 г. ни одного случая кори в Прииртышье не фиксировалось. Тогда заболевшие никуда не выезжали, но контактировали с приезжими из других регионов страны, поэтому эпидемиологи пришли к выводу, что эта инфекция была привнесённой.

нием вакцинировано против кори 584 человека, а их коллеги из регионального Минздрава и Управления Роспотребнадзора по Омской области проверили готовность этих лечебно-профилактических учреждений к поступлению па-

Корь возвращается

И вызывает особое беспокойство

На этот раз корью заболели только дети. Сразу 8, причём из разных районов Омской области — Исилькульского и Любинского. В возрасте от 1,5 до 5 лет и ранее привитые от заразной инфекции. Трое из них были госпитализированы. Сейчас врачи оценивают их состояние как удовлетворительное, а в ходе сбора анамнеза выяснили, что все дети контактировали с больным ребёнком, прибывшим из Казахстана.

В связи с регистрацией случаев заболевания корью среди жителей Исилькульского и Любинского муниципальных районов Прииртышья специалисты центральных районных больниц своевременно и в полном

объёме проводят необходимые противоэпидемические мероприятия. Организовано ежедневное медицинское наблюдение за детьми и взрослыми, проживающими в домах, где живут заболевшие корью. Проведена иммунизация всех контактных лиц. Детям первого года жизни, которые не достигли прививочного возраста, проведена иммуноглобулинизация. Кроме этого, осуществляются ежедневные подворные обходы с целью выявления больных корью. Контактные лица будут находиться под наблюдением медицинских работников в течение 21 дня.

Сейчас медиками Исилькульской и Любинской ЦРБ по эпидемическим показа-

циентов с подозрением на корь. Претензий к сельским эскулапам нет. Но на всякий случай создан запас необходимых лекарственных препаратов, в том числе и вакцины для профилактики кори в эпидемических очагах. Особое беспокойство медиков вызывает то, что на конец февраля в Омской области не привиты от кори 1078 детей, 420 из которых живут в Омске. Свыше 55% всех ребятшек не вакцинированы из-за отказов родителей сделать прививки, а другим они были временно противопоказаны.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Около года назад Президент РФ подписал Указ о воссоздании всероссийской физкультурно-спортивной программы «Готов к труду и обороне» (ГТО), цель которой – увеличение продолжительности жизни населения с помощью систематической физической подготовки. Внедрение её в действие уже началось в образовательных организациях 12 субъектов Российской Федерации, а с 2016 г. планируется введение во всех образовательных организациях страны, прежде всего школах. Достаточно ли хорошо она проработана, каково отношение к ней гигиенистов? – об этом наш разговор с ведущим научным сотрудником НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей кандидатом медицинских наук Анной СЕДОВОЙ.

– Анна Сергеевна, какие чувства у гигиенистов вызвало возрождение комплекса ГТО?

– Смешанные: и надежды, и тревоги. Большинство современных детей ведёт малоподвижный образ жизни, и внедрение комплекса ГТО в образовательные организации должно способствовать вовлечению учащихся в систематические занятия физической культурой и спортом, что в итоге приведёт к повышению уровня физической подготовленности.

Однако возникает много «но»... К сожалению, на сегодняшний день сохраняются негативные тенденции в состоянии здоровья детей, продолжают снижаться функциональные возможности организма обучающихся. По нашим данным, около 80% школьников испытывают трудности при выполнении тех или иных нормативов физической подготовленности. И мы не знаем, как они будут справляться с выполнением современных норм ГТО.

– Чем нынешний комплекс отличается от того, что был в советские времена?

– Если раньше он охватывал население от 10 до 27 лет, то сейчас – от 6 до 70 лет и старше. На наш взгляд, сдача нормативов с 6 лет является неоправданно ранней.

Комплекс включает нормативно-тестирующую часть (виды испытаний и нормативные требования, оценка уровня знаний и умений, рекомендации к недельному двигательному режиму) и спортивную часть, которая содержит разрядные требования для многоборий. Количество нормативов увеличено с 3 до 9. При этом часть из них является обязательной, а часть разрешается сдавать «по выбору». Добавлен третий уровень сложности. Ранее было 2 уровня, соответствующих золотому и серебряному значку. Часть нормативов будет выполняться «без учёта времени».

– Что вас настораживает?

– Непонятно, по какому принципу нормативы были разработаны. Создаётся впечатление, что научного обоснования они не имели. Многие из них не согласуются с функциональными возможностями организма современных детей: эти возможности снижаются, а нормативы усложняются. Например, не ясно, зачем включено несколько тестов на оценку силы мышц плечевого пояса.

Беспокоит, как в реальности комплекс будет внедряться. С одной стороны, провозглашается принцип добровольности, подразумевающий, что сдача норм будет необязательной. С другой стороны, комплекс ГТО внедряется с 2016 г. во все образовательные организации, а значит, он наверняка заменит существующие сегодня школьные нормативы, которые, кстати, можно сдавать далеко не всем. Будет ли выполняться этот принцип?

Как известно, для занятий физической культурой дети распределяются на основную, подготовительную и специальную медицинские группы. И только отнесённые по состоянию здоровья к основной медицинской группе могут сдавать нормативы физической подготовленности.

Авторитетное мнение

Соблюсти принцип добровольности

Комплекс ГТО глазами гигиенистов



К сожалению, на практике зачастую мы видим нарушения комплектования медицинских групп. Например, несмотря на серьёзные отклонения в состоянии здоровья, дети не только занимаются в основной группе на уроках физкультуры в школе, но и посещают спортивные секции (по 6 тренировок в неделю баскетболом, плаванием и т.д.).

– Кто же их допускал? Или они вообще не проходили медицинский осмотр?

– Видимо, имеют место как некачественные медицинские осмотры, так и нарушения со стороны спортивных организаций, которые принимают детей без медицинского допуска.

В результате может сложиться такая ситуация, что немало школьников будут вынуждены сдавать непосильные для них нормативы ГТО. Это может привести к трагическим последствиям.

– Каким, на ваш взгляд, должно быть медицинское сопровождение комплекса ГТО? И как оно в реальной жизни выглядит в пилотных территориях?

– Несмотря на то, что в методическом пособии по организации медицинского сопровождения говорится, что к сдаче комплекса ГТО допускаются лица, отнесённые по состоянию здоровья к основной медицинской группе и подготовительной после дополнительного медицинского обследования, в положении о комплексе указано: «К выполнению нормативов допускаются лица, относящиеся к различным группам здоровья, систематически занимающиеся физической культурой и спортом, в том числе самостоятельно, на основании результатов диспансеризации или медицинского осмотра. Перечень

видов испытаний (тестов), входящих в комплекс, и порядок оценки выполнения нормативов лицами, отнесёнными по состоянию здоровья к подготовительной или специальной медицинским группам, утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому

регулированию в сфере здравоохранения». При этом как виды испытаний, так и нормативы, включённые в комплекс, едины для лиц, отнесённых к разным группам здоровья.

Учитывая то, что дети с отклонениями в состоянии здоровья не должны быть допущены до сдачи нормативов, которые оценивают физическую подготовленность детей основной медицинской группы, необходимо, на наш взгляд, научно обосновать и разработать отдельные нормативы для детей с отклонениями в состоянии здоровья.

– Иными словами, в комплексе написано, что население, относящееся к любым группам здоровья, может сдавать нормативы, с чем вы не совсем согласны. Но считаете, если уж так решено, тогда и нормативы для разных групп здоровья должны быть разработаны разные.

– Совершенно верно. Сейчас проходит первый, организационно-экспериментальный этап внедрения комплекса ГТО. Многие уже сделано – разработан ряд методических рекомендаций, начинается подготовка кадров для приёма нормативов ГТО. Однако не решены вопросы, касающиеся нормативно-тестирующей части с учётом состояния здоровья и медицинского обеспечения выполнения комплекса ГТО, включая критерии допуска.

– Даже в спортивных школах довольно высок процент ребят, не проходивших диспансеризацию. Порой это приводит к несчастным случаям, так как юные спортсмены получают большие нагрузки, несообразные их возможностям и состоянию здоровья. Что уж говорить об обычных школьниках, далеко не все они своевременно проходят диспансеризацию, а сдавать комплекс ГТО им придётся...

