

# Медицинская

22 июля 2016 г.  
пятница  
№ 54 (7674)

# Газета®

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

## Ориентиры

# Бегом за здоровьем

### Активный образ жизни – это и есть здоровая жизнь



Слушания «Формирование здорового образа жизни и укрепление здоровья учащихся – приоритетное направление развития подрастающего поколения», организованные Общественной палатой Чувашской Республики совместно с Общественной палатой РФ, прошли в Чебоксарах, в Доме правительства Чувашии.

По статистическим данным, к концу обучения в школе доля здоровых детей не превышает 20-25%, к концу обучения в вузе – 10-15%, констатировали участники слушаний.

В поддержку программ ЗОЖ среди молодежи высказался первый заместитель председателя Комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни, директор Фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов. «Вклад в здоровьесберегающие технологии для

**Приверженность спорту, отказ от вредных привычек, грамотное питание – главные составляющие здорового образа жизни**

подрастающего поколения – это инвестиции в успешное будущее нашей страны», – напомнил он.

Заместитель министра образования и молодежной политики Чувашии Сергей Кудряшов подчеркнул, что школа должна обеспечить ребёнку возможность сохранения здоровья за весь период обучения, сформировать у него необходимые знания, умения и навыки по здоровому образу жизни.

Министр физической культуры и спорта республики Сергей Шелтуков выступил с предложением по обеспечению приоритетного строительства малобюджетных многофункциональных спортивных сооружений при образовательных учреждениях и по месту жительства детей и подростков, а также организовать широкую информационно-социальную рекламу и пропаганду ценностей

занятий физкультурой, спортом и навыков здорового образа жизни.

Чувашская Республика считается одним из лидеров по развитию физической культуры и спорта, количеству спортивных школ, членов сборных команд страны. Регион входит в пятёрку лидеров среди субъектов Российской Федерации по числу граждан, систематически занимающихся физкультурой и спортом.

Тем не менее по итогам дискуссии предусмотрено сформировать план по вопросам содействия развитию и формированию ЗОЖ среди населения и создания благоприятной среды для самовыражения молодежи в движении за здоровый образ жизни.

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

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

анкеты и опускают заполненные листы в специальные ящики, которые установлены в городских поликлиниках и больницах Вологды, Череповца, центральных районных больницах – всего в 47 ЛПУ. Первую выемку анкет организаторы произведут в последнюю неделю июля. Окончательные же итоги народного волеизъявления – кто из местных «эскулапов» лучше и достоин наибольшего уважения – будут подведены после 30 сентября.

**Владимир КЛЫШНИКОВ,**  
соб. корр. «МГ».

Вологда.

## Новости

# Вологжане выбирают «народных докторов»

Лечебно-профилактические учреждения Вологодчины пригласили пациентов принять участие в областном конкурсе «Народный доктор». Его инициатор – губернатор Олег Кувшинников. Именно глава региона 3 года назад высказался за то, чтобы ежегодный труд медиков оценивали не только чиновники, но и простые люди на основе своего опыта общения с представителями медицинской профессии.

Процедура уже четвёртого по счёту голосования за любимого врача, фельдшера или медицинскую сестру

(в конкурсе 3 номинации) не составляет никаких сложностей. Земляки отвечают на вопросы предлагаемой

**Сергей РЕМИЗОВ,**  
председатель Профсоюза работников здравоохранения Москвы,  
кандидат медицинских наук:

Технологии гражданского социального участия созвучны действиям профсоюзных медицинских организаций.

Стр. 6



**Андрей ЗАПЛАТНИКОВ,**  
декан педиатрического факультета РМАПО,  
профессор:

Надо всегда искать повод не назначать антибиотики.

Стр. 10

**Игорь ПАСЕЧНИК,**  
заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии ЦГМА Управления делами Президента РФ, профессор:

Доказательная медицина позволяет нам отказаться от многих догм, которые мы считали истиной.

Стр. 11



## В центре внимания

# Что в будущем здравоохранения?

**Новые учреждения, «безусловно, должны появляться. И это, конечно, касается не только Москвы, но и всей страны, на что и нацелен новый вариант проекта по развитию здравоохранения». Такое мнение высказал глава Правительства РФ Дмитрий Медведев на встрече с мэром Москвы Сергеем Собяниным.**

«Развитие здравоохранения остаётся приоритетом для работы правительства Москвы, потому что проблем здесь более чем достаточно, – продолжил С.Собянин. – Несмотря на то что мы вкладываем деньги, модернизируем, улучшаем работу наших поликлиник, всё равно остаётся много сложных вопросов. Это связано и с лекарственным обеспечением, в том числе. Мы всё больше переходим на отечественные препараты. Значит, нужно заниматься локализацией производства, что мы вместе с Правительством РФ и делаем. Нужно повышать квалификацию врачей, нужно делать более доступными поликлиники и больницы. Вся эта работа должна идти непрерывно.»

«Вместе с Правительством РФ мы реализуем проект строительства Морозовской больницы, которая, я думаю, будет одной из лучших в мире, потому что там собраны все лучшие технологии в области онкологии, гематологии, кардиологии», – отметил мэр Москвы.

С.Собянин обратил внимание на важность введения страховой медицины. «Там есть, конечно, недостатки, как и в любой системе, – сказал он. – Но она даёт возможность любому человеку приехать в Москву или в другой регион и получить нормальную качественную помощь бесплатно. И мы видим, как увеличивается количество людей, которые приезжают в московские клиники из Подмосковья и других регионов по направлениям своих врачей, получают полноценную медицинскую помощь, которая оплачивается за счёт фонда медицинского страхования».

«При всех сложностях становления страховой медицины и её издержках, – заметил Д.Медведев, – она даёт возможность получить медицинские услуги там, где человек считает это целесообразным. Такой системы в советские времена не существовало и получать медицинскую помощь можно было по месту прописки». «Буквально ещё недавно мы ограничивали помощь иногородним в силу того, что эти расходы ложились напрямую на бюджет субъекта. А сейчас мы, наоборот, призываем наши учреждения рекламировать себя, приглашать к себе, потому что это дополнительный заработок для клиники», – сообщил главе Правительства РФ С.Собянин.

**Валерий УХОЖАНСКИЙ.**

МИА Сити!

**Новости**
**Под венец в экзоскелете**

В одном из православных храмов Архангельска состоялось уникальное в своём роде венчание супружеской пары. 42-летний Сергей Рубинштейн самостоятельно привёл к алтарю свою жену, спустя почти 10 лет после аварии, которая лишила его возможности ходить.

Такое венчание стало возможным благодаря использованию экзоскелета, который с весны этого года проходит клинические испытания в Архангельске.

Инновационное устройство создано одной из отечественных компаний для того, чтобы помочь ходить людям с нарушениями двигательных функций нижних конечностей. Всего в клинических испытаниях экзоскелета участвуют более 20 человек. Среди них архангелогородец С.Рубинштейн, и вот что он говорит:

«Травму я получил в конце 2007 г. Процесс реабилитации начал почти сразу после выписки из больницы. Меня научили владеть коляской, показали первые азы реабилитации. Ещё 4 месяца находился в московском реабилитационном центре, освоил специальный медицинский станок, который помогает мышцам не атрофироваться. Благодаря этому я приобрёл некоторые навыки, с помощью которых живу практически полной жизнью: работаю, хожу в бассейн, кафе, спортзал...»

На днях экзоскелет был торжественно передан из Архангельской областной клинической больницы в городскую клиническую № 1. Именно там теперь будет осуществляться второй этап исследований, а именно реабилитационный курс с применением экзоскелета для людей с травмой спины.

Елена ЛАРИОНОВА.

Архангельск.

**Из отпуска — с лихорадкой Денге**

За первое полугодие 2016 г. в России зарегистрировано более 70 завозных случаев лихорадки Денге. Заражение происходило при посещении нашими соотечественниками Таиланда, Вьетнама, Индонезии, Индии, Бангладеш, Гонконга, Мальдивских островов.

В последние годы в Российской Федерации стали регистрироваться завозные случаи лихорадки Денге: в 2012 г. — 63 случая, в 2013 г. — 170, в 2014 г. — 105, в 2015 г. — 136. В этой связи Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) информирует, что в странах тропического и субтропического климата продолжается эпидемиологическое неблагополучие по лихорадке Денге.

Это заболевание широко распространено в Юго-Восточной Азии, Индии, Африке, в тропическом и субтропическом поясе Северной, Центральной и Южной Америки.

В 2016 г. в Малайзии зарегистрирован подъём заболеваемости лихорадкой Денге. Количество пострадавших составило 55 тыс. человек, из них свыше 100 — с летальным исходом. Кроме этого, на острове Пхукет (Таиланд) в текущем году заболеваемость этой лихорадкой увеличилась более чем в 3 раза. Аналогичная ситуация — во Вьетнаме.

Роспотребнадзор напоминает, что лихорадка Денге — вирусная инфекция, передающаяся укусами mosquitos.

Ситуация остаётся на контроле Роспотребнадзора.

Валентин МАЛОВ.

Москва.

**От аптеки к аптеке**

В калининградских аптеках отмечен достаточный ассортимент недорогих отечественных препаратов. К такому выводу пришли участники проведённого на днях мониторинга ассортимента и цен на лекарственные препараты, включённые в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, в фарморганизациях города.

В очередном рейде, организованном региональным Министерством здравоохранения, приняли участие представители общественных объединений.

Подводя итоги мониторинга, заместитель руководителя Минздрава области Татьяна Николаева пояснила, что целью этого рейда с общественниками стал мониторинг ассортимента и цен на лекарственные препараты из Перечня ЖНВЛП, наиболее востребованные посетителями в летний период. Также было проверено наличие антигистаминных препаратов, применяемых при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, входящих в перечень. Всё это есть. Представлен широкий спектр российских производителей. «И ещё надо отметить, что в отличие от начала года, когда из аптек начали «вымываться» отечественные препараты дешёвого ассортимента, сейчас, наоборот, мы видим тенденцию к их возвращению и увеличению числа», — заключила Т.Николаева.

С января 2015 г. такую проверку прошли свыше 150 фармацевтических организаций Калининграда и области.

Ирина МЕЛКУМОВА.

Калининград.

**Кому нужны хирургические инструменты?**

Полиция Москвы разыскивает преступника, похитившего в городской клинической больнице № 1 им. Н.И.Пирогова хирургические инструменты, имеющие высокую стоимость. Возбуждено уголовное дело.

Заявление о хищении поступило в полицию от сотрудника больницы. Прибывшие на место оперативники установили пропажу хирургических инструментов на сумму более 1,8 млн руб.

Кстати, в конце прошлого года, грабители украли из столичной аптеки № 1 лекарства для лечения рака на 5,7 млн руб. Трое неизвестных в масках ворвались в аптеку, связали руки фармацевту и похитили около 30 упаковок противоопухолевых препаратов.

Иван САВРАНКИН.

Москва.

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

**Конкурсы**

# Лучшие в Омске и в Сибири

## Медицинский колледж подаёт пример

Омский областной медицинский колледж стал лауреатом ежегодной молодёжной премии мэра Омска Вячеслава Двораковского. Эта премия присуждается жителям города на Иртыше, средним и высшим учебным заведениям, а также коллективам организаций и учреждений разных форм собственности за весомый вклад в реализацию муниципальной молодёжной политики в двух номинациях — «Молодёжная инициатива» и «Наставник молодого поколения». Под «весовым вкладом» подразумеваются разработка и внедрение в практику социально значимых проектов в различных сферах трудовой и культурной деятельности, в том числе пропаганда здорового образа жизни и социальных ценностей в молодёжной среде, высокое профессиональное мастерство.