– Вы правы. Это и говорит о том, что безопасным будет выполнение норм ГТО при условии качественного медицинского сопровождения.

– Нужна ли перед сдачей нормативов разминка?

– Конечно, нужна. И это чётко указано в методических рекомендациях по организации проведения испытаний (тестов). Однако помимо грамотной организации приёма нормативов ГТО нельзя забывать и о медицинском допуске детей к выполнению нор-

мативов непосредственно в день их сдачи. Ребёнок может быть отнесён к основной медицинской группе, но иметь какое-либо острое заболевание или просто плохо себя чувствовать.

– Сейчас в Интернете среди молодёжи набирает обороты движение, суть которого – брось вызов друзьям выполнить нормы ГТО в течение ме-

сяца. Возможно ли подростку без подготовки сдать нормы ГТО за столь короткий срок?

– Мы как раз и говорим о том, что нужны программы подготовки к сдаче комплекса. Для кого-то подготовка будет занимать несколько месяцев, для кого-то год, а кто-то и вовсе не сможет подготовиться. Для привлечения детей и подростков к выполнению комплекса ГТО создаётся мотивация, внедряется система поощрения. Скажем, предусматривается добавление определённого количества баллов к результатам ЕГЭ при поступлении в вузы. Это тоже таит в себе риски: в погоне за дополнительными баллами возможно всякое.

Кроме того, если подросток относится к подготовительной или специальной медицинской группе, ему просто нельзя сдавать нормативы. А он, подталкиваемый друзьями, пойдёт сдавать, что также может плохо кончиться.

– Как уже упоминалось, комплекс ГТО включает рекомендации к недельному двигательному режиму...

– И хотя указано, что данные рекомендации предусматривают минимальный объём различных видов двигательной активности, необходимый для развития физических качеств, сохранения и укрепления здоровья, и что они были разработаны в соответствии с гигиеническими требованиями, предъявляемыми к условиям организации обучения в образовательных организациях, мы с этим согласиться не можем. Например, в возрасте 6-8 лет рекомендуется заниматься двигательной активностью 10 часов в неделю, в 13-15 лет – 14 часов. Тогда как, согласно рекомендациям российских специалистов и Всемирной организации здравоохранения, – не менее 5 часов. Такие разногласия ещё раз подтверждают необходимость научного обоснования норм, представленных в современном комплексе ГТО.

– Рекомендации, как известно, носят не обязательный характер.

– Конечно, но они являются ориентиром и должны быть научно обоснованы.

– Обращались ли разработчики комплекса ГТО в НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков за помощью?

– При разработке положения о комплексе ГТО, а также методических рекомендаций в институт не обращались. Однако на этапе утверждения проекта нам поступали запросы из разных ведомств об экспертном заключении. Мы

его давали. Но наши замечания были приняты лишь частично.

– Познакомившись с нормативами, я заметила, что школьникам 9-10 лет предлагается подтягивание на перекладине, причём без альтернативы. Мне приходилось встречать людей, которые ещё в советские времена, несмотря на все старания, не могли подтянуться в школе более 2 раз, и даже потом в армии им это не удавалось, видимо, из-за особенностей организма. Насколько обоснован этот норматив в данном комплексе?

– Данный норматив оценивает мышечную силу. Действительно, на сегодняшний день, как показывают результаты исследований, она снижена и, как следствие, самыми трудными тестами для детей являются подтягивание, отжимание, а также нормативы на выносливость (бег на длинные дистанции).

– Должны ли их выполнять все? Может быть, человек в силу своих конституциональных возможностей просто не в состоянии это сделать? Слышала мнение учёных, что нельзя детям 7 лет давать силовые нагрузки, потому что они для этого ещё не сформированы, и что существует зависимость между конституциональным фактором и работоспособностью. Ребёнок торакального типа никогда не сможет 5 раз подтянуться на перекладине. Между тем как ребёнок мышечного типа легко с этим справится.

– Такие исследования, действительно, имеются. Вероятно, поэтому даже в обязательной части для ряда возрастных групп есть тесты на выбор (можно подтягивание на высокой перекладине заменить подтягиванием на низкой).

– В одной из возрастных групп, кажется, у мальчиков 16-17 лет, подтягивание (отжимание) на перекладине позволяет заменить рывком гири. Равнозначная ли замена?

– Рывок гири вообще должен быть исключён из комплекса. Этого категорически нельзя выполнять в таком возрасте.

– Учитываются ли в комплексе индивидуальные особенности детей? Скажем, двое ребят одинакового возраста и пола, но разного телосложения: один худой маленького роста, а другой полный высокий.

– В идеале для каждого из этих детей должен быть свой норматив. Но учесть все индивидуальные особенности очень сложно. Существующие на сегодняшний день нормативы физической подготовленности не учитывают тип телосложения.

Другой вопрос, что если дети выходят за рамки нормы (скажем, имеют избыток массы тела), это должно быть учтено ещё на этапе распределения по медицинским группам для занятий физической культурой.

– А в принципе возможен ли индивидуальный подход к каждому ребёнку при сдаче нормативов ГТО?

– Он не только возможен, но и необходим. И прежде всего, на подготовительном этапе.

Честно говоря, мы вообще не очень хорошо относимся к нормативам как обязательным, поэтому и боимся нарушения принципа добровольности. Считаю, что нормы нужны только для самоконтроля, чтобы ребёнок мог сориентироваться, чего можно достигнуть в том или ином возрасте.

Беседу вела
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».



Жители разных городов России жалуются, что с начала января 2015 г. не могут приобрести в аптеках привычные лекарства. Во всей стране цены на многие лекарства сильно выросли, а каких-то и вовсе не найти. Президент РФ Владимир Путин поручил правительству совместно с властями регионов рассмотреть вопрос о целесообразности создания государственных (муниципальных) аптек и разрабатывать механизмы их поддержки в целях обеспечения доступности лекарств, в том числе недорогих препаратов и сильных обезболивающих средств.

Эксперты фармрынка отмечают, что эта проблема действительно носит актуальный характер. В середине 2000-х годов процесс приватизации муниципальных аптек приобрёл массовый характер, поскольку региональные власти начали активно избавляться от непрофильных, малоприбыльных и сложных активов.

За 10 лет в России количество аптек, находящихся в государственной или муниципальной собственности, сократилось с 40 до 25%. Например, в Челябинской области таких аптек не осталось совсем, в Подмосковье муниципальные аптеки были объединены в унитарное предприятие, которое после реорганизации было также продано коммерческой аптечной сети. Лишь в Москве ГУП «Столичные аптеки» по количеству

Ситуация

Аптечное дело

Решит ли проблему высоких цен на лекарства расширение сети государственных аптек?

торговых точек является одной из крупнейших сетей города и, пожалуй, только это предприятие можно назвать единственным серьёзным и успешным примером неприватизированной аптечной сети. Тем не менее российская фармотрасль осталась одной из немногих, где ещё сохранились государственные или муниципальные предприятия.

Однако конкурировать с сетевыми аптеками муниципальными предприятиями невозможно – они несут приличную социальную нагрузку, которая негативно сказывается на их финансовом положении. В ситуации быстрого роста цен на лекарства Президент предложил обратить процесс акционирования аптек вспять и увеличить количество аптек с государственным и муниципальным участием, в которых в административном порядке можно было бы жёстко контролировать цены на медикаменты. Редактор фармпортала Pharm-MedExpert. Ru Иван Данилов замечает, что «опасения того, что массовая приватизация аптек может привести к значительному ухудшению физической доступности лекарственной помощи, были с самого начала этого процесса. На текущий момент к этим проблемам добавился и неконтролируемый рост цен на лекарства, только в январе – сразу на 11%. Видимо, теперь инициаторам приватиза-

ции таких крупных муниципальных сетей, как Нижегородская, Тюменская или Смоленская фармация, придётся пересмотреть свои решения».

По мнению специалистов, социальная ориентированность муниципальных аптек делает их малоодоходными или в ряде случаев убыточными. Основные направления социальной деятельности таких аптек, как правило, не приносят прибыли. Речь идёт о выдаче лекарств по льготным рецептам, отпуске сильнодействующих и психотропных препаратов, изготовлении медикаментов. Все эти виды деятельности с точки зрения рентабельности малопривлекательны для коммерческих аптек и потому совершенно непопулярны.

К примеру, обеспечение торговли наркотическими, сильнодействующими и ядовитыми препаратами требует приличных затрат на лицензию, охрану, персонал и спецпомещения. Глава «Аптечной гильдии» Елена Неволина отмечает, что «финансовые затраты на получение лицензии на оборот наркотических средств и психотропных веществ составляют от 200 до 600 тыс. руб., порядка 150 тыс. руб. уходит на ежемесячное обслуживание, такие траты не идут ни в какое сравнение с размером прибыли, которую получает аптека». Неудивительно, что частные аптеки

такой деятельности не ведут. Также непросто найти коммерческую аптеку, которая занималась бы производством лекарственных форм, несмотря на то, что никаких законодательных ограничений нет. При этом более 90% лекарств, которые сегодня производят аптеки, не выпускаются в заводских условиях.

Директор Национальной дистрибьюторской компании Настасья Иванова говорит, что муниципальные аптеки нужно поддерживать: «необходимо снижать налоговую нагрузку, особенно сейчас, когда происходит девальвация рубля и растут цены не только на импортные, но и на отечественные лекарства, а также предоставлять дополнительную финансовую поддержку за счёт бюджетов муниципальных образований. По её словам, эти меры помогут повысить конкурентоспособность муниципальных аптек и помогут им выжить на высококонкурентном аптечном рынке».

Эксперт также отмечает, что, в отличие от Москвы, региональной власти, как правило, неэффективно содержать крупную и низкорентабельную сеть аптечных предприятий. «Речь идёт не о зарабатывании денег, а о реализации социального проекта. Известно, что только муниципальные предприятия занимаются открытием новых аптечных пунктов в отдалённых городских и сельских

районах, где предпринимателю работать невыгодно. Однако в глобальном смысле расширение сети госаптек не решит проблему высоких цен на медикаменты», – заключает Н.Иванова.

В свете решения Президента европейская схема, где рынок состоит только из частных конкурирующих аптечных сетей, у нас развития не получит. В первую очередь из-за совершенно иной системы организации лекарственного страхования. Таким образом, государственные и муниципальные аптеки останутся важной частью отечественной системы лекарственного обеспечения.

Расширение сети государственных аптек – шаг достаточно неожиданный. Этим вопросы роста цен на лекарства не решить, считает генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей (АРФП) Виктор Дмитриев. По его словам, аптека – это учреждение торговли, несущее все платежи и нагрузки как любой торговый объект. С другой стороны, это учреждение здравоохранения, социальный объект со многими обязательствами по ассортименту и пр.

«Если мы дадим льготы госаптекам и не дадим частным, для чего тогда нужны ФАС и псевдоконкуренция? Если наша цель – снижение цен на лекарства, то госсеть аптек не поможет, она поможет реализации другой цели – сделать сеть аптек более широкой, общедоступной. Что касается замораживания цен, боюсь, что таким методом мы многие лекарства потеряем. Регулирование должно быть дорогой с двухсторонним движением. С препаратами, на которые заморозили цены, никому работать невыгодно, и такие препараты просто тогда исчезают», – подчеркнул эксперт.

Анна КРАСАВКИНА.

Итоги и прогнозы

Лекарственный отбор

Рынок клинических исследований в цифрах

В 2014 г. Минздрав России выдал 750 разрешений на все виды клинических исследований (КИ), что на 5% меньше, чем в 2013 г. Такая информация приводится в очередном выпуске Оранжевой книги, подготовленном исследовательской организацией «Синергия».

При этом количество новых международных многоцентровых КИ уменьшилось с 359 до 295 исследований по сравнению с 2013 г. Количество исследований биоэквивалентности, инициированных в прошлом году, осталось почти на прежнем уровне: с 265 в 2013 г. до 267 в 2014-м. Количество локальных КИ, проводимых на территории России отечественными и иностранными спонсорами, увеличилось также незначительно – со 167 до 188 исследований.

Спонсорами КИ, разрешённых к проведению в России в 2014 г., выступили компании из 35 стран. На первое место вышли российские производители с 345 КИ, за ними идут американские спонсоры (103 новых исследований), Швейцария (46), Великобритания (38), а также Индия (34). Замыкают группу лидеров Германия и Франция с 32 и 22 новыми исследованиями соответственно.

В 2014 г. было инициировано 37 новых КИ I фазы, что на 3 исследования больше, чем за прошлый год. Количество исследований II фазы за этот период снизилось и составило 84 исследования против 91.

Количество исследований III фазы снизилось с 373 до 338 – на 10% меньше по сравнению с прошлым годом. Количество исследований IV фазы также изменилось незначительно – с 28 до 24.

Всего в клинических исследованиях I-IV фаз, начатых в 2014 г., примет участие 58 707 субъектов, что почти аналогично показателю 2013 г., когда планировалось включить 57 709 субъектов.

В 2014 г. почти половина (49%) всех новых исследований были инициированы в 8 терапевтических областях. Наибольшее количество в области онкологии – 84 КИ; 61 новое исследование – в области пульмонологии; 48 – в области заболеваний опорно-двигательного аппарата и неврологии; 48 – в эндокринологии; 45 – в кардиологии; 35 – в области инфекционных и паразитарных болезней; 26 – в гастроэнтерологии; 23 – в неврологии.

Центр по оценке и исследованию лекарственных средств FDA одобрил в 2014 г. 111 новых лекарственных препаратов, по 45 из которых КИ проводились (или проводятся) в России.

В течение 2014 г. Комитет по лекарственным средствам для применения у человека Европейского агентства по лекарственным средствам (EMA) дал положительные рекомендации по 104 новым лекарственным препаратам, и по двум новым биоаналогам. По 64 препаратам, входившим в число получивших положительный отзыв,

проводились (или проводятся) КИ в России.

В июле 2015 г. должны вступить в силу поправки к Закону «Об обращении лекарственных средств». С одной стороны, там предусмотрено послабление при регистрации дженериков, что, по мнению экспертов, должно сыграть положительную роль для развития рынка КИ. С другой – пока непонятно, как будет работать норма по определению взаимозаменяемости. Ещё одна проблема – затягивание сроков получения разрешения на проведение клинических исследований. По законодательству этот срок составляет 41 рабочий день. Согласно опросу AIRM (в нём приняли участие 19 фармацевтических компаний), в рамках международных проектов задержка составляет 21 день, в отношении локальных исследований реальные сроки превышают предельно допустимые в 1,5–2 раза.

В отличие от фармацевтического рынка, который в условиях санкций и экономического кризиса переживает не лучшие времена, потрясения сектора клинических исследований пока не столь ощутимы. Более того, как полагают эксперты, падение рубля создаст дополнительные конкурентные преимущества для России и сделает отечественный рынок КИ более привлекательным для спонсоров.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Изъяты!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения сообщает о поступлении информации о выявлении лекарственных препаратов, качество которых не отвечает установленным требованиям в ходе проведения государственного контроля качества лекарственных средств:

– дротаверин-Эллара, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 20 мг/мл 2 мл, серии 201213, ампулы тёмного стекла, упаковки ячейковые контурные (2), пачки картонные, производства ООО Медицинский центр «Эллара», Россия, показатель «количественное определение спирта этилового»;

– винпоцетин, таблетки 5 мг 10 шт., серии 431013, упаковки ячейковые контурные (3), пачки картонные, производства ЗАО «АЛСИ Фарма», Россия, показатель «количественное определение»;

– уголь активированный, таблетки 250 мг 10 шт., серии 240114, упаковки безъязычковые контурные, производства ОАО «Фарм-стандарт-Лексредства», Россия, показатель «средняя масса таблеток»;

– ацекардол, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 50 мг 10 шт., серии 1000513, упаковки ячейковые контурные (3), пачки картонные, производства ОАО «Синтез», Россия, показатель «посторонние примеси»;

– перекись водорода, раствор для местного и наружного применения 3% 100 мл, серии 111113, флаконы из полиэтилена, производства ООО «ЮжФарм», Россия, показатель «количественное определение»;

– аммиак, раствор для наружного применения и ингаляций 10% 40 мл, серии 08052014, флаконы тёмного стекла, производства ОАО «Фармацевтическая фабрика» г. Чебоксары, Россия, показатели: «объём содержимого упаковки», «упаковка» (на этикетках части флаконов имеются пятна, сколы, надрывы);

– дротаверин, таблетки 40 мг 10 шт., упаковки ячейковые контурные (2), серии 140314, пачка картонная, производства ОАО «Ирбитский химико-фармацевтический завод», Россия, показатель «маркировка» (на 1 пачке из 10 отсутствует номер серии и срок годности);

– бисакодил, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 5 мг 30 шт., серии 060614, упаковки ячейковые контурные (1), пачки картонные, производства ООО «Озон», Россия, показатель «распадаемость»;

– трихопол, таблетки 250 мг 10 шт., блистеры (2), серии 30314, пачки картонные, производства Фармацевтический завод «Польфарма» С.А., Польша, показатель «количественное определение».