В этом году на соискание молодёжной премии мэра Омска было подано 50 заявок, и большая их часть — в номинации «Молодёжная инициатива». И именно в ней отличились студенты и педагогический коллектив Омского областного медицинского колледжа, где широко развито волонёрское движение «Милосердие», члены которого в свободное от учёбы время ухаживают за больными и немощными людьми, и донорское подвижничество. Студенты этого специализированного среднего профессионального учебного заведения неоднократно отмечены за свою бескорыстную социальную деятельность наградами муниципального, регионального,



Волонтеры движения «Милосердие» проводят акцию «Измерьте своё артериальное давление»

федерального и международного уровней, о чём и сообщил глава администрации Омска Вячеслав Двораковский, объявляя победителем медколледж. Сертификат лауреата он вручил директору учебного заведения Игорю Боровскому.

А буквально на другой день после награждения молодёжной премией в Омск пришло сообщение о том, что в финале окружного тура конкурса «Лучшая образовательная организация среднего профессионального образования медицинского (фармацевтического) профиля Сибирского федерального округа 2016 г.» Омский областной медицинский колледж признан лучшим. Этот конкурс

тоже ежегодный и проводится при поддержке Министерства здравоохранения РФ и Совета директоров средних профессиональных медицинских и фармацевтических образовательных учреждений Российской Федерации. Студенты-омичи обошли в этом профессиональном и творческом состязании сверстников из аналогичных учебных заведений Кемеровской, Тюменской, Читинской областей и Красноярского края. Эта победа дала им право представлять осенью Сибирский федеральный округ на подобном всероссийском конкурсе.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

**Тенденции**

# В повестке — «лечение» медицины

На площадке регионального отделения Общероссийского народного фронта в Еврейской автономной области состоялось обсуждение проблемных вопросов здравоохранения. Заинтересованные стороны были представлены руководителями федерального и регионального уровней.

Речь шла о совместных действиях по выходу из сложившейся непростой ситуации в сфере здравоохранения региона. Об этом общеизвестно, как и о том, что вопросы накапливались годами. Сейчас реальные шаги принимаются и федеральной и региональной властью с целью решения имеющихся и возникающих сложных ситуаций.

В ходе обсуждения различных вопросов, касающихся организации работы лечебных учреждений, их кадрового обеспечения, эффективного использования медоборудования и т.д., подчёркивалось, что приоритетом является специалист — его знания, квалификация, условия, при которых

он может приехать в Еврейскую автономную область работать и жить, а также повышение качества медицинских услуг.

Говорилось о том, что определённые значимые меры в сфере здравоохранения реализуются. В частности, инициированное Минздравом соглашение, подписанное губернаторами ЕАО и Хабаровского края, позволяет федеральным медицинским центрам, расположенным на соседней территории, оказывать жителям ЕАО специализированную, высокотехнологичную помощь. В этом году в областной больнице планируется открытие клинической базы Хабаровской медицинской академии, которая позволит врачам-интернам получать практические навыки работы. Увеличен целевой приём абитуриентов из ЕАО в медицинские вузы.

Итоги обсуждения подвёл первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян. Он подчеркнул, что, несмотря на острые темы, рассмотренные в ходе встречи, её участников объединило большое желание по-

мочь региону позитивно изменить ситуацию. Развёрнутый доклад был представлен главой региона Александром Левинталем. Губернатор, по словам первого заместителя министра, продемонстрировал глубокое знание ситуации, чёткое понимание путей решения вопросов здравоохранения. И.Каграманян отметил, что детально проанализирована ситуация по всем направлениям: кадрового обеспечения, материально-технического, финансового.

На встрече обсуждены ключевые вопросы развития здравоохранения региона, решение которых также предусмотрено формирующейся Стратегией социально-экономического развития Еврейской автономной области до 2030 г. Говорилось и о необходимости создания региональной общественной организации медицинских работников, способной активно продвигать свои профессиональные интересы.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Биробиджан.

Официально

# Чтобы не было нарушений

Порядок перечисления страхового взноса на ОМС неработающего населения может быть изменён. На рассмотрение Госдумы РФ поступил инициированный Правительством России проект федерального закона № 1125403-6 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и статью 2 Федерального закона «О размере и порядке расчёта тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

В соответствии с действующим законодательством субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) бюджетам территориальных фондов ОМС предоставляются при условии

соответствия их объёма на ОМС неработающего населения размеру аналогичного страхового взноса при условии перечисления в бюджет ФФОМС ежемесячно 1/12 годового объёма средств не позднее 20-го числа каждого месяца.

Отсутствие у большинства субъектов Российской Федерации достаточного объёма средств к 20-му числу приводит к нарушению срока уплаты взносов и взиманию недоимки по страховым взносам на ОМС неработающего населения, начислению пеней и штрафов.

Поскольку одним из основных источников доходов бюджетов субъектов Федерации является налог на прибыль организаций, уплачивающийся не позднее 28-го числа каждого месяца, законопроектом предлагается установить срок уплаты страховых взносов на

ОМС неработающего населения также не позднее 28-го числа каждого месяца.

Кроме того, законопроектом вносятся изменения в Федеральный закон «О размере и порядке расчёта тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения», уточняющие порядок расчёта тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения в части округления до первого знака после запятой.

Принятие закона не потребует выделения дополнительных ассигнований из федерального бюджета и других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации. В случае принятия законодательный акт вступит в силу с 1 января 2017 г.

Игорь ВЕТЛУГИН.  
МИА Сити!

Проекты

# Перечень орфанных заболеваний может быть расширен

В российском федеральном регистре пациентов с орфанными заболеваниями – более 15 тыс. человек.

Такую цифру назвала заместитель директора Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Ольга Чумакова.

«На сегодняшний день в нашем федеральном регистре

орфанных заболеваний, который обновляется в постоянном режиме и включает 24 заболевания, – 15 132 пациента, из них 7885 детей, – сообщила она. Представитель Минздрава России подчеркнула, что министерство на постоянной основе работает над совершенствованием законодательной базы в этой области. «Поскольку у нас регулярно поднимается вопрос о том, что

есть необходимость расширения перечня заболеваний в регистре, нами сейчас подготовлен законопроект в части того, что правительство будет утверждать критерии, по которым возможно расширение перечня орфанных заболеваний», – сказала О.Чумакова.

Анатолий ТИМАКОВ.  
МИА Сити!

Дословно

# Алкоголь останется вне Интернета

В Министерстве здравоохранения РФ не поддерживают идею разрешить официальную дистанционную торговлю алкоголем через Интернет. Об этом заявил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай. Так он прокомментировал появление в некоторых СМИ информации о поддержке подобной инициативы министерством.

– Предложение о снятии такого запрета способно нивелировать позитивное воздействие

сокращения точек продаж алкоголя – одной из наиболее эффективных мер борьбы с вред-

ным потреблением алкогольной продукции, – считает он. Кроме того, продажа алкогольной продукции дистанционным способом невозможна без её рекламы, воздействующей на неопределённый круг лиц, в том числе на детей и подростков. При этом Олег Салагай напомнил, что благодаря предпринятым в последнее время ограничительным мерам потребление алкоголя на душу населения с 2009 по 2015 г. в Российской Федерации снизилось с 14,3 до 10,5 л.

Алексей ПИМШИН.  
МИА Сити!

Москва.

Санитарная зона

В связи с установившейся жаркой погодой активностью насекомых, в том числе клещей – переносчиков различных инфекционных заболеваний, снижается, информирует Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

Тем не менее в рамках профилактических и противоэпидемических мероприятий специалистами ведомства во всех субъектах РФ сформированы и продолжают реализовываться планы по предупреждению распространения инфекционных заболеваний, передающихся с укусами насекомых,

ведётся контроль за проведением и эффективностью акарицидных обработок. На середину июля обработано уже 141 тыс. га зон массового отдыха, парков, скверов и летних оздоровительных учреждений, тогда как к обработке в течение всего сезона 2016 г. изначально было запланировано 129 тыс. га (в 2010 г. обработано 50 тыс. га).

В каждом субъекте Федерации в федеральных бюджетных учреждениях здравоохранения Роспотребнадзора и их филиалах

открыты пункты по проведению исследований клещей на предмет их заражённости вирусом клещевого вирусного энцефалита и боррелиями (возбудителями боррелиоза).

Удельный вес клещей, являющихся переносчиками вируса клещевого вирусного энцефалита, среди исследованных клещей из окружающей среды, как сообщает пресс-служба Роспотребнадзора, составляет на текущий момент 1,5% (в 2010 г. – 5,6%), клещей, заражённых боррелиями, – 6,5% (в 2010 г. – 9%).

Сотрудничество

# Россия – Гвинея: партнёрство крепнет

После успешного завершения ликвидации вспышки лихорадки Эбола в Гвинейской Республике Роспотребнадзор продолжает оказывать научно-методическую поддержку и осуществлять научно-техническое сотрудничество с этой страной в области эпидемиологии, профилактики и мониторинга бактериальных и вирусных инфекций.

Силами специалистов Роспотребнадзора и его научных организаций в рамках реализации распоряжения Правительства РФ совместно с гвинейскими экспертами проводятся научные исследования по изучению эпидемиологии социально значимых и актуальных для Гвинейской Республики инфекций. Создаётся Российско-гвинейский научно-исследовательский центр эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней. Данный центр, сообщают в Роспотребнадзоре,

послужит научной и практической базой для реализации различных направлений сотрудничества, мониторинга и изучения возбудителей инфекционных заболеваний, разработки диагностических и профилактических средств, также для подготовки национальных кадров по эпидемиологии, профилактике и диагностике инфекционных болезней вирусной и бактериальной этиологии, актуальных для территории Гвинейской Республики.

За время работы в Гвинее специалистами Роспотребнадзора созданы тест-системы для диагностики ряда заболеваний. Также подготовлено около 270 гвинейских медицинских кадров по учебным программам, охватывающим вопросы организации эпидемиологического надзора, биологической безопасности.

Валентин КАЗАЦКИЙ.  
МИА Сити!

Криминал

# Жертвы недоучки



В Якутии женщина после проведения перманентного макияжа век и химического пилинга лица в частной клинике опасно травмирована на один глаз. По материалам проверки прокуратуры Алданского района Республики Саха (Якутия) в отношении косметолога, работавшего без лицензии, возбуждено уголовное дело.

Как сообщили в ведомстве, индивидуальный предприниматель незаконно вела частную практику по оказанию косметологических услуг населению. В результате ненадлежаще оказанной медицинской услуги жительница Якутии получила химический ожог роговицы левого глаза 2-3-й степени, осложнившийся гнойной язвой, что привело к его полной слепоте.

Прокурорская проверка также

установила, что ослепшая посетительница не единственная пострадавшая от непрофессиональных действий индивидуального предпринимателя. В Якутии нашлись и другие жертвы недоучки от медицины.

В отношении косметолога возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 235 УК РФ (осуществление медицинской деятельности лицом, не имеющим лицензии на данный вид деятельности, при условии, что такая лицензия обязательна. Если косметолога-нелегала признают виновной, ей грозит наказание до 3 лет лишения свободы).

Расследование уголовного дела находится на контроле прокуратуры Алданского района республики.

Николай ИГНАТОВ.  
МИА Сити!

Республика Саха (Якутия).

# Активность клещей снижается

Ведётся контроль за проведением и эффективностью акарицидных обработок. На середину июля обработано уже 141 тыс. га зон массового отдыха, парков, скверов и летних оздоровительных учреждений, тогда как к обработке в течение всего сезона 2016 г. изначально было запланировано 129 тыс. га (в 2010 г. обработано 50 тыс. га).

В каждом субъекте Федерации в федеральных бюджетных учреждениях здравоохранения Роспотребнадзора и их филиалах

открыты пункты по проведению исследований клещей на предмет их заражённости вирусом клещевого вирусного энцефалита и боррелиями (возбудителями боррелиоза).

Удельный вес клещей, являющихся переносчиками вируса клещевого вирусного энцефалита, среди исследованных клещей из окружающей среды, как сообщает пресс-служба Роспотребнадзора, составляет на текущий момент 1,5% (в 2010 г. – 5,6%), клещей, заражённых боррелиями, – 6,5% (в 2010 г. – 9%).

По состоянию на 15 июля 2016 г., в медицинские организации обратились 378 тыс. человек по поводу присасывания клещей. Это на 9% ниже уровня прошлого года за аналогичный период и не превышает среднепогодные значения.