Территориальным органам Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации обеспечить контроль за изъятием и уничтожением в установленном порядке указанных партий лекарственных средств.

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

Выводы

Врача может ругать всякий

В некоторых странах Восточной Европы, включая Россию, уровень смертности населения от ишемической болезни сердца в возрастной группе 55-60 лет выше, чем, например, во Франции среди 75-80-летних граждан.

Основываясь на данных Всемирной организации здравоохранения и Организации по экономическому сотрудничеству и развитию, можно сделать вывод, что за последнее десятилетие, в первую очередь за период 2010-2012 гг., в 52 европейских странах отмечается в целом положительная тенденция к сокращению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, однако нельзя не отметить значительные внутрирегиональные различия.

Так, в странах с относительно высоким уровнем жизни населения — Бельгии, Германии, Дании, Исландии, Люксембурге, Нидерландах, Норвегии, Швейцарии и Швеции впервые наблюдается смещение заболеваний сердца и сосудов на второе место после злокачественных новообразований в структуре причин смерти мужского населения, а в Дании также и у женского.

Надо полагать, что такая картина связана с широким распространением и глубокой интеграцией здорового образа жизни среди

населения этих стран, а также с высоким качеством медицинской помощи.

В то же время, что совершенно не удивляет, в странах бывшего Советского Союза такой тенденции не отмечается. Так, в России уровень смертности населения обоих полов всех возрастов от сердечно-сосудистых заболеваний в 6 раз выше, чем во Франции. Например, в 2010 г. по этой причине в России умерло 915 мужчин и 517 женщин на каждые 100 тыс. населения в сравнении со 150 мужчинами и 87 женщинами на такое же количество во Франции.

«В Белоруссии, Казахстане, Киргизии, России и Украине уровни смертности от ишемической болезни сердца среди мужчин 55-59 лет выше, чем у французов на 20 лет старше», — отмечают в ВОЗ.

Майк Райнер — эксперт ВОЗ из Оксфордского университета полагает, основываясь на результатах предыдущих исследований, что в данном случае речь идёт прежде всего не о генетических факторах или плохом медобслуживании, а о негативном влиянии факторов окружающей среды: «Различия между Западной и Восточной Европой в первую очередь связаны с различиями в образе жизни населения (курение, алкоголь, питание) и в гораздо меньшей степени — с тем, как именно лечат заболевания

сердца и сосудов в медицинских учреждениях этих стран, — отметил эксперт. — А образ жизни населения, в свою очередь, связан с различиями в маркетинге алкоголя, табачных изделий и вредных для здоровья продуктов питания в различных странах, включая такие вещи, как маркировка, реклама и налоги».

В целом же по Европе сердечно-сосудистые заболевания остаются на первом месте среди причин смерти населения, каждый год унося жизни более 4 млн европейцев, что составляет примерно половину статистики всех смертей в регионе.

Согласно результатам анализа данных, полученных в рамках масштабного исследования здоровья населения Земли Global Burden of Disease Study 2013, заболевания сердца и сосудов являются причиной около 30% всех смертей на планете. Так, в 2010 г. от них умерло 15,6 млн человек.

Может, нам стоит задуматься, пока не поздно и, перекусив овощами вместо очередного куска хлеба с толстым слоем сливочного масла, отправиться в спортзал? Прежде чем обвинять других — врачей или государство — не пора ли оглянуться на себя и откровенно спросить: а что ты сам сделал для того, чтобы быть здоровым? И вообще — жить на 20 лет меньше своих западных «коллег» стыдно.

Гипотезы

Предчувствуя бесплодие партнёра

Австралийский биолог Майкл Гиллингс выдвинул гипотезу, объясняющую целесообразность существования предменструального синдрома (ПМС) с точки зрения естественного отбора. При этом предшествующем менструации нервозном и раздражительном состоянии повышаются шансы на расставание женщины с бесплодным партнёром, что является эволюционным преимуществом, благодаря которому ПМС сохранился в популяции.

ПМС представляет собой сложный циклический симптомокомплекс, проявляющийся за несколько дней до начала менструации и характеризующийся психоэмоциональными, вегето-сосудистыми и эндокринными нарушениями. Среди симптомов — повышенная тревожность, раздражительность, агрессивность, нервное напряжение, резкие смены настроения, головные боли и т.д. Считается, что от ПМС страдают до 80% женщин детородного возраста.

Как предположил учёный, в эволюционном прошлом человечества у ПМС должно было быть некое скрытое селективное преимущество, поддерживающее его сохранение на протяжении поколений. Он исходил из того факта, что у женщин репродуктивного возраста как в древних, так и в современных племенах охотников-собирателей, менструации очень редки, так как они постоянно либо беременны, либо кормят ребёнка грудью.

Так, как установили антропологи, у женщин в таких племенах в среднем бывает два менструальных цикла за год и не более 100 за весь детородный период, в то



время как у жительниц развитых стран количество циклов переваливает за 500.

Таким образом, по мнению М.Гиллингса, предшествующий менструации период неблагоприятного физического и психического состояния женщины мог повышать шансы на её разрыв с половым партнёром, не способным на оплодотворение и, как следствие, избавление от связанного с ежемесячными кровотечениями неэффективного расходования энергетических ресурсов.

«В конечном итоге, ПМС способствовал увеличению репродуктивного успеха женщины, стремящейся выбирать только фертильных половых партнёров», — полагает учёный.

Правомерность подобной гипотезы подтверждают, как указывает учёный, высокая наследуемость склонности к ПМС; недавнее выявление генетических вариаций,

связанных с ПМС; тот факт, что агрессия и враждебность во время ПМС, как правило, направлены именно на текущего партнёра; демонстрируемая многими женщинами сопровождающая ПМС повышенная сексуальная активность, предполагающая поиск нового партнёра.

«С этой точки зрения поддержка ПМС со стороны естественного отбора говорит о его адаптивных преимуществах в архаичных обществах, которые уже потеряли своё значение в современном мире. Понимание этой эволюционной нестыковки говорит о том, что необходимо прекратить рассматривать ПМС как патологическое состояние, воспринимать его как естественный феномен и изменить подход к решению проблемы, например, использовать прекращающие менструацию гормональные контрацептивы», — резюмирует М.Гиллингс.



II МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ НАУКИ — 2015

www.forum-uniscience.ru

«НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ: МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ, ТРИГГЕРЫ ПАТОГЕНЕЗА, ЯТРОГЕННОЕ ВЛИЯНИЕ»

Москва, площадь Европы, 2, отель «Рэдиссон Славянская»

II форум университетской науки — 2015 будет проходить 22 мая 2015 г. Цель форума — обсуждение и оценка результатов научных биомедицинских исследований, направленных на поиск путей и способов медицинского прогнозирования, снижения вторичной заболеваемости и ятрогенных влияний.

II форум университетской науки с международным участием задуман как логичное развитие подходов, заложенных на I форуме, прошедшем в Москве в мае 2014 г. и ставшем знаковым событием в календаре научных событий года. В прошлый раз внимание участников было посвящено достижениям фундаментальных наук и персонализированной медицины в решении проблем системного и аутовоспаления. Обсуждение широко поставленной темы привело к пониманию того, что стратегически важным аспектом изучения системного и аутоиммунного воспаления является молекулярно-генетическое прогнозирование.

Ориентируясь на научные исследования, которые проводятся в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова, мы назвали Форум-2015 «Научное медицинское прогнозирование: молекулярно-генетические аспекты, триггеры патогенеза, ятрогенные влияния». В форуме примут участие ведущие учёные и молодые исследователи нашего университета, а также представители других ведущих научно-медицинских организаций, разрабатывающих проблемы научного прогнозирования и снижения ятрогенных рисков, таких как РОНЦ им. Н.Н.Блохина, РМАПО Минздрава России, известные зарубежные учёные.

Пленарное заседание форума будет освещать два основных, стратегических научных направления нашего университета: «Маркёры рисков здоровья и триггеры патогенеза заболеваний» и «Малоинвазивные технологии: поиск путей снижения ятрогенных рисков». В программе форума — 6 научных симпозиумов:

- молекулярно-генетические исследования опухолей;
- молекулярно-генетические исследования в клинике инфекционных заболеваний;
- минимально-инвазивные технологии на стыке хирургических специальностей;
- неотложная кардиология: от науки к практике;
- междисциплинарные подходы к наиболее распространённым заболеваниям женщин;
- клиническая психология и биометрические исследования в медицине.

Также в рамках форума состоится «круглый стол» на тему «Передовые медицинские технологии в медицине».

Насыщенная программа и интересная, актуальная тематика мероприятий позволяют надеяться на то, что форум привлечёт к участию и заинтересованному обсуждению научных работников, врачей, преподавателей медицинских вузов, будет интересным и полезным для всех участников.

Организатором форума выступил Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова. Председателем организационного комитета форума является ректор МГМСУ профессор Олег Янушевич.

Перспективы

Новый взгляд

Министерство обороны США выделило Школе медицины Калифорнийского университета (Сан-Диего) грант размером в миллион долларов на разработку концепции операции по пересадке донорского глаза. Проект рассчитан на 2 года.

«Трансплантация глаза — «святой Грааль» для восстановления зрения, — отметил в этой связи один из грантополучателей профессор офтальмологии Джеффри Голдберг. — Это на грани научной фантастики».

Примечательно, что эксперименты на генетически близких крысах, предварительно проведённые в Медицинском центре Питтсбургского университета, показали принципиальную возможность осуществления такой операции, но зрение в пересаженном глазу отсутствовало. Дело в том, что учёным не удалось добиться восстановления связи между разветвлённой сетью нервных окончаний глаза с головным мозгом через зрительный нерв.

Данный нерв содержит более миллиона нейронов и передаёт визуальную информацию с сетчатки глаза в мозг. Поэтому главной целью проекта является разработка эффективных методов, позволяющих преодолеть эту проблему и продемонстрировать успешное прорастание нервных окончаний донорского глаза в зрительный нерв реципиента.

Исследователи из Калифорнийского университета и Гарварда уже разработали спектр молекулярных техник, направленных на усиление процесса регенерации зрительного нерва. Наиболее многообещающим разработчики считают метод восстановления способности взрослых нервных клеток к интенсивному росту, по аналогии с эмбриональными клетками, путём блокирования синтеза специфических белков.

Подготовил
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

По материалам MedicalXpress,
Evolutionary Applications,
European Heart Journal.

Профессор математики Лондонского университета Ханна Фрай – автор книги «Математика любви» утверждает, что магическая формула любви состоит всего из трёх частей.

Играй на отличиях

Во-первых, привлекательная внешность ещё не является гарантией успеха. На самом деле «непривлекательность» может сыграть вам на руку. Это положение подтверждается статистикой. Кристиан Раддер, математик и один из основателей сайта знакомств потратил 10 лет, собирая и анализируя данные людей, зарегистрировавшихся на сайте.

Раддер и его команда сдѣлали случайную выборку из 5 тыс. женщин и сравнили число баллов, которые они получили в графе «привлекательность» с числом посланных им сообщений. Вышло, что самым большим успехом пользуются люди, получившие самые разнообразные оценки.

Гораздо больше внимания получают те, по поводу кого мнения разделились от «красавицы» до «дурнушки», нежели всеми признанные «хорошенькие».

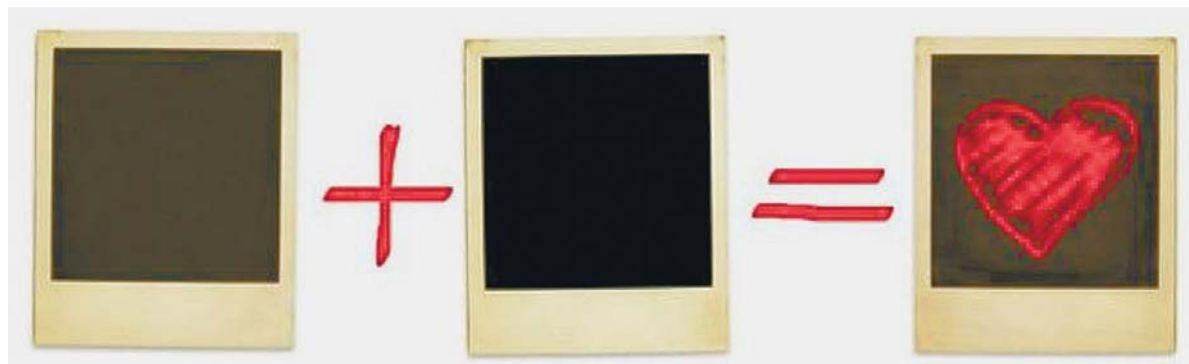
На самом деле, если подумать, то в этом есть смысл. Допустим, мужчина видит фотографию «красавицы», которую и все остальные тоже считают неотразимой. Первая реакция: она слишком красива, её наверняка заваливают предложениями, и лучше не унижаться и ей не писать.

С другой стороны, если тот же мужчина видит другую фотографию, изображённая на которой

Горько!

Формула любви

Как алгеброй поверить гармонию?



женщина вызывает смешанные чувства у аудитории, он исходит из того, что конкуренции будет поменьше, и решает ей написать.

Отсюда и первый совет: не скрывайте своих недостатков. Выбирая фотографию для сайта, не стремитесь найти лучшую, не ретушируйте и не поправляйте её. Сыграйте на том, чем вы выделяетесь из толпы.

Не жди у моря погоды

Метод, при котором одна группа завязывает знакомство с другой, носит название алгоритма Гейла-Шепли, или «алгоритм отложенного согласия». Математические расчёты этой социальной модели показывают, что те, кто активно ищет себе партнёров,

всегда оказываются в лучшем положении, нежели те, кто сидит молча и ждёт, когда их «найдут».

В этом есть смысл: начинайте с того, что выбирайте самого привлекательного представителя противоположного пола, а если получите отказ, постепенно спускайтесь вниз. В результате вы окажетесь с самым лучшим партнёром из всех тех, кто готов иметь с вами дело. Если же вы сидите и ждёте, пока с вами заговорят, то вашим уделом станет наименее противный из всех приблизившихся к вам соискателей.

Не бойся критики!

Без ссор не обходится даже самый идеальный брак. При

этом математики обнаружили связь между тем, как вы ссоритесь, и тем, насколько успешными и долгосрочными будут ваши отношения. На протяжении нескольких лет психотерапевт Джон Готтман записал сотни разговоров супружеских пар. Всех их он просил обсудить наиболее острый вопрос в их отношениях.

Готтман и его сотрудники быстро сообразили, как ввести количественную составляющую в это эмпирическое исследование: у ссорящихся пар измеряли артериальное давление, электропроводимость кожи и ритм сердца. В результате психотерапевты научились предсказывать вероятность развода той или иной пары с точностью до 90%!

Они обнаружили, что если

отношения между партнёрами были хорошие, то это отражалось и на выражениях, которыми они пользовались в споре. Для них негативное поведение партнёра было чем-то из ряда вон выходящим, а не нормой: «Просто она устала», или «У него на работе недавно были неприятности».

Однако если пара на полной скорости двигалась к разводу, то язык спора менялся на прямо противоположный: «Вот ты всегда такой!» или «Видишь, а всё твой эгоизм!»

«Спираль негативности»

Однако эти исследования заходят за рамки простой статистики: объединившись с математиком Джеймсом Марри, Готтман сумел перевести свои наблюдения на язык формул. Их модель рассматривает так называемую «спираль негативности».

Особое внимание в отношениях следует обратить на «порог негативности», переход через который означает, что постоянная отрицательная эмоциональная реакция одного партнёра перерастает в резкую ответную реакцию другого. Казалось бы, на первый взгляд, чем выше «порог негативности», тем больше шансов, что конкретная пара останется вместе. В действительности всё полностью наоборот. Те пары, которые не боятся обсуждать свои проблемы, имеют хороший шанс дожить до золотой свадьбы и вместе встретить старость.