Роспотребнадзором проводится работа с населением по профилактике инфекций, передающихся с укусами клещей. В течение сезона с участием специалистов ведомства на федеральных и региональных телеканалах вышло более 970 сю-

жетов, опубликовано свыше 6500 информационных сообщений по предупреждению распространения этих инфекций.

Адреса лабораторий для проведения исследования клещей и информационные памятки для населения о правилах индивидуальной защиты при посещении лесных массивов размещены на сайтах территориальных управлений Роспотребнадзора.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.  
МИА Сити!

В Общественной палате Кабардино-Балкарской Республики представили промежуточные результаты мониторинга льготного лекарственного обеспечения населения. Как выяснилось, проблемы связаны со значительным дефицитом средств, выделенных на эту социальную услугу. Оказывается, они покрывают лишь 11,1% потребности Кабардино-Балкарии.

Открывая заседание Общественной палаты республики, председатель межкомиссионной рабочей группы Нодар Шарданов сообщил, что количество лиц льготной категории населения республики с правом на лекарственное обеспечение из федерального бюджета по высокозатратным нозологиям (ВЗН) (централизованные закупки и поставки Минздрава России) составляет 747 человек. Из федерального бюджета по программе обеспечения необходимыми лекарственными препаратами (ОНЛП) обеспечиваются 12 289 человек, из республиканского бюджета по целевой республиканской программе – 20 158. Общая расчётная потребность в лекарственных препаратах и изделиях медицинского назначения для больных, имеющих право на набор социальных услуг в части лекарственного обеспечения в 2016 г. составляет 492,87 млн руб., информирует Общественная палата РФ. Расчётный дефицит в соответствии с предусмотренными финансовыми средствами составил порядка 71,4%.

По словам заместителя министра здравоохранения Кабардино-Балкарии Светланы Расторгуевой, на исполнение субъектовых обязательств по обеспечению населения республики лекарственными препаратами, продуктами лечебного питания и медицинскими изделиями в 2016 г. Минздраву Кабардино-Балкарии из республиканского бюджета предусмотрены финансовые средства в сумме 196,4 млн руб., из которых 80,1 млн руб. направлены на погашение кредиторской задолженности за 2015 г. Остальные деньги в размере 116,306 млн руб. распределены на исполнение обязательств республики по приобретению: иммунобиологических препаратов в соответствии с календарём профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям

## Ситуация

# Виной — дефицит денежных средств

## Здоровье жителей одной из кавказских республик подвергается серьёзному испытанию



Дефицит средств на лекарственное обеспечение заметен по сегодняшней обстановке в аптеках Кабардино-Балкарии

– 7,03 млн руб.; наркотических средств и психотропных веществ – 9,95 млн; медикаментов (антидотов) на случай химических и радиационных поражений для создания запаса (резерва) – 6,41 млн; лекарственных препаратов и продуктов лечебного питания для лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями, – 22,29 млн; лекарственных препаратов для отдельных категорий граждан в рамках реализации постановления Правительства РФ № 890 от 30 июля 1994 г. («региональные» льготники) – 70,62 млн. «По результатам проведённого анализа заявок на приобретение лекарственных препаратов, продуктов лечебного питания в

соответствии с реальной потребностью льготных категорий рассчитано, что для исполнения субъектовых обязательств Минздраву республики необходима общая сумма порядка 1045 млн руб., а выделенные средства покрывают потребность лишь на 11,1%, – сделала акцент С.Расторгуева. И далее она сообщила: «Лимит финансовых средств республиканского бюджета, предусмотренных на обеспечение медикаментами пациентов с ред-

кими заболеваниями, составил порядка 22,29 млн руб., расчётный дефицит – порядка 87,4%. Таким образом, денежных средств, выделенных на закупку лекарственных препаратов для обеспечения пациентов с редкими заболеваниями в 2016 г., при надлежащем обеспечении фактически хватит, чтобы охватить полуторамесячную потребность. Выделенные бюджетные средства не только не позволяют взять на терапию новых больных этими заболеваниями, но и сохранить её для уже имеющих заболевания. По онкологическим заболеваниям по программе ОНЛП на 2016 г. расчётный дефицит составил 81%, по программе РЦП – 96,75%. По нозологии «сахарный диабет» по программе ОНЛП рас-

чётный дефицит – 31,9%. Аналогичная ситуация складывается в целом и по остальным направлениям лекарственного обеспечения (нозологием)».

Кто же виноват в данной ситуации? Вот что сообщил заместитель руководителя ТО Росздравнадзора по Кабардино-Балкарии Вера Ягодзинская: «За 2016 г. по состоянию на 28 июня 2016 г. в адрес их ведомства поступило 22 обращения граждан – по вопросу необеспечения лекарственными препаратами в соответствии с медицинскими показаниями. В 17 случаях факты, изложенные в обращениях, подтверждены. Вследствие этого проведено 20 проверок: 8 – в отношении Минздрава, 11 – в отношении медицинских организаций республики, 1 – в отношении фармацевтической организации. По результатам проверок дано 20 предписаний».

«Одним из показателей удовлетворённости качеством лекарственного обеспечения является отказ населения от социальной поддержки в части лекарственного обеспечения. Сумма, на которую отпущены лекарственные препараты, в 2016 г. по сравнению с аналогичными периодами 2014, 2015 г., незначительно, но снижается. Значительно уменьшилась сумма финансовых средств, выделенных из республиканского бюджета в 2016 г. по сравнению с 2015 г.: со 171 878,3 тыс. до 70 620 тыс. руб.», – разъяснила В.Ягодзинская.

Главный врач Республиканского эндокринологического центра Татьяна Таова, анализируя состояние эндокринологической службы в республике по итогам 2015 г. и первого полугодия

2016 г., высказала предположение, что ухудшение качества предоставления медицинских услуг в области обеспечения эндокринологических больных лекарственными препаратами и средствами самоконтроля, и по ОНЛП, и по РЦП в значительной степени связано с некорректной работой аптечного склада.

«Постановлением правительства республики в мае 2015 г. организация закупок, хранения и доставки медикаментов, изданий медицинского назначения, специализированных продуктов лечебного питания, средств для дезинфекции и иммунобиологических препаратов для Минздрава Кабардино-Балкарии и подведомственных учреждений были возложены на ГАУ «Аптечный склад» Минздрава республики. Считаем, что с этого времени ситуация с лекарственным обеспечением больных неуклонно и значительно ухудшается. Несмотря на то, что заявки для эндокринологических больных по ОНЛП и РЦП, рассчитанные по полной потребности и по финансовому лимиту, были поданы в Минздрав республики в IV квартале 2015 г., в течение I квартала 2016 г. ни один препарат не был закуплен. Больным приходилось приобретать жизненно важные медикаменты за свой счёт, что вызывало массу жалоб и претензий в адрес Минздрава и РЭЦ», – подчеркнула Т.Таова.

Подводя итоги заседания, председатель Общественной палаты республики Хазратали Бердов сказал, что проблемы с лекарственным обеспечением льготных категорий пациентов в большей степени связаны со значительным дефицитом денежных средств, предусмотренных федеральными и республиканскими бюджетами.

«Отсутствие надлежащего финансирования в числе других причин приводит к нарушению прав граждан на получение государственной социальной помощи. Однако мы обязаны искать и находить выходы из трудных ситуаций, когда речь идёт о здоровье граждан», – резюмировал Х.Бердов.

По результатам заседания были выработаны соответствующие рекомендации в адрес органов власти республики.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сито!

Нальчик.

## Статистика

# Стресс на работе

## Именно он особенно вредит самочувствию россиян

Наиболее негативное влияние на самочувствие россиян оказывают недостаток физической активности, напряжённые отношения с коллегами, работа сверхурочно. Как выяснилось в ходе недавнего социологического опроса, 32% его участников отмечают, что причиной болезни или плохого самочувствия является собственно работа.

Уменьшение количества стрессовых ситуаций на работе, гибкий график, абонементы в спортзал и оплачиваемая медицинская страховка могут существенно укрепить здоровье, считают респонденты. 25% из них винят в проблемах со сном стресс от работы.

11%, чтобы не выходить на работу, скрываются больными или симулируют признаки заболевания. При этом 47% реально болеющих работников испытывают чувство вины и дискомфорт от того, что вынуждены оставаться дома.

87% участников опроса сказали, что ощущают ответственность работодателя за их здоровье и не пренебрегают физической активностью на работе.

Для снятия стресса российские офисные работники используют различные способы: общение с друзьями (71%), секс (64%), сон (57%), поездки за город (57%), физическую активность и спорт (50%), баню (43%), музы-

ку (43%), чтение (43%), общение с детьми, родственниками (43%), прогулки (36%), учёба (29%). С помощью вредных привычек – курения и алкоголя – спасаются от рабочего стресса 21% опрошенных.

«На предприятиях необходимо разрабатывать профилактические меры для поддержания как физического, так и психического здоровья персонала. Помимо ежедневного контроля за самочувствием сотрудников в социальный пакет должно входить медицинское страхование. Также необходимым финансированием должны быть обеспечены корпоративные врачи, психологи, HR-подразделение, отвечающее за организацию тренингов, разрабатывающее различные программы поддержания здорового образа жизни – будь то программы против курения, борьбы с лишним весом и другие», – комментирует результаты опроса Егор Сафрыгин, директор по маркетингу одной из страховых компаний. – Можно с уверенностью сказать, что на российском рынке всё более очевидной становится тенденция к смене оздоровительной парадигмы: акцент переносится на пропаганду способов сохранения и укрепления как физического, так и психологического здоровья».

Валентин МАЛОВ.

МИА Сито!

## Перемены

Якутия лидирует в Дальневосточном федеральном округе по уровню естественного прироста населения. Ежегодно в республике рождается более 16 тыс. детей. Индекс младенческой смертности в Республике Саха (Якутия) стабильно снижается и равен 7,4 (в прошлом году – 7,8). Также в регионе увеличивается количество браков, всё больше становится многодетных семей. Выросла и ожидаемая продолжительность жизни, впервые в 2015 г. она достигла исторического максимума – свыше 70 лет. Таковы результаты недавней официальной оценки положения дел в этой дальневосточной республике.

# Якутов становится больше

## Этому способствует и укрепление медицинских учреждений

В Якутии сформирована трёхуровневая система оказания медицинской помощи, развитие получила кардиохирургическая служба, внедряются новые лечебные и диагностические технологии, современные стандарты оперативного лечения сосудистых заболеваний. За последние 4 года было выполнено 20 операций по трансплантации родственных почек. Недавно было открыто отделение детской сердечно-сосудистой хирургии и расширено отделение реанимации новорождённых в Педиатрическом центре республики.

Наряду с Федеральной программой «Земский доктор» в Якутии с 2015 г. успешно реализуется программа «Земский фельдшер». Также из республиканского бюджета психиатрам-наркологами, выезжающим в арктические районы, выплачивается по 1 млн руб.

По словам Галины Данчиковой, председателя Правительства Республики Саха

(Якутия), одним из важных направлений повышения качества и доступности медицинской помощи является укрепление материально-технической базы медучреждений.

– Если посмотреть период с 2011 по 2015 г., то за это время мы построили и ввели в эксплуатацию 73 объекта здравоохранения. В 2015 г. завершили такие крупные объекты, как Республиканский детский туберкулёзный санаторий им. Т.П.Дмитриевой на 200 мест, Республиканский специализированный дом ребёнка, поликлиника Якутской городской больницы № 3, – отметила Г.Данчикова. – В настоящее время идёт проектирование онкоцентра и возведение перинатального центра в Якутске. В сёлах продолжается строительство фельдшерско-акушерских пунктов.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Якутск.

Если суммировать всех специалистов, которые имеют отношение к хирургической деятельности, то это окажется самая большая часть 700-тысячной «армии» российских врачей. К тому же часть недостаточно хорошо структурированная. Вот почему информация о том, что Министерство здравоохранения РФ планирует в рамках реформы высшего медицинского образования не только модернизировать систему профессиональной подготовки хирургов, но и сократить количество врачебных специальностей, вызвала у хирургического сообщества особый интерес.