Ну кто бы мог подумать, что математика может дать нам такой прекрасный совет о том, как быть счастливым?

Диагностика

Слепые эксперты

Они легче обнаруживают ранний рак молочной железы

Женщины, проходящие медицинское обследование молочной железы в Германии, могут оказаться в руках... слепых специалистов. Пока ещё не опубликованный отчёт показывает, что лишённые зрения эксперты обнаруживают опухоли на более ранней стадии, нежели их зрячие коллеги.

Эта неожиданная идея пришла в голову немецкому врачу Франку Хоффману из клиники в Дуйсбурге. Однажды утром, принимая душ, он подумал, а не смогут ли слепые женщины выполнить процедуру пальпирования молочных желѣз лучше, нежели он сам?

На мануальное обследование груди в его клинике отводится 3 минуты, – рассказывает гинеколог Франк Хоффман. Этого совершенно недостаточно для того, чтобы найти небольшие уплотнения в тканях, но это главное условие при диагностике рака молочной железы на ранней стадии.

Люди, знакомые с шрифтом Брайля, обладают высокоразвитым чувством осязания. Поэтому Хоффман предположил, что слепые и люди с ограниченным зрением смогут лучше кого бы то ни было проводить мануальное исследование молочных желѣз пациенток.

Пока ещё неопубликованное исследование, проведѣнное в университете Эссена, показало, что слепые женщины смогли обнаружить гораздо меньше по размеру уплотнения в груди, не-

жели обычные зрячие гинекологи. «Врачи, как правило, могут обнаруживать опухоли размером от 1 до 2 см. Тогда как слепые находят уплотнения размером от 6 до 8 мм. А это огромная разница. За то время, пока опухоль увеличивается в размере от 6 мм до 1 см, раковые клетки могут распространиться по всему телу».

В Германии, так же как и в Британии, регулярные маммографии и другие профилактические обследования на выявление рака молочной железы предлагаются женщинам в возрасте от 50 лет и старше. При этом в обеих странах рак этой локализации является главной причиной женской смертности в возрастной группе от 40 до 55 лет. При этом в Германии число смертельных случаев постоянно снижается.

Франк Хоффман основал организацию «Чуткие руки» именно для того, чтобы как можно больше случаев рака молочной железы диагностировалось на самой ранней стадии. Он разработал специальную программу обучения слепых женщин, которые становятся экспертами в этой области. Сейчас в различных гинекологических клиниках по всей Германии работает около 17 подобных специалистов.

Для начала мануальный эксперт наносит на грудь пациентки сеть координат с помощью специальной сетки, снабжённой отмеченными шрифтом Брайля маркерами. Потом она медленно обследует каждую ячейку сетки. Если она что-то обнаружит, она

сможет сообщить врачу совершенно точно, где находится подозрительный участок.

Медицинское сообщество пока не пришло к единому мнению по поводу пользы от регулярных обследований. Профессор Гигеренцер является их ярким противником и вообще не в восторге от того, что теперь вдруг стало возможным находить ещё меньшие по размеру уплотнения.

«Чем точнее методы диагностики, – утверждает он, – тем больше никому не нужной информации. Это может привести к ненужной операции или радиационной терапии. В этом случае ранняя диагностика приносит только вред».

Вопрос о пользе ранней мануальной диагностики пока остаётся открытым. Врачебное сообщество ждёт, пока команда «чутких рук» не предоставит неопровержимые доказательства, что их метод может сократить число смертей от рака молочной железы.

Тем временем одна из пациенток Хоффмана рассказала, что обязана своей жизнью одной из мануальных экспертов. Обнаружение опухоли, пока она была крошечной, вполне возможно, спасло её жизнь. Вовремя начатые химиотерапия и радиотерапия помогли победить болезнь.

В надёжность и полезность этого метода уверовали и несколько страховых компаний Германии. Шесть из них теперь покрывают стоимость мануального обследования молочных желѣз своих пациенток.

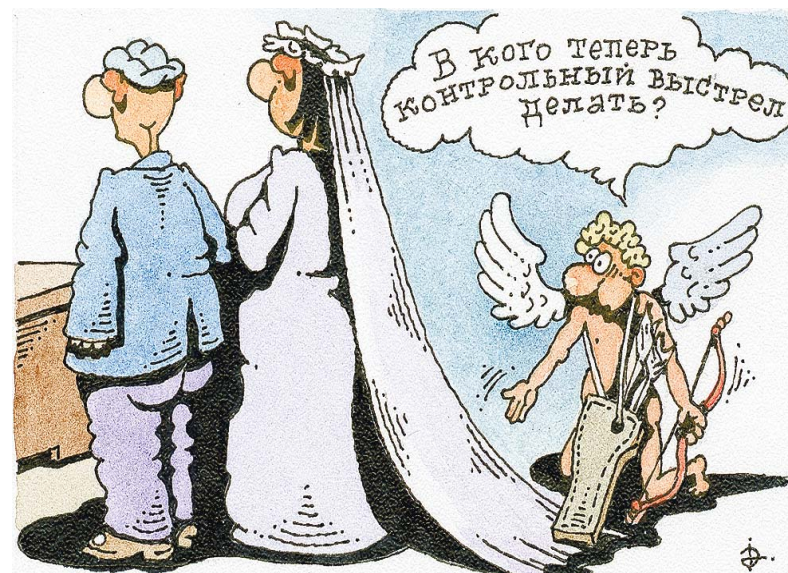
Ну и ну!

В Индии в городе Рампуре, штат Уттар-Прадеш, во время свадебной церемонии невеста, отказавшись от наречѣнного, вышла замуж за одного из гостей. Причиной резкой смены будущего спутника жизни стал эпилептический припадок жениха.

это своё заболевание он от неё скрыл.

Осмотревшись, она обратилась к одному из членов семьи жениха, который был на свадьбе в качестве гостя, не хочет ли он занять освободившееся место и вступить с ней в законный брак. Опешивший гость немедленно согласился.

Горше не придумать



25-летний жених рухнул на землю на глазах у многочисленных гостей в самый ответственный момент: когда он пытался надеть свадебную гирлянду на шею своей невесты. Его увезли в больницу, а разгневанная невеста решила по-быстрому сменить мужа. Ведь

Выписавшись из больницы, жених номер один умолял свою подругу вернуться к нему, однако та осталась непреклонной. Тогда он и его родственники написали заявление в полицию на семью невесты. Но там предложили самим урегулировать проблему.

Подготовил Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам Associated Press, Spiegel-online, The Times of India.

«Он хотел спасти, а ему только удалось несколько отсрочить гибель; он хотел гармонии, тишины и добровольного повиновения в такую эпоху и в такой стране, где и когда социальная борьба не могла не возгореться особенно ярким пламенем», — так писал советский историк Евгений Тарле о Сергее Витте — одной из самых неоднозначных и противоречивых фигур в российской политике на рубеже XIX–XX веков. Достаточно сказать, что в зените своей государственной карьеры он был нещадно критикуем и справа, и слева, причём если для патриотов-традиционалистов он был ярким либералом и даже чуть ли не революционером, то настоящие революционеры видели в авторе манифеста от 17 октября 1905 г. душителя свободы и лютейшего врага.

ном космополитизме нет ничего удивительного, что у нас значение законов политической экономии и житейское их понимание приняли нелепое направление. Наши экономисты возымели мысль кроить экономическую жизнь Российской империи по рецептам космополитической экономики. Результаты этой кройки налицо».

Вряд ли Александр III открывал

деятельность вредной для России. И всё-таки авторитет и вес министра в российских и международных финансовых кругах был настолько велик, что Николай II только в 1903 г. на фоне тяжёлого экономического кризиса решился на фактическое удаление Витте от финансовых дел.

Сергей Юльевич вступил в обязанности председателя комитета

с императором. Витте тяжело пережил отставку, интриговал, даже пытался использовать Григория Распутина, чтобы вернуться к власти. Но его опала длилась вплоть до смерти...

7 марта 1915 г. Сергей Юльевич последний раз выезжал из дома вместе с женой на автомобиле, после чего у него появились симптомы сильной простуды. 8 марта граф на улицу не выходил. 9 и 11 марта к нему приходил его лечащий врач — старший врач Николаевской инженерной академии С.Ковалевский. 12 марта состояние здоровья Витте ухудшилось. У постели больного собрался консилиум врачей, но помочь они уже ничем не смогли. Витте умер 13 марта в 3 часа утра от менингита.

Петроградский городской глава граф И.Толстой писал в своём дневнике: «Сегодня рано утром умер С.Ю.Витте, проболев всего 36 часов, кто говорит — от воспаления среднего уха и менингита, кто — от рака предстательной железы. В его лице сошла со сцены одна из самых крупных личностей нашего времени».

Последний российский император Николай II не выразил соболезнований жене Витте. А послу Франции в Российской империи М.Палеологу царь сказал: «Смерть графа Витте была для меня глубоким облегчением. Я увидел в ней также знак Божий».

Сразу после смерти графа в его дом для разбора бумаг прибыл генерал-адъютант К.Максимович. В помощь Максимовичу был приглашён начальник канцелярии Министерства императорского двора А.Мосолов. Они искали или дневник Витте или его «Воспоминания». Но удалось найти только оглавление «Воспоминаний». Ознакомившись с оглавлением, император выразил сожаление о том, что не удалось найти рукопись мемуаров графа и сказал: «Могу себе представить, что он там только про меня писал».

Витте диктовал свои мемуары стенографистам. Рукопись мемуаров хранилась за границей в сейфе банка. Впервые воспоминания Витте опубликованы в Берлине в 1923 г. Рукопись подготовил к печати с разрешения семьи покойного историк И.Гессен. По этому изданию публиковались «Воспоминания» Витте и в СССР. В России записи Витте опубликованы в 2003 г. по рукописи, хранящейся в архиве в США.

Андрей ВУКОЛОВ,
историк.

Москва.

Железнодорожник поневоле

Он родился в июне 1849 г. в Тифлисе в семье чиновника администрации Кавказского наместничества. Его отец Христоф-Генрих-Георг-Юлиус Витте, балтийский немец родом из Лифляндской губернии, принял православие и получил новое имя Юлий Фёдорович. Мать — Екатерина Фадеева — дочь саратовского губернатора. В семье было пятеро детей. Родители их любили, но воспитанием почти не занимались. Большое участие в воспитании детей принял, в частности, дядя по материнской линии — Ростислав Фадеев, славнолюб по своим убеждениям. Серёжу, как и всех детей в семье, воспитывали в традиционных российских устоях: самодержавие, православие, народность.

Сергей окончил гимназию и в 1866 г. стал студентом физико-математического факультета Новороссийского университета в Одессе, его брат Борис поступил на юридический факультет того же университета. После смерти отца в 1868 г. благосостояние семьи Витте пошатнулось и возникли трудности с оплатой учёбы. Вероятно, именно смерть отца повлияла на то, что Сергей отказался от научной карьеры и пошёл служить в управление Одесской железной дороги.

Позднее Витте вспоминал о начале своей работы на железной дороге так: «...я сидел в кассах станционных, грузовых и билетных, затем изучал должности помощника начальника станции и начальника станции, потом контролёра и ревизора движения; затем занимал должности на различных станциях, где преимущественно было грузовое движение, и на станциях, где было преимущественно пассажирское движение... Когда я прошёл все эти должности, я сразу получил место начальника конторы движения». Его карьера стремительно шла вверх. Работая на должностях начальника эксплуатации и управляющего этой компании, добился роста эффективности и прибыльности. В частности, проводил передовую для того времени маркетинговую политику (реорганизовал тарифы,

Имена и судьбы

Граф-реформатор

100 лет назад не стало выдающегося российского государственного деятеля Сергея Витте



ввёл практику выдачи ссуд под хлебные грузы и т.д.).

В этот период познакомился с императором Александром III. По легенде, С.Витте на глазах императора вступил в конфликт с царскими адъютантами, доказывая, что нельзя использовать два мощных грузовых паровоза с целью разгона царского поезда до высоких скоростей. Александр III убедился в правоте С.Витте после крушения царского поезда в 1888 г.

Находясь на службе в транспортном ведомстве, Витте активно интересовался вопросами государственных финансов. В 1889 г. вышла в свет его экономическая работа «Национальная экономия и Фридрих Лист», изданная на деньги автора. В этой книге он раскритиковал внешнеэкономический подход в экономической политике современной ему России. «Мы, русские, в области политической экономии, конечно, шли на буксире Запада, а потому при царствовавшем в России в последние десятилетия беспочвен-

эту книгу, но свои причины обратить внимание на экономические взгляды молодого амбициозного чиновника у него, видимо, имелись. И в

В 1892 г. Витте получил пост министра путей сообщения. Пробыв всего полгода в этой должности, он реформировал систему железнодорожных тарифов и отладил всю систему железнодорожных грузовых перевозок, сделав её практически бесперебойной. В том же году он был утверждён в должности министра финансов, фактически же Витте руководил всей экономической политикой России более 10 лет.

Во главе правительства

Как считает российский историк М.Буданов, возвышение Витте имело своей причиной расположение монарха: Александр III открыто благоволил талантливому управленцу и экономисту. Но даже императорская милость не могла оградить Витте от недоброжелательства со стороны придворных кругов. Несмотря на своё дворянское происхождение, он был для высшего света Петербурга выскочкой. Непрочность позиций Витте в Петербурге усугублялась спецификой его личной жизни. В 1890 г. умерла его первая жена. В 1892 г. Витте женится на разведённой еврейке, что было из ряда вон выходящим случаем в придворной жизни того времени; нелишним будет добавить, что первая жена Витте тоже была разведённой. Его положение в свете и при дворе ещё более ухудшилось со смертью Александра III. Новый царь не просто лично не доверял Витте, но и считал его

министров. По инициативе Витте был составлен знаменитый манифест от 17 октября 1905 г., даровавший основные гражданские свободы и вводивший институт народного представительства — Государственную думу. Пик его карьеры пришёлся на 20 октября 1905 г., в этот день Сергей Юльевич назначен председателем Совета министров Российской империи. Его рабочий день продолжался не менее 12 часов без выходных и праздников: на обед отводилось 20 минут, час ежедневной езды верхом в манеже. Каждый день у него встречи с людьми, нужно прочесть множество бумаг, подготовить новые указы, отдать новые распоряжения. И так изо дня в день...

С.Ильин писал: «Переход к золотой валюте принято считать вершиной реформаторского творчества С.Ю.Витте... Если разложить денежную реформу С.Ю.Витте на составляющие её элементы, то она выглядит следующим образом: 1) накопление золотого запаса и введение в обращение золотых денег; 2) достижение благоприятного торгового и расчётного баланса; 3) фиксация курса бумажной валюты; 4) девальвация на основе существующего курса рубля; 5) введение в обращение новых денежных знаков; 6) превращение Государственного банка в центральное эмиссионное учреждение; 7) чеканка новых монет».

Смерть в опале

На посту главы правительства он пробыл менее года и был отправлен в отставку 22 апреля 1906 г. из-за плохих отношений

Память

Дань уважения меценату

Мемориальную доску в честь Гаврилы Солодовникова установили в Клинике кожных и венерических болезней Первого Меда

Гаврила Солодовников был одним из самых богатых купцов Москвы XIX века, мульти-миллионер и домовладелец. Именно он пожертвовал 200 тыс. руб. на строительство «клиники сифилитических и кожных болезней» — так тогда называлось это медучреждение. На его средства был также построен ряд домов для бедных, сиротский приют и несколько училищ.

Открытие мемориальной доски было приурочено к заседанию Московского общества дерматовенерологов. Вот что

сказала директор Клиники кожных и венерических болезней им. В.А.Рахманова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Ольга Олисова: «Наши сотрудники гордятся возможностью работать в старейшей клинике кожных и венерических болезней. Мы продолжаем традиции видных учёных и отдаём дань уважения меценату, благодаря которому это стало возможным».

Здание, расположенное на Девичьем поле, является архитектурной достопримечательностью современной Москвы. Автор проекта — главный архитектор

Московского университета Константин Быковский. Несколько лет назад здание было отреставрировано, в нём проведён капитальный ремонт.