Решением какой глобальной задачи руководствуется министерство, приступая к этой работе? Об этом читателям «МГ» рассказала директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна СЕМЁНОВА.

– Чем вызвана необходимость внести коррективы в программу профессиональной подготовки хирургов?

– Продолжается изменение системы послевузовского медицинского образования под сегодняшние реалии. Традиционная схема получения послевузовского профессионального образования – один год обучения в интернатуре или два года в ординатуре. Но, как показывает российский опыт, выпускники оказываются недостаточно подготовленными в части освоения всего спектра мануальных навыков, чтобы стать самостоятельными оперирующими хирургами, например, в таких областях, как нейрохирургия, кардиохирургия, торакальная хирургия. Для сравнения: в Европе подготовка торакального хирурга занимает 13 лет.

До того, как начать модернизировать программу подготовки хирургов, очень важно сформировать профессиональные стандарты, которые определяют конкретные требования к компетенциям специалистов на том или ином рабочем месте. Нет необходимости оттачивать на уровне ординатуры какой-то мануальный навык, который потом конкретно этому врачу никогда в жизни не пригодится, это нерациональная трата времени.

Основная задача в этот переходный период – предполагаем, он завершится к 2019 г. – перейти на персонифицированную подготовку хирургов под конкретное рабочее место. Мы планируем создать такую систему, когда молодой врач, набираясь опыта на широко специализированных рабочих местах, мог бы при желании дальше перейти к узкой специализации, выбирая для обучения именно тот модуль, который соответствует его профессиональным устремлениям.

При этом, на наш взгляд, целесообразно приходить в узкую хирургическую специальность, имея большой профессиональный кругозор и сформированное клиническое мышление в целом по хирургии, а не по конкретной

А ответить на вопрос, какое количество таких модулей предполагается в подготовке хирургов каждого профиля, должны профессиональные сообщества, которым предстоит решить, сколько времени и какой объём знаний нужны для подготовки специалистов разного уровня.

Теперь представим, что, поработав какое-то время амбулаторным хирургом, врач почувствовал стремление заниматься нейрохи-

а врачебных должностей ещё больше. Сколько из них хирургических, ответить трудно. Есть «официальные» специальности – хирургия, кардиохирургия, нейрохирургия, торакальная хирургия и т.д. И существуют «неофициальные», например, онкохирургия, абдоминальная хирургия, аритмология: в перечне врачебных специальностей их нет, но специалисты, которые этим занимаются, есть.

Более того, в отношении ряда

ские навыки, а уже потом более узкопрофильные.

Нам хотелось, чтобы из 94 специальностей осталось «укрупнённых» не более 30-35, но при этом большее количество профильных специализаций, базисом для которых послужит подготовка по этим специальностям. Однако именно укрупнение специальностей – самая сложная проблема, с которой мы столкнулись. Как обойти сложившиеся традиции? Решить эту

Кагры

## «Нынешняя траектория образования слишком жёсткая»

Цель – перейти на персонифицированную подготовку хирургов под конкретное рабочее место



системе организма и набору нозологий. И только потом, модулями, осваивать узкопрофессиональные компетенции и навыки. Допустим, первый уровень ординатуры – введение в хирургию или основы хирургии, второй уровень – травматология-ортопедия, следующий – микрохирургия.

Или иная ситуация: есть ординатура по травматологии-ортопедии, врач отучился, работает какое-то время, а потом понимает, что хочет специализироваться в пластической хирургии. Что делать? Реализовать это желание в нынешней жёсткой траектории образования невозможно, потому что между врачебными медицинскими специальностями, по которым сегодня ведётся подготовка в ординатуре, мало «смычек». Чтобы на любом этапе профессиональной карьеры врач одной специальности мог переквалифицироваться во врача другой специальности, ему опять нужно начинать с поступления в ординатуру. Мы же хотим через сокращение перечня врачебных специальностей добиться большей универсализации в базовой подготовке специалистов и больших возможностей в узкой специализации.

– К вопросу о сокращении перечня медицинских специальностей: как это будет происходить?

– В настоящее время в ординатуре ведётся подготовка по 94 медицинским специальностям,

видов деятельности врачей вообще идут дискуссии, относятся ли они к специальности «хирургия». К примеру, урология – это хирургическая специальность или нет? Я отвечу – да, а если мы спросим самих урологов, они скажут: «Ну что вы, конечно, нет, урология – это урология». Я считаю, что челюстно-лицевой хирург – это хирургическая специальность, а мой главный оппонент в данном вопросе настаивает, что это стоматологическая специальность. В лечении заболеваний глаз большое место занимают хирургические вмешательства, но отнесут ли офтальмологи себя к хирургам или нет? Спорный вопрос. То же самое с оториноларингологией.

На мой взгляд, нужно говорить о внедрении понятий «профилизация», «специализация», иначе деление на специальности будет бесконечным. Поэтому одна из наших главных задач – укрупнить специальности, а уже внутри них могут быть разные профили и специализации. В связи с этим, мы считаем, ординаторы должны сначала получать общехирургиче-

задачу может не министерство, а как раз профессиональные сообщества. Здесь показателен пример онкологов: они пришли к соглашению, что не надо выделять в разные специальности онкохирургов и специалистов по химиотерапии, если точкой приложения компетенций и тех и других является пациент со злокачественным новообразованием. То есть специальность одна, а вот профиль или специализация разные.

Ещё раз подчеркну, что определять все «правила игры» Минздрав России будет в тесном сотрудничестве с профессиональными объединениями врачей. Думаю, в течение 2 лет нам удастся перестроить стандарты ординатуры под модульную систему и для специалистов, которые проходят обучение, начать проводить первичную специализированную аккредитацию на разных уровнях ординатуры, например, аккредитовать врача к профессиональной деятельности в качестве амбулаторного хирурга.

Беседу вела  
Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Острая тема

В детских оздоровительных лагерях Омска и сельских муниципальных территорий Прииртышья на мальчишек и девочек падают шкафы, нападают больные дикие звери, а кормят их, случается, пищей, приготовленной из продуктов с истёкшим сроком годности.

Об этих и многих других нарушениях законодательства о правах детей на отдых и оздоровление рассказала на брифинге в прокуратуре Омской области прокурор отдела по делам несовершеннолетних и молодёжи Елена Точилина. Все нарушения, число которых зашкаливает за 450, были выявлены и строго задокументированы в ходе проверок пришкольных и стационарных оздоровительных лагерей, проведенных работниками районных и городских прокуратур этого сибирского региона в июне. Но мы расскажем только о некоторых из них – самых вызывающих и каким не найти оправданий.

Например, обеспечение антитеррористической защищённости пришкольных и стационарных оздоровительных объектов оставляет, скажем мягко, желать лучшего. Так, частичное отсутствие ограждения лагеря в Исылкуль-

## Опасное лето

Прокуроры бьют тревогу по поводу условий отдыха детей

ском районе привело к тому, что 19 июня 2016 г. на территорию учреждения забежала большая бешенством енотовидная собака и покусала 5 подростков. Хорошо, что обошлось без жертв, ребятам вовремя была оказана медпомощь, но сейчас по этому вопиющему случаю проводится следственная проверка.

Приняты меры прокурорского реагирования и в связи с отсутствием ограждения палаточного лагеря «Альтаир» и оздоровительного лагеря «Белочка» со стороны реки в Большереченском районе, и у детей есть свободный и бесконтрольный доступ к воде.

Прокуратура Знаменского района пресекла нарушения закона в деятельности оздоровительного лагеря «Дружба», на территории которого есть озеро. Купаться в нём запрещено, однако наглядные предупреждения об этом и спасательные посты с плавательными средствами отсутствовали.

В пришкольных и стационарных оздоровительных лагерях большинства районов области и Советского округа Омска прокуроры потребовали устранить нарушения пожарной безопасности. А они были очевидны: лагеря не были обеспечены первичными средствами пожаротушения, инструктажей по пожарной безопасности с их персоналом не проводилось, эвакуационные выходы из зданий оказались загромождёнными, а пожарная сигнализация и системы оповещения людей о пожаре не прошли необходимых проверок.

Установлено немало фактов и несоблюдения требований о санитарно-эпидемиологическом благополучии, качестве и безопасности пищевых продуктов при организации питания детей в детских оздоровительных лагерях. В пришкольных лагерях Седейского округа района и Центрального округа Омска прокуроры пресекли попытки реализации испорченных

продуктов с истёкшим сроком годности, а в Знаменском, Муромцевском и Полтавском районах дети пили некачественную воду.

Прокуратурой Омского района взята на контроль ход следственной проверки по факту травмирования 20 июня несовершеннолетнего в лагере «Чайка». Ребёнок получил телесные повреждения от упавшего на него незакреплённого шкафа. Проверка показала, что имеющаяся в спальнях комнатах мебель неустойчива из-за деформации пола, и начальнику лагеря внесено представление.

Выявлены нарушения и в медицинском обслуживании детских оздоровительных лагерей: хранение в медпунктах лекарств с нарушением необходимых условий, с истёкшим сроком годности, ненадлежащая утилизация медицинских отходов и даже отсутствие лицензий на оказание медицинской помощи.

Возмутительны и, без преувели-

чения, преступны случаи несоблюдения требований безопасности при организации перевозок детей к местам отдыха. Так, прокуратура Кировского округа Омска инициировала доследственную проверку по факту нахождения в состоянии алкогольного опьянения водителя одного из автобусов, предназначенных для перевозки детей в лагерь «Лесная поляна» Таврического района. При этом в путевом листе водителя имелась отметка о прохождении предрейсового медосмотра.

В целях устранения нарушений закона в детских оздоровительных лагерях прокуратурой внесено 152 представления, в том числе региональному министру по делам молодёжи, физической культуры и спорта, а также в Департамент образования администрации Омска. Кроме того, предъявлено 30 исковых заявлений, возбуждено 56 дел об административных правонарушениях и пр. Информация о результатах проверок для принятия мер направлена главному федеральному инспектору по Омской области и губернатору этого региона.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

Значительным событием в общественной жизни профессионального медицинского сообщества стал форум «Те, кому не всё равно». Проведён он по инициативе Профессионального союза работников здравоохранения Москвы и Учебно-исследовательского центра Московской федерации профсоюза. Это было заключительное мероприятие в рамках реализации социально значимого Президентского гранта (для некоммерческих организаций) «Компетентное участие профессиональных групп в публичном обсуждении проектов нормативных правовых актов с использованием электронных технологий демократии». Основная идея – «Мнение каждого должно быть услышано», а высказать его по законопроектам и управленческим решениям можно через использование мобильных приложений. Подобная технология уже работает в сфере медицины, о чём показал форум. Такую публичную «площадку» и создал московский Профсоюз работников здравоохранения, привлекая тем самым к участию в жизни города и работе в области медицинского обслуживания широкие круги врачебного сообщества.

### С помощью мобильных приложений

Участников встречи приветствовали заместитель председателя Московской федерации профсоюзов Юрий Павлов и заместитель генерального директора по образованию Учебно-исследовательского центра МФП Сергей Малахов.

Публичное обсуждение проектов законов и целевых программ, подготовленных органами власти, обретает всё большее влияние. Не случайно технологии гражданского социального участия так созвучны действиям профсоюзных медицинских организаций. Потому что им не всё равно, что происходит в отрасли, как отражается законотворчество и развитие здравоохранения на положении медиков. Об этом неравнодушно обстоятельно говорил на форуме председатель региональной общественной организации «Профессиональный союз работников здравоохранения города Москвы» кандидат медицинских наук Сергей Ремизов.

– Статистика фиксирует рост использования в России современных технологий демократии. В столице с 2014 г. работает система электронных референдумов, запущенная по инициативе правительства Москвы, – «Активный гражданин». Среди главных задач проекта – получение мнения горожан по актуальным вопросам, касающимся развития города. Таким образом москвичи могут влиять на решения, принимаемые властями. В среде профессионального медицинского сообщества также возникла потребность в нахождении новых средств аккумуляции и обобщения мнений. Это особенно важно в условиях активного реформирования сферы здравоохранения. Именно электронный референдум «Активный гражданин» и потребность работников нашей отрасли в активном участии в законодательной деятельности побудили к участию в разработке первого для медицинского сообщества мобильного приложения, – подчеркнул С.Ремизов.

Проект «Компетентное участие профессиональных групп в публичном обсуждении проектов нормативных правовых актов с использованием электронных технологий демократии», реализуемый на средства, выделенные в качестве гранта Президента РФ, направлен на освоение новых форм участия профессиональных сообществ в процессе принятия общественно значимых решений. Точнее – участия медицинских работников в совершенствовании законодательства в сфере здравоохранения с помощью сайта и

### Итоги и прогнозы

# Мнение врачей будет услышано

Интернет-ресурсы электронной демократии в действии



Сергей Ремизов (в центре) с представителями молодёжного движения

мобильных приложений Доктор Опинон (Doctors Opinion).

Основными участниками проекта стали:

- Оператор – некоммерческий фонд – Институт социально-экономических и политических исследований (Фонд ИСЭПИ).

- Молодёжное движение «Те, кому не всё равно» Профсоюза работников здравоохранения Москвы.

- Учебно-исследовательский центр Московской федерации профсоюзов.

В проекте рассматриваются интересы и проблемы взаимодействия трёх заинтересованных сторон – органов государственной власти, профессионального медицинского сообщества и пациентов. Причём если обратная связь со стороны пациентов имеет действенные каналы для осуществления, то мнения медицинского сообщества таких эффективных каналов фактически не имело. В этом смысле идея Профсоюза работников здравоохранения Москвы может быть оценена как новаторская.

Работа включала два больших этапа. На первом (август – сентябрь 2015 г.) было проведено качественное исследование и экспертная дискуссия, а также разработаны сайт-визитка проекта и мобильные приложения. Основная их задача – аккумуляция мнений специалистов-медиков по актуальным изменениям законодательства в сфере здравоохранения в условиях удалённого доступа.

На втором этапе проекта шло обучение профсоюзных кадров и актива, мониторинг законотворчества в сфере здравоохранения, общественное обсуждение нормативных документов.

Серия фокус-групп с представителями медицинского сообщества столицы и профсоюзными активистами выявила ряд проблем, существующих в сфере взаимодействия медицинских работников и органов власти в столице. В частности, абсолютное большинство участников дискуссии согласилось, что включение профессионального медицинского сообщества в процессы обсуждения проектов нормативных правовых актов – это не обязанность, а гражданский долг и реалии сегодняшнего дня, и освоение новых форм такого участия – безусловное благо!

В ноябре 2015 г. дискуссионная площадка собрала экспертов для обсуждения вопросов практической реализации алгоритма общественного обсуждения и общественной экспертизы проектов нормативных правовых актов с участием первичных профсоюзных организаций. С этого года ведётся обучение по программе «Экспертиза нормативных правовых актов с участием общественности».

Как сообщил докладчик, силами специалистов Учебно-исследовательского центра МФП, Профсоюза работников здравоохранения города и приглашённых экспертов обучено 156 человек. Причём программа включала не только получение теоретических знаний, связанных с юридическим обеспечением общественного обсуждения проектов законов, но и практических, направленных на овладение навыками организации общественной дискуссии.

В помощь обучающимся разработано методическое пособие «Технологии гражданского социального участия в подготовке решений органов власти и управления», изданное в количестве 400 экземпляров.

В рамках проекта были разработаны специальные мобильные приложения и сайт – Доктор Опинон, позволяющие Профсоюзу работников здравоохранения Москвы выявлять мнение медицинского сообщества относительно актуальных изменений законодательства в области здравоохранения федерального и городского уровней, а медицинским работникам – высказывать мнение о происходящих изменениях в сфере здравоохранения. По состоянию на июнь 2016 г. в приложении прошло регистрацию около 300 пользователей.

– На сегодняшний день нами изучено уже более 60 законопроектов и инициатив. В прошедших общественных дискуссиях участвовало более 600 человек, суждения которых мы узнавали с помощью разработанных мобильных приложений и сайта – визитки проекта. На них были запущены соответствующие опросы. Сегодня уже подготовлены итоговые заключения по результатам обсуждений. Они направлены в Министерство здравоохранения РФ, – заключил С.Ремизов.

Это и есть возможность участия профессионального сообщества в демократических процедурах правотворчества.

### Вместе, а не порознь

Действенную форму гражданского социального участия в подготовке решений органов власти и управления нашли столичные врачи. Об этом рассказал на форуме главный врач городской клинической больницы № 5, доктор медицинских наук, заслуженный врач Республики Татарстан Шамиль Гайнуллин. Шамиль Мухтарович – председатель правления общественной организации «Столичное объединение врачей» (СОВ). Создано оно по инициативе главных врачей городских клинических больниц № 67 им. Л.А.Ворохובה (Андрей Шкода), № 68 (Сергей Переходов) и № 5 (Шамиль Гайнуллин). Перед СОВ поставлена задача защиты интересов медицинских работников, проведения аттестации медиков в Москве, участия в разработке Программы госгарантий и госпроектов по развитию столичного здравоохранения, контроля за деятельностью государственных организаций по оказанию медицинской помощи москвичам.

Под началом врачебного объединения находится созданная комиссия по урегулированию конфликтов и предотвращению конфликтов в трудовых коллективах. Создана также общественная приёмная по юридической поддержке врачей.

Чтобы в полной мере выполнять своё назначение, региональное общественное объединение СОВ заключило соглашение о взаимодействии с Департаментом здравоохранения Москвы. Стороны осуществляют сотрудничество в области охраны здоровья граждан, кадровой политики, медицинской науки.

В совместных действиях по актуальным вопросам происходит и сотрудничество с Профсоюзом работников здравоохранения Москвы и Российским Красным Крестом. РОО «Столичное объединение врачей» включено в состав членов Национальной медицинской палаты. Врачебное объединение провело обсуждение с медицинским сообществом города, врачами-стоматологами о проведении аккредитации специалистов. В результате СОВ обратилось с письмом к президенту Национальной медицинской палаты Леониду Рошалю. В нём поставлены актуальные вопросы проведения аттестации. Врачебное сообщество считает, что необходимо внести изменения в Трудовой кодекс РФ, в частности в статью 81, для принятия решения о прерывании трудового договора с врачом, не прошедшим аккредитацию.

### Связующее звено

В медицинском сообществе ещё много проблем, которые требуют всестороннего обсуждения для выработки конкретных мер. А это всегда легче решать вместе, в профессиональных дискуссиях, прислушиваясь к мнению коллег. Мобильные приложения – эффективный способ распространения информации о деятельности профсоюза и канал обратной связи, считают в Московской областной организации профсоюза работников здравоохранения и активно развивают собственное – «ПРОФКОМ». Заместитель за-

ведующего отделом информационной и международной работы МОП Виталий Ерёмченко привёл неоспоримые факты, насколько это важно.

В начале 2000-х абсолютное большинство представителей профсоюзов не воспринимали всерьёз веб-сайты. Теперь у каждой профсоюзной организации появилось по обустроенному месту в сети. Сейчас мобильные приложения рассматриваются не иначе как необходимый маркетинговый инструмент. Они позволяют организовать прямой диалог с членами профсоюза.

### Шаги к гражданскому обществу

Процесс становления механизма публичного обсуждения правовых актов был очень длительным. Для этого нужно было создать условия, подготовить общество к выражению активной позиции. С этой точки зрения очень актуальной была лекция профессора социологического факультета Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова Татьяны Самсоновой «Состояние гражданского общества и современный политический процесс в России». Речь идёт о построении демократического общества и выработке гражданской ответственности за происходящее в государстве. Татьяна Николаевна озвучила цифру: у нас действует более 300 тыс. различных общественных организаций. Их роль в построении справедливого гражданского общества должна быть усилена, считает профессор.

Доклад «Нормативное обеспечение деятельности в сфере публичного обсуждения проектов законов и целевых программ» прочитала заместитель руководителя Правового департамента аппарата Московской федерации профсоюзов, заместитель генерального директора ООО «Институт независимой экспертизы и права», почётный юрист Москвы Надежда Илькина.

Ведущий специалист-социолог сектора научных разработок отдела инновационных и международных проектов Учебно-исследовательского центра Московской федерации профсоюзов кандидат политических наук Анна Гайдт рассказала о технологиях организации общественного обсуждения и общественной экспертизы проектов нормативных правовых актов.

Координатор молодёжного движения Профсоюза работников здравоохранения Москвы Георгий Степанов затронул тему информационно-коммуникативных технологий и ресурсов в организации общественного обсуждения и общественной экспертизы проектов нормативных правовых актов. Также состоялась общественная дискуссия по проблемам компетентного участия профессиональных групп в публичном обсуждении проектов управленческих решений с использованием электронных технологий демократии.

Под занавес форума слово предоставили представителям молодёжного движения «Те, кому не всё равно». Именно молодые, подчеркнул в заключительном слове С.Ремизов, являются двигателем инновационных технологий в современном мире.

О готовности сотрудничать с московским профсоюзом, поддерживающим молодёжное движение, высказался и Владимир Терещенко, уролог ГКБ № 67. Того требует и время – необходимости гражданского социального участия молодёжи. Тем самым она участвует в построении будущего, в котором им предстоит жить. В этом смысле им по пути с профсоюзом, представляющим действенную общественную силу.

Галина ПАПЫРИНА,  
редактор отдела региональной  
политики «МГ».

Несмотря на заметный в последние годы прогресс в борьбе с туберкулёзом, это грозное заболевание до сих пор так и не стало болезнью прошлого. В настоящее время туберкулёз, особенно с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ), а также ВИЧ-инфекция являются «убийцей номер один» среди всех инфекционных заболеваний. Как показывает опыт, эффективно влиять на это бедствие можно лишь сообща. Любой, самой мощной и богатой организации мира не по силам отвечать на глобальные вызовы в одиночку. Значимых результатов можно достичь только на основе межотраслевого взаимодействия, в ходе которого каждый из участников общего дела использует свои профильные знания, навыки, опыт для комплексного и рационального решения проблем.

### Благотворительная инициатива

Подтверждением тому, в частности, служит начинание известной фармацевтической компании Лилли, которая при участии ведущих организаций в сфере здравоохранения разных стран мира, глав правительств, национальных медицинских учреждений, общественных, правозащитных и других организаций более 10 лет назад основала Партнёрство Лилли по борьбе с туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью. Следует изначально оговориться: партнёрство – не бизнес-компания, а благотворительная инициатива. В рамках этого крупнейшего в истории компании проекта в странах с высокой заболеваемостью туберкулёзом осуществляется сотрудничество с глобальными организациями, проводится обучение врачей, медсестёр и других специалистов выявлению, лечению, мониторингу и профилактике распространения МЛУ-ТБ. Также финансируются исследования в области разработки новых противотуберкулёзных препаратов. Задействуется потенциал фармкомпаний на производстве и повышении доступности высококачественных антибиотиков, эффективных при лечении МЛУ-ТБ.

### Общий интерес

На протяжении последних десятилетий «МГ» уделяет этой социально значимой инфекционной патологии самое пристальное внимание. Причём корреспонденты профессионального врачебного издания привлекают к решению столь актуальной проблемы не только фтизиатров, но и тех, кто впервые сталкивается с туберкулёзной инфекцией, то есть врачей первичного звена, да и вообще врачей всех специальностей. Все и каждый обязаны быть настороженными в отношении этой смертоносной беды. Только так можно рассчитывать на элиминацию туберкулёза.

Об этом шла речь на встрече директора программ отдела международного здравоохранения Партнёрства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ Марии Паолы Лиа с руководителем проектов редактора – обозревателем «Медицинской газеты» Александром Ивановым.

В ходе очередного визита в Россию гостя из Швейцарии встретила с рядом постоянных партнёров, с которыми установились прочные профессиональные связи, поделилась планами на ближайшую перспективу, заявила о намерении продолжения взаимодействия с «МГ». Многолетние наработки в области взаимодействия партнёрства с российским фтизиатрическим сообществом демонстрируют свою эффективность.