Сегодня Клиника кожных и венерических болезней считается одним из ведущих дерматологических учреждений страны. Её отделения — лечебно-диагностическое, два кожно-венерологических и физиотерапевтическое — рассчитаны на 120 коек. Ежегодно стационарное лечение здесь получают более 2 тыс. человек, амбулаторное — более 7 тыс.

Правнучка Гаврилы Солодов-



никова Дженифер Вильямс посетила клинику после её восстановления. Она была в восторге от увиденного и поблагодарила всех за доброе отношение. «Я рада, что за прошедшие 120 лет вы со-

хранили здание в первозданном виде», — сказала она.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сито!

Москва.

На литературный конкурс

Николай СУЛИМ

Подозрительная натура

Климов приехал в зарубежную частную клинику. На повторный приём к светиле медицины. Подошёл к знакомой двери. Постучал. Оттуда разрешили войти. Он зашёл внутрь. Доктор что-то печатал на компьютере, поднял голову, спросил:

– Каковы результаты лечения, господин Климов?

– Разочарую. Улучшения нет. Топчемся на месте...

Врач нажал кнопку «работа завершена». Его пара затемнённых линз, обрамлённых золотистой оправой, уставилась на Климова. Он разочаровано, на ломаном русском переспросил:

– Зна-а-чит, не помогла комплексная подводная океанотерапия?

– Не-е-е. Всё делал, как вы прописали, профессор. Ежедневно по шесть часов просиживал под волнами самого быстрого течения Гольфстрим. Периодически зарывался в ил. Целый месяц питался планктоном и водорослями. Сбросил вес! Несколько акул сломали о мой хребет зубы. Научился обходиться без акваланга. Собственно, уже дышал жабрами, но болячка в спине осталась.

– Огнём лавы вулкана пользовались?

– Прямо в кратере! По вашей методике. Две недели пёкса на расплавленной магме. Как вы и предсказывали – было жарковато! Вытерпел. Затем натирался пеплом. Б-бе-е-сполезно! – констатировал Климов.

– А высотную аэротерапию,



по моей рекомендации, про-
бовали?..

– Как велели. Вначале, при наборе самолётом высоты, находился на фюзеляже. На шестикилометровой отметке начал кувыряться. С крыла на крыло. Отмечаю: в теле чувствовал сильную вибрацию. Иногда дрожь, но лечение не прерывал! Потом, когда авиалайнер входил в пике, перебирался на его хвостовое оперение. Там и Новый год встретил!.. Замечал, что при попадании в воздушную яму судно немного болтало и проваливало вниз, – добавил Климов. – Но я к экстремальным условиям адаптировался быстро. После рождественских праздников уже приземлялся без парашюта!.. Скажу, что стержневая болячка в позвоночнике так и не исчезла!

– М-мда-а. Не мо-о-гу понять: в чём при-и-чина? – подавленно произнёс доктор. – Вроде, на-

нотехнологии применили. Апро-
бированные! Очень эффективные! Обычно после реабилитации никто сюда не возвращался... – он задумался, постучал костяшками пальцев по клавиатуре компьюте-
ра, заключил:

– К сожалению, ничем уже по-о-мочь не могу. В данном случае мировая ме-е-дици-и-на бессильна.

Когда Климов покинул кабинет, профессор пробормотал про себя:

– Ничто этих русских не берёт! Значит, мой дед правду говорил, что под Сталинградом их обстреливали из тяжёлой артиллерии, кромсали танками, забрасывали гранатами, сутками бомбили! Полностью разрушили город, и с ними ничего не сделалось! На редкость живучее, неистребимое племя! А ещё приезжают сюда лечиться...

Москва.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

Алкоголизмы

- Кончается бутылка, начинается утечка информации.
- Многие уверены, что год состоит только из трёх ярких дней: 1 января, 23 февраля и 8 марта.
- Весь мир гонит русскую водку. И гонит её в Россию.
- «Горькая правда» по анализу – обыкновенный алкоголь.
- Было у меня три желания. Но они сообразили на троих.
- Чем дольше ты не моешь стакан, тем больше в нём алкоголя.
- Пережил горький опыт общения с медовухой.
- Объявление услуги: «У кого душа горит, бесплатно плюну в душу».
- У любителя соображать на троих постоянно раздваивалась личность.
- Из всех средств дружеской

связи – самая быстрая, самая лучшая ноль-пять литра.

- В нашей пивной полно учёных с собственными теориями вероятности.
- Что же пьют на небе, если все дожди – кислотные?!
- Его жизненный путь помнит все забегазовки.
- Если в пятницу заболела голова, значит, всю неделю ты перерабатывал.
- Покатилось яблочко – прямо в бочку «сидра».
- Посадили на трезвую диету. Научился хмелеть силой воли.
- Набрался интеллигентности по самое горлышко.
- Клуб анонимных алкоголиков пропил свой офис известным трезвенникам.
- Пиво требует долива. Деньги нуждаются в сдаче.

- К чёрту жизнь-коктейль! Да здравствует самогон-бессмертник!
 - Побережье Чёрного моря славится загулявшими почёрному.
 - Пятница – переломный день. Она способна сломать любую трезвую натуру.
 - Наука о водке – скучная наука. Её делают трезвые учёные.
 - Самый отзывчивый – пьёт за всех.
 - Чай – гоняют. Самогон – сам себя гонит. Вот и конкуренция.
 - У алкоголя только один выход – в дурь.
 - Меняю каплю совести на ведро пива.
 - Перед алкоголем все равны. Но у каждого своя этикетка.
 - Заглядывал в каждую бутылку: не в этой ли место для подвига?
 - Вместо эпилога:
Принял на грудь – не сломай что-нибудь.
- Москва.

Сокровенное

Анатолий ИВАНОВ

Романтичным дамам

В весенний мартовский денёк – весны послушать шёпот нежный – романтик сядет на пенёк и станет первым ждать подснежник.

Он будет долго-долго слушать в лесу весеннюю капель...
А может, лучше нам покушать и выпить праздничный коктейль?!

Неромантичным дамам

Для вас весенние приметы
К Восьмому Мартовскому дню – цветы, подарки и банкеты, где ресторанное меню.

А сердце рвётся на свободу, где храм воздушный до небес. Так, может, лучше – на природу, в весенний, полный звуков лес! Санкт-Петербург.

Николай ЧАЙКА

Дружеские сонеты

Весеннее

Уже седьмое марта за окном,
И ты, моя любовь, опять с цветами –
Пусть этот день приносит
счастье в дом,
И пусть сегодня будет
радость с нами.

В твой день рожденья думаю опять,
Что ты явилась в этот мир однажды,
Чтобы найти меня, за руку взять
И увести из юности отважно.
Твоя любовь, как сильных
два крыла,

Нас пронесла по жизни
быстротечной,
Она со мною каждый миг была
И навсегда останется, конечно.

От юности - полвека за спиной,
И двадцать тысяч дней
любовь со мной!

О любви

За всё тебя благодарю:
Над речкой – алую зарю,
Над лесом – полную луну,
В гитаре – звонкую струну.

Я ничего не позабыл –
Как над Невой кораблик плыл,
Нам посылая свой привет
И тёплый солнечный рассвет!
Тебя я вновь благодарю
За то, что так тебя люблю,
За двух детей, за внуков всех,
За долгий жизненный успех.

За то, что ты на свете есть,
Что ты – моя судьба и честь!

О времени

Ни зла, ни лжи не замечая,
Друзьям давнишним отвечаю
Не просто пламенным приветом,
А новым дружеским сонетом.

Бывало, помню, вместе часто
С друзьями мы делились счастьем,
Ну а в беде иль в трудный час
Друзья стремились к нам тотчас.

Дел добрых сделано немало –
Сближенье душ нам помогало
Легко друг друга понимать
И мелких «ляпов» не считать.

Прошло полвека. Мы – другие,
Но – помним годы дорогие...

ОБ АВТОРЕ: Николай Чайка окончил 1-й Ленинградский медицинский институт им. И.П.Павлова в 1964 г. Более 40 лет работал в Санкт-Петербургском НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера заведующим отделом информации, с 2013 г. - ведущий научный сотрудник, кандидат медицинских наук.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: 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).
Директор-издатель В.МАНЯКО.

Дежурный член редколлегии – Ю.БЛИЕВ.

Справки по тел.: 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98. Отдел изданий и распространения 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 5-й этаж, 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 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-01-00159
Тираж 31 192 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; С.-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (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.