М.П.Лиа отметила, что, открыто и охотно делясь опытом (как достижениями, так и проблемами), партнёрство тем самым побуждает любые организации – государственные или частные – к поиску инновационных способов сотрудничества. Также стороны



Мария Паола Лиа

зидент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль, руководители профильных институтов туберкулёза и фтизиопульмонологии, представители авторитетных международных организаций, назовёт имена самых достойных. Таким образом, признанные и именитые во фтизиатрии и медицине страны и мира специалисты коллегиально определяют победителей. В этом году активизировались Дальневосточный, Сибирский регионы РФ, где проблема туберкулёза, в том числе с МЛУ, особенно остра. Оттуда поступило немало заявок.

ожидается на трёх основных столпах. Приоритетный из них – интенсификация научных исследований. К сожалению, в силу объективных и субъективных причин вклад российских учёных в борьбу с туберкулёзом не столь высок, как хотелось бы, хотя в России немало новаторских, прогрессивных подходов к диагностике, выявлению и лечению пациентов, особенно с МЛУ/ШЛУ-ТБ. Есть и достойные практики по повышению эффективности лечения туберкулёза, признанные на мировом уровне, например, широко представленный в своё время на страницах «МГ» опыт воронежских фтизиатров под руководством главного фтизиатра Центрального федерального округа Сергея Корниенко по проблемам «Сопровождения» и АВРАЛ, разработанный и внедряемый при участии «Партнёров во имя здоровья». Этот

давно в Барселоне, есть немало площадок, на которых учёные могут представить свои доклады, тезисы, результаты исследований. Однако на этих секциях слишком малое представительство со стороны России.

– Хорошо бы, чтобы российские учёные были значительно больше на мировом уровне, тем более что в вашей стране огромное количество людей, которые борются с инфекционными заболеваниями, это незаметные герои, но о них мало кто знает, – высказала свою точку зрения М.П.Лиа. – Это не такая уж большая проблема. В ноябре мы назовём имя очередного победителя, и нужно сразу же выслать его заявку на следующий год. В том случае, если его научное исследование будет признано коллегами, автоматически оно будет широко распространено. Но требования к работам очень высокие. Необходимо, чтобы это действительно были новые подходы для улучшения доступа к медицинской помощи и сбора достоверных данных о результатах исследования.

В заключение стороны коснулись вопроса не менее тревожных тенденций, связанных с неинфекционными заболеваниями. В частности, затронули актуальную проблему ожирения, избыточной массы тела и сахарного диабета, признанную ВОЗ и ООН опаснейшими вызовами для мирового сообщества. Сегодня свыше 8% взрослого населения Земного шара страдают сахарным диабетом. Здесь также необходимо объединить усилия всех заинтересованных сторон. Благодаря активности партнёрства удаётся реально уменьшить неблагоприятные последствия туберкулёза. И уже сегодня в своей работе оно использует основанный на фактах подход, приносящий пользу как работникам здравоохранения, так и людям с повышенным риском МЛУ-ТБ или сахарного диабета.

«МГ» также постоянно освещает эти проблемы. Многие видные учёные и практики страны бьют тревогу по этому поводу. В России остро назрела необходимость принимать меры по разработке стратегии лечения ожирения и его последствий, проводить социально значимые инициативы по профилактике ожирения и повышению его выявляемости, привитию культуры здорового образа жизни.

«У нас есть достойные наработки в области борьбы с туберкулёзом, – заверила гостя из Женевы, – и сейчас акцент партнёрства целесообразно сфокусировать на неинфекционных заболеваниях. Мы рассматриваем возможность перенести эти наработки в сферу борьбы с неинфекционными патологиями. Расточительно не замечать те механизмы, которые уже работают и дают положительные результаты, поскольку эти результаты материализуются в виде тысяч спасённых жизней и укрепления здоровья людей».

Трудно не согласиться с коллегой. Действительно, стоит ли изобретать велосипед, когда уже сформирована эффективно действующая система партнёрских взаимоотношений, ориентированная на систему здравоохранения, но в первую очередь, конечно же, на пациентов. Надо лишь скорректировать существующую модель и адаптировать её к новым реалиям. Поэтому стороны приняли решение ещё раз встретиться в августе, чтобы детально обсудить возможные программы сотрудничества в рамках как прежнего, так и нового проектов.

«Наша международная программа нацелена на преодоление проблемы туберкулёза в Индии, Китае, России и ЮАР. Россия – один из приоритетов в моей работе, – отметила Мария Паола Лиа. – Надеюсь, предлагаемые нами разработки экономически эффективных решений принесут максимальную пользу для людей. Давайте продолжать сотрудничать».

Михаил ГРИГОРЬЕВ.

## Сотрудничество

# Реализуя инновационные технологии

«Медицинская газета» и Партнёрство Лилли по борьбе с туберкулёзом продолжают укреплять деловые контакты

обсудили возможность поддержки исследований молодых учёных в области туберкулёза, прежде всего в рамках Всероссийского конкурса научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века». Организатором конкурса является Российское общество фтизиатров/Ассоциация фтизиатров России. Проводится он при поддержке Министерства здравоохранения РФ, Всемирной организации здравоохранения, профессионального врачебного издания «Медицинская газета» и Партнёрства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ.

Член экспертного совета конкурса А.Иванов подчеркнул, что проведение конкурсных испытаний во фтизиатрии имеет огромное значение для перспективного развития и поддержки молодых специалистов в различных областях. «Туберкулёз-минус» получил большой резонанс среди фтизиосообщества. Каждый проект, участвовавший в конкурсе, уже внёс и продолжает вносить вклад в решение актуальных вопросов, направленных на борьбу с туберкулёзом. Победители отмечают важность того, что их работы признаны специалистами высокого уровня, ведь для каждого учёного (не только начинающего) важно осознавать, что его лепта в науку и нелёгкий труд оценены коллегами. В свою очередь, фтизиосообщество верит в молодых и ждёт от них новых интересных работ и идей. Сейчас проходит очередной этап конкурса. Завершён первый этап приёма и регистрации заявок. Пакеты документов и материалов разосланы членам экспертного совета для ознакомления и предварительной оценки в соответствии с критериями, утверждёнными положением, а также общепринятыми принципами методологии и доказательной медицины. В конце лета совет экспертов, в составе которого уважаемые специалисты – главный фтизиатр Минздрава России Ирина Васильева, помощник министра здравоохранения РФ Ляля Габбасова, пре-



На фотовыставке «Твоё здоровье – в твоих руках!», организованной в Воронеже при участии партнёрства

Мария Паола Лиа также подтвердила важность совместного взаимодействия в поддержке и развитии творческой инициативы фтизиатрической молодёжи. «Мы считаем, – заметила она, – эта работа должна продолжаться. Обычно мы не поддерживаем проекты, если не убеждены в их жизнеспособности. В данном случае мы изначально были уверены в конкурсе, да и сейчас видим, что это стоящее начинание. Почему так происходит? Всё дело в сути партнёрства. Я верю лишь в такой стиль взаимодействия, когда стороны доверяют друг другу, открыто общаются, высказывая свои мысли и идеи. Только такое сотрудничество, я думаю, может быть эффективным. Кстати, вся информация о конкурсе, опубликованная в «МГ», поступала руководству нашей компании – президенту и вице-президенту. Им было приятно видеть эти материалы, они постоянно были информированы о проекте».

### Заглядывая в день грядущий

В ходе беседы стороны обсудили пути реализации поставленных ВОЗ амбициозных целей по элиминации туберкулёза. Как известно, современная стратегия борьбы с туберкулёзом в мире

опыт сегодня активно перенимают индийские партнёры и некоторые российские регионы. Огромные надежды в этом возлагаются на потенциал молодёжи, без которой не приходится надеяться на достойное и перспективное развитие.

«При проведении конкурса его организаторы, – заметил А.Иванов, – попутно реализовывали те или иные проекты, которые стали своеобразными «изюминками», украшением проекта и получили широкую поддержку. Так, по итогам первого года мы издали брошюру «Сделаем мир чище и здоровее», вручив её всем победителям и участникам конкурсных испытаний. В данный момент ведётся работа по созданию видеопфильма о победителях прежних лет. Желательно, чтобы такая положительная тенденция сохранялась ежегодно. И возможно, победитель конкурса 2016 г. сможет принять участие в специализированном международном форуме 2017 г. Выступление перспективного молодого учёного на международной конференции со своим исследованием, вне сомнения, откроет перед ним новые горизонты».

Участники диалога обратили внимание на то, что на Всемирной конференции по здоровью лёгких, проходившей, в частности, не так

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 51 (1990)

(Окончание. Начало в № 53 от 20.07.2016.)

## Патоморфология острого аппендицита

**Катаральный аппендицит.** Форма острого аппендицита, являющаяся осложнением другого воспалительного процесса в брюшной полости, с первичным поражением органов малого таза, лимфатических узлов, тонкой кишки и т.п. Воспаление распространяется преимущественно в поверхностных слоях ЧО. При выявлении катарального аппендицита показана ревизия органов брюшной полости (80-100 см подвздошной кишки, корень брыжейки) и органов малого таза для исключения другого первичного воспалительного процесса.

Следует помнить, что удаление ЧО, имеющего лишь вторичные незначительные изменения на серозной оболочке, и даже неизменённого отростка может повлечь за собой возникновение дополнительных осложнений. Кроме того, послеоперационные расстройства или осложнения, обусловленные «попутной» аппендэктомией, способны серьёзно затруднить поиски реальной причины болевого синдрома, приведшего пациента на операционный стол. В случаях, когда операционная находка («катаральный» аппендицит) не соответствует клинической картине и данным интраоперационной ревизии, поиски реальной причины ургентного приступа должны быть продолжены в раннем послеоперационном периоде.

**Флегмонозный аппендицит.** ЧО при флегмонозном воспалении значительно утолщён, покрыт наложениями фибрина, серозная оболочка и брыжеечка отёчны, ярко гиперемизированы. Такие же наложения могут быть на куполе слепой кишки, париетальной брюшине и прилегающих петлях тонкой кишки. В брюшной полости почти всегда выявляют выпот, часто мутный из-за большого количества лейкоцитов. В просвете червеобразного отростка, как правило, содержится жидкий, серого или зелёного цвета гной. Слизистая оболочка ЧО отёчна, легко ранима, нередко покрыта множественными эрозиями и свежими язвами. Микроскопически во всех слоях ЧО будет выявляться массивная лейкоцитарная инфильтрация.

**Эмпиема червеобразного отростка.** Разновидность флегмонозного воспаления, при котором в результате рубцового процесса или закупорки каловым камнем в просвете отростка образуется замкнутая полость, заполненная гноем. Морфологическая особенность этой формы аппендицита заключается в том, что воспалительный процесс редко переходит на брюшинный покров. ЧО при эмпиеме колбовидно вздут и напряжён, содержит большое количество гноя. Серозная оболочка ЧО выглядит менее изменённой: тусклая, гиперемизированная, но без наложений фибрина. Микроскопически в слизистой оболочке и подслизистом слое выявляют значительную лейкоцитарную инфильтрацию, убывающую по направлению к серозной оболочке.

**Гангренозный аппендицит** характеризуется некротическими изменениями в органе. Тотальный некроз встречаются сравнительно редко, в подавляющем большинстве случаев зона некроза охватывает небольшую часть отростка. Некрозу способствуют располагающиеся в просвете отростка каловые камни и инородные тела. Макроскопически некротизированный участок грязно-зелёного цвета, рыхлый и легко рвётся, остальная часть червеобразного отростка выглядит так же, как при флегмонозном аппендиците. На органах и тканях, окружающих воспалённый ЧО, видны фибриновые наложения. В брюшной полости часто содержится гнойный выпот с каловым запахом. Посев этого выпота даёт рост типичной толстокишечной флоры. Микроскопически в участке деструкции слою червеобразного отростка не удаётся дифференцировать, они имеют вид типичной некротизированной ткани, в остальных отделах отростка наблюдаются картину флегмонозного воспаления.

При флегмонозном, гангренозном аппендиците и эмпиеме ЧО должна быть выполнена аппендэктомия одним из рекомендуемых выше способов.

## Осложнения острого аппендицита

**Аппендикулярный инфильтрат.** При выявлении аппендикулярного инфильтрата показана госпитализация. Если аппендику-

лярный инфильтрат выявлен до операции, при отсутствии признаков абсцедирования по данным УЗИ, либо КТ, либо МРТ показано консервативное лечение (антибиотикотерапия). Госпитализация необходима для наблюдения с целью исключения либо раннего выявления абсцедирования инфильтрата. С этой целью необходимо выполнение УЗИ или КТ в динамике в течение 5 суток.

Тактика при аппендикулярном инфильтрате, выявленном интраоперационно: рыхлый инфильтрат – аппендэктомия; плотный инфильтрат, неразделимый тупым путём тупфером либо лапароскопическими инструментами с помощью тракции и контртракции – консервативное лечение. Не рекомендуется острое разделение инфи-

**Периаппендикулярный абсцесс.** При выявлении периаппендикулярного абсцесса на дооперационном этапе без признаков перитонита предпочтительно перкутанное вмешательство (пункции или дренирования) под ультразвуковым или КТ-наведением. Если размер абсцесса не превышает 5 см или если нельзя определить безопасную трассу, то есть на пути прохождения пункционной иглы находится стенка кишки, то целесообразнее выполнять пункционную санацию гнойной полости.

При размерах полости абсцесса, превышающих 5 см в диаметре, целесообразно дренирование абсцесса либо одновременно на стилет-катетере либо по Сельдингеру. При размерах полости 10 см и более либо при наличии затеков необходима установка второго дренажа, чтобы создать дренажно-промывную систему для обеспечения полноценной санации. В послеоперационном периоде необходимы регулярные санации (2-3 раза в сутки), УЗИ-контроль дренированной зоны.

При отсутствии ультразвуковой и КТ-навигации для перкутанного дренирования необходимо вскрывать и дренировать периаппендикулярный абсцесс внебрюшинно

Перфорация ЧО сопровождается попаданием высококонтаминированного содержимого из просвета ЧО и ЖКТ в брюшную полость. Аппендэктомия должна дополняться дренированием брюшной полости и антибиотикотерапией в послеоперационном периоде.

## Перитонит аппендикулярного происхождения

**Серозный перитонит.** Выявление светлого прозрачного выпота в брюшной полости при неосложнённых формах ОА требует его эвакуации (посев). Дренирование и назначение антибиотикотерапии в данном случае не требуется.

**Местный гнойный перитонит.** При местном гнойном перитоните (до двух анатомических областей) выполняются эвакуация экссудата и дренирование брюшной полости (посев выпота). Рутинное промывание брюшной полости физиологическим раствором или антисептиками не рекомендуется из-за повышения риска развития внутрибрюшных абсцессов.

**Распространённый гнойный перитонит.** Выявление гнойного выпота, занима-

# Диагностика и лечение острого аппендицита

## Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Приложение 1  
Рекомендуемый объём обязательных и дополнительных методов диагностики при остром аппендиците на 1-е и 2-е сутки  
Обязательные методы обследования  
Дополнительные методы исследования

Виды исследования	1-е сутки	2-е сутки	Последующие дни
Физикальные методы исследования	Осмотр хирурга	Осмотр лечащего врача	Осмотр лечащего врача
Инструментальные методы исследования	ЭКГ		
	При сомнительном диагнозе острого аппендицита: либо КТ-органов брюшной полости. УЗИ брюшной полости при отсутствии КТ либо диагностическая лапароскопия при отсутствии КТ и УЗИ. УЗИ органов малого таза и влагалищное исследование у женщин для дифференциальной диагностики острого аппендицита и острой гинекологической патологии. Рентгенография органов грудной клетки при подозрении на пневмонию		
Лабораторные методы исследования	Клинический анализ крови Клинический анализ мочи RW, ВИЧ, гепатиты В и С Биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ, К, Na Определение группы крови и резус-фактора	Клинический анализ крови	
Морфологическое исследование операционного материала	Гистологическое исследование удалённого червеобразного отростка		
	Микробиологическое исследование биоматериала (при наличии выпота в брюшной полости)		
Консультации специалистов	Гинеколог (у женщин) Анестезиолог Терапевт (по назначению анестезиолога)		

траты во избежание кровотечений и травмы кишечной стенки.

Всем больным после разрешения инфильтрата с целью онкологической настороженности должна быть выполнена колоноскопия.

Через 6 месяцев после разрешения инфильтрата больные должны быть осмотрены. Интервальная аппендэктомия должна быть выполнена при рецидиве ОА либо при наличии у пациента жалоб, ухудшающих качество жизни. Интервальная аппендэктомия может выполняться лапароскопическим способом.

(доступом по Пирогову). В случаях неполного удаления ЧО, флегмоны купола слепой кишки и высоком риске несостоятельности швов купола слепой кишки целесообразна дополнительная экстраперитонизация купола слепой кишки, чтобы отграничить зону возможной несостоятельности швов от свободной брюшной полости.

**Перфорация червеобразного отростка.** Как правило, выявляется при гангренозном аппендиците. Может выявляться во всех отделах ЧО (верхушка, тело, основание).

ющего более двух анатомических областей, не должно являться показанием к конверсии во время ЛАЭ. В этом случае должна осуществляться эвакуация экссудата с обильным промыванием брюшной полости (до 6-8 л) физиологического раствора с последующим дренированием поражённых областей брюшной полости. Необходимо помнить, что лапароскопия имеет преимущества для осмотра и доступа ко всем областям брюшной полости в отличие от доступа по Волковичу – Дьяконову.

Распространённый и диффузный перитонит, осложнённый выраженным парезом ЖКТ, компартмент-синдромом, тяжёлым сепсисом или септическим шоком, требует соответствующего лечения из широкого лапаротомного доступа и соответствующей программы послеоперационного ведения в отделении реанимации и интенсивной терапии.

**Сепсис.** При аппендиците, осложнённом пилефлебитом, тяжёлым абдоминальным сепсисом и септическим шоком, перитонеальный выпот и содержимое абсцессов рекомендуется направлять на экспресс-исследование. Лечение абдоминального сепсиса в послеоперационном периоде должно проводиться в условиях реанимационного отделения.

## Рекомендации по обеспечению стационаров

Рабочее место анестезиолога: наркозный аппарат, разводка кислорода; приспособления для интубации трахеи, катетеризации вен, мочевого пузыря, желудка; кардиомонитор или пульсоксиметр, дефибриллятор, вакуум-аспиратор.

Операционное оборудование: электрохирургический блок; операционный стол с возможностью изменения положения больного, комплект белья хирургического универсальный стерильный, атравматический шовный материал.

Эндовидеохирургический комплекс оборудования и инструментов - комплектация для эндовидеохирургической аппендэктомии: иглодержатель обязателен; электрохирургический блок с возможностью bipolarной коагуляции (желательно с функцией сплавления коллагеновых структур или ультразвуковой коагуляции и диссекции); специальные лигатурные и шовные материалы, в том числе устройства для петлевого лигирования со скользящим самозатягивающимся узлом.

Общехирургический набор инструментов.

## Гистологическое

### и бактериологическое исследование

В обязательном порядке удалённый червеобразный отросток направляется на гистологическое исследование. Выпот и содержимое абсцессов также направляются на бактериологическое исследование для идентификации микрофлоры и её чувствительности к антибиотикам.

Протокол ведения больного в хирургическом отделении

Мероприятия	1-е сутки	2-е сутки	3-е сутки
Инструктирование пациента о правилах внутреннего распорядка	+		
Регистрация медсестрой в журнале движения больных, заказ питания	+		
Осмотр пациента лечащим врачом, дежурным хирургом	+		
Оформление лечащим врачом протокола осмотра и листа назначений	+		
Выполнение анализов крови и мочи и рентгенография органов грудной клетки	+		
Консультация гинеколога (у женщин)	+		
ЭКГ	+		
Осмотр анестезиолога, премедикация	+		
Подготовка операционного поля	+		
Операция не позднее 2 часов с момента установления диагноза	+		
Пребывание в палате пробуждения или ОРИТ	+		
Термометрия, контроль АД	+	+	+
Диета: стол ЩД		+	+
Перевязка		+	
Удаление дренажа			
Обезболивание: кетонал 100 мг внутрь 2 раза в сутки, Эфералган 2 таб. 2-3 раза в сутки		+	+
Антибиотикопрофилактика: цефазолин 1 в/в интраоперационно Резерв ципрофлоксацин 200 мг в/в	+		
Антибиотикотерапия при перитоните, инфильтрате, абсцессе: Ципрофлоксацин 200 мг 2 раза в день + метрогил 500 мг 3 раза в день Резерв (1): цефтриаксон 1 г 2 раза в день + метрогил 500 мг 3 раза в день Резерв (2): аугментин 1,2 г 3 раза в день + метрогил 500 мг 3 раза в день	+	+	+
Наблюдение дежурным хирургом	+	+	+
Осмотр больного лечащим врачом	+	+	+
Оформление лечащим врачом протоколов осмотра и листа назначений	+	+	+

**Послеоперационный период**  
Общий анализ крови назначается на 2-е сутки после операции. Швы снимают на 5-8-е сутки. Среднее пребывание больных в стационаре после аппендэктомии 2-4 суток. При осложнениях острого аппендицита или осложнённом течении послеоперационного периода средний койко-день может быть увеличен.

При сохранении гипертермии на 2-е сутки и более, при пальпирующемся инфильтрате в зоне операции, при парезе ЖКТ, сохраняющемся позднее 2 суток, необходимо УЗИ или КТ органов брюшной полости для выявления послеоперационных осложнений.

**Антибактериальная терапия**

При неосложнённом флегмонозном аппендиците достаточно однократного внутривенного введения антибиотика за 30 минут до операции. Оптимальная комбинация цефалоспоринов третьего поколения 1 г + метронидазол 500 мг. При продолжительности операции более 2 часов целесообразно повторить данную комбинацию. Наличие серозного (светлого, прозрачного) экссудата расценивается как реакция брюшины на воспаление ЧО и не рассматривается как показание для назначения антибиотикотерапии в послеоперационном периоде.

При местном и распространённых формах гнойного и калового перитонита аппендикулярного генеза антибактериальная терапия начинается в процессе предоперационной подготовки, продолжается во время операции и в послеоперационном периоде. Целесообразно назначать комбинацию из цефалоспоринов третьего поколения + аминогликозиды + метронидазол.

Протокол ведения больного в хирургическом отделении находится в приложении 2.

Под редакцией заведующего кафедрой общей хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова профессора Александра САЖИНА.

**Вертебрально-базилярная недостаточность (ВБН)** – это обратимое нарушение функций мозга, вызванное уменьшением кровоснабжения области, питаемой позвоночными и основной артериями. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) ВБН именуется «синдром вертебрально-базилярной артериальной системы» (рубрика G45.0) и помещена в раздел «Преходящие транзиторные церебральные ишемические приступы (атаки) и родственные синдромы».

В зарубежной литературе термин ВБН употребляется только применительно к преходящей сосудистой недостаточности структур мозга, которые кровоснабжаются из артерий вертебрально-базилярного сосудистого бассейна (синдром аналогичен преходящему нарушению мозгового кровообращения по классификациям Е.Шмидта, 1975, М.Одинака, 1998, и др.). В отечественной литературе термин ВБН имеет более широкое применение, в частности:

- 1) ВБН как вазотонический вариант транзиторной ишемической атаки (ТИА);
- 2) ВБН как тип хронического нарушения мозгового кровообращения (дисциркуляторной энцефалопатии) в вертебрально-базилярном бассейне;
- 3) спондилогенная ВБН (синдром позвоночной артерии), которая обусловлена экстравазальными влияниями шейного отдела позвоночника на позвоночные артерии с развитием дефицита мозгового кровообращения;
- 4) ВБН при заднешейном симпатическом синдроме Барре – Льеу (МКБ-10 – M53.0), клинические проявления которого включают, наряду с основными цервикокраниалгическими и вегетативными расстройствами, симптомы ВБН;
- 5) синдром ВБН, который может развиваться при различных патологических состояниях, в частности: вегетативной дисфункции (вегетативно-сосудистой дистонии), артериальной гипотензии различного генеза, артериальной гипертензии и гипертонических кризах, невротических и соматоформных расстройствах, дегенеративно-дистрофических заболеваниях шейного отдела позвоночника без верифицированного экстравазального воздействия на позвоночные артерии и др.

**Вертебрально-базилярный сосудистый бассейн**

Вертебрально-базилярный бассейн (ВББ) мозгового кровообращения состоит из позвоночных артерий (ПА), основной артерии (ОА), задних мозговых артерий (ЗМА), а также их ветвей и кровоснабжает следующие мозговые структуры: сегменты спинного мозга от первого шейного (С1) до второго грудного позвонка (D2) – верхний медул-

# Вертебрально-базилярная недостаточность

## Национальные клинические рекомендации Минздрава России

лярный сосудистый бассейн (преимущественно С1-С4), структуры мозгового ствола (продолговатый мозг, мост, средний мозг), внутреннее ухо, задние отделы таламуса и гипоталамуса, мозжечок, медиобазальные отделы височных долей и большую часть затылочных долей головного мозга.

Кровоснабжение мозга осуществляется двумя парами магистральных артерий, отходящими от единого источника – ветвей дуги аорты, при этом внутренние сонные артерии (каротидный бассейн) доставляют головному мозгу 2/3 всего количества необходимой крови, а позвоночные артерии (ВББ) – 1/3. Несмотря на меньший объём кровотока в вертебрально-базилярной артериальной системе, острые нарушения мозгового кровообращения в этом бассейне являются более опасным сосудистым событием, сопровождающимся тяжёлыми внутримозговыми осложнениями и более грубой очаговой неврологической симптоматикой.

**Анатомические особенности ВББ**, определяющие клиническую картину ишемических нарушений мозгового кровообращения:

- 1) V2-сегмент экстракраниального отдела ПА располагается в мышечно-костном канале поперечных отростков С2-С6 позвонков, что определяет зависимость кровотока от поворотов головы и возможность экстравазального сдавления при патологии шейного отдела позвоночника;
- 2) неравномерность калибра ПА: в 70% случаев левая ПА шире правой в 1,5-2 раза, и именно она доставляет мозгу основную массу крови в ВББ, поэтому патология левой ПА часто приводит к более серьёзным неврологическим последствиям;
- 3) слияние V4-сегментов обеих ПА в ОА, которое происходит внутри черепа и формирует возможность коллатерального кровотока из противоположной ПА при патологии одной из них;
- 4) все артерии ВББ, особенно экстракраниальный отдел ПА, иннервируются позвоночным нервом, который является ветвью звёздчатого симпатического узла и образует периапериальную симпатическую сеть, раздражение (ирритация) которой приводит к спазму артерий и

снижению вертебрально-базилярного кровотока;

5) возможность коллатерального кровотока из других сосудистых бассейнов может компенсировать сосудисто-мозговую недостаточность: наличие задних соединительных артерий (связывают каротидный и вертебрально-базилярный бассейны на уровне задних отделов виллизиева круга); ретроастиоидальный анастомоз, находящийся в субокципитальной зоне (связывает бассейны ПА, наружной сонной артерии, подключичной артерии).

**Основные виды патологии артерий ВББ**

**1. Атеросклеротические стенозы** чаще локализованы: в устье ПА, в месте её отхождения от подключичной артерии; в месте прохождения ПА через атланта-окципитальную мембрану и твёрдую мозговую оболочку (вхождение в полость черепа); в проксимальных отделах ОА. Гемодинамическая значимость стеноза ПА усиливается при следующих факторах: быстрое снижение системного артериального давления, неполноценности противоположной ПА, врождённом отсутствии задних соединительных артерий (виллизиев круг разомкнут в задних отделах), нестабильной и эмбологенной атеросклеротической бляшке.

**2. Окклюзирующие поражения** (атеротромбоз, тромбоз) в преобладающем количестве случаев расположены в интракраниальной части ПА и в ОА. Клиническая картина зависит от темпов нарастания окклюзии, возможностей коллатерального кровотока и состояния общей гемодинамики, но чаще проявляется ишемическим инсультом или ТИА в ВББ.

**3. Диссекция ПА** (травматическая или спонтанная) с формированием субинтимальной (интрамуральной) гематомы и расслоением стенки артерии, что осложняется тромбозом или артерио-артериальной эмболией, чаще отмечается в экстракраниальном отделе и приводит к острому нарушению мозгового кровообращения в ВББ.

**4. Врождённая или приобретённая патологическая извитость ПА** приводит к снижению кровотока дистальнее деформации при повороте головы или быстрым перепадам системного АД. В месте извитости

возможно формирование атеросклеротической бляшки или тромбоцитарных агрегатов с артерио-артериальной микроэмболией сосудов мозга.

**5. Васкулиты артерий ВББ:** аутоиммунный (системная красная волчанка, узелковый периартериит, гигантоклеточный височный артериит), неспецифический аорто-артериит (болезнь Такаясу), инфекционный (менинго-васкулярный сифилис, вирусные и бактериальные инфекции).

**6. Фибромускулярная дисплазия**, выявляемая в молодом возрасте и приводящая к сегментарному снижению внутреннего просвета артерий ВББ (ангиографический феномен «нитка бус») с дефицитом мозгового кровотока при дополнительных провоцирующих факторах.

**7. Врождённые аномалии строения ПА:** гипоплазия (диаметр менее 2 мм) или аплазия одной из ПА, отхождение ПА от задней стенки подключичной артерии, двукорневое отхождение ПА, латеральное смещение устья ПА к щитовидному стволу (аномалия Пауэрса), вхождение ПА в поперечный отросток С5 или С4 (в норме С6), отсутствие слияния обеих ПА в ОА.

**8. Экстравазальное сдавление** экстракраниального отдела ПА: травмы шейного отдела позвоночника, дегенеративно-дистрофические изменения шейных позвонков, аномалии строения шейных позвонков, мышечно-тонические шейные синдромы, спаянные процессы.

**Провоцирующие факторы развития острой ВБН**

Поскольку ВБН является формой острого ишемического сосудисто-мозгового события, то современная концепция основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний целиком применима и к данному заболеванию. Это означает, что пациентам с различными видами патологии артерий ВББ и симптомами ВБН в первую очередь необходимо динамическое наблюдение и коррекция основных факторов риска ишемического инсульта (артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, нарушения сердечного ритма, гиперкоагуляционные расстройства, гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем, сахарный диабет и др.).

(Окончание следует.)

Известно, что чаще всего педиатры назначают антибиотики в пятницу. И не потому, что в них возникает острая необходимость. А на всякий случай. Впереди выходные и желание подстраховаться выступает на первый план. Такая тактика, а также дешевизна антибактериальных препаратов привели почти к тотальной резистентности микроорганизмов. Если раньше речь шла только о госпитальных штаммах, то сейчас появляются многочисленные данные о том, что даже амбулаторные возбудители всё хуже подавляются антибиотиками. Снизить частоту необоснованного назначения лекарств – важная задача, о которой в последнее десятилетие обеспокоенно заговорили и в России и в мире. Она стала одной из центральных тем 4-й научно-практической конференции «Современные вопросы педиатрии», организованной Российской медицинской академией последипломного образования.

### Всегда искать повод не назначить антибиотики

С инфекционными заболеваниями, прежде всего респираторными, педиатр сталкивается практически ежедневно. Но зачастую он оказывается в сложных условиях, поскольку в самом начале проявления патологии бывает очень трудно определить: вирусная это или бактериальная инфекция. Поэтому нередко доктор идёт по пути наименьшего сопротивления и, опасаясь, как бы чего не вышло, назначает антибиотики.

В каких ситуациях они действительно нужны при инфекциях дыхательных путей и лор-органов у детей, и какой должен быть выбор стартовых препаратов, если ребёнок получает медицинскую помощь в поликлиническом звене? Этому посвятил своё выступление декан педиатрического факультета Российской медицинской академии последипломного образования профессор Андрей Заплатников. По его словам, сейчас, может быть, даже в большей степени надо говорить о том, когда не надо назначать антибиотики.

Ещё совсем недавно любые острые поражения глотки (фарингит, тонзиллит) рассматривались как микробные, считалось, что гиперемия, отёк миндалин, налёт – это всегда бактерии, значит, надо лечить антибиотиками. Современные же данные свидетельствуют о том, что бактериальное поражение встречается лишь в половине случаев.

– Раз так, то в половине случаев мы назначаем антибиотики не по показаниям, а там, где имеются вирусные инфекции, и надо иметь мужество признать этот факт, – сказал А. Заплатников.

Широко известный и уважаемый детскими врачами профессор Владимир Таточенко очень много сил положил на то, чтобы уменьшить частоту необоснованного назначения антибиотиков, в том числе при тонзиллитах, фарингитах. Его дифференциально-диагностические таблицы хорошо известны педиатрам, однако, к сожалению, не всегда выполняются, особенно при первом осмотре ребёнка. Поэтому следует быстрее внедрять в практику экспресс-методы диагностики. Да, они не безупречны, не достигают 100% чувствительности и специфичности, но этот показатель у них более 75-80%. Значит, риск ошибки всё-таки мал.

– При установлении бактериальной инфекции, надо стремиться выполнять золотое правило клинической антибактериальной терапии: назначать препарат узкого спектра действия, который преимущественно уничтожает тот возбудитель, который является этиологическим фактором заболевания, – напомнил А. Заплатников.

По его словам, если доказана стрептококковая этиология, то тогда педиатры должны вспомнить, что стрептококк по-прежнему высокочувствителен к пенициллину и его производным, и назначать их, а не цефалоспорины последнего поколения.

Если нет аллергии на пенициллины и пациент в предшествующие месяцы не получал бета-лактамы незащищённые антибиотиками, стартовую терапию можно начинать с назначения феноксиметилпенициллина. Если же пациент уже получал антибиотики предшествующие несколько

ронный отит; пациенты с гноетечением, выраженной интоксикацией и болью, независимо от возраста и локализации.

– Надо всегда искать повод не назначать антибиотики, – призвал докторов А. Заплатников. – Я понимаю, это трудно, потому что тогда «голова болит» и не знаешь, что будет завтра. Но это единственный путь уменьшить бремя антибиотикорезистентных штаммов.

Как говорилось на конференции, у антибактериальной терапии

различными препаратами, в том числе бактериофагами.

– Использование бактериофагов у малышей приводит к тому, что мы целенаправленно уничтожаем условно-патогенную флору, которую следует тщательно сохранять. Из-за её уничтожения мы ещё больше способствуем росту аллергии, – сказала И. Захарова.

У каждого ребёнка свой сценарий пищевой аллергии: у кого-то рефлюкс и кровь в стуле, у кого-то рефлюкс и диарея, у кого-то реф-

### Правильное питание первично

Кто должен лечить младенца с пищевой аллергией? Аллерголог, дерматолог или педиатр? Педиатр, считает заведующая кафедрой педиатрии РМАПО, главный педиатр Центрального федерального округа, профессор Ирина

### Проблемы и решения

# УЧИТЬСЯ И УЧИТЬСЯ!

## или Как избежать ошибок в лечении детей



Здоровье ребёнка – в руках педиатра

месяцев (пенициллин незащищённый, цефалоспорины первого поколения), то это могут быть уже аминопенициллины с клавулановой кислотой.

Как сказал А. Заплатников, частая ошибка заключается в следующем: нам кажется, что если мы назначим амоксициллин с клавулановой кислотой, то он будет более мощно действовать. Да, если речь идёт о других возбудителях, например, стафилококке, гемофильной палочке и т.д.

По-иному педиатры должны относиться к макролидам. На сегодняшний день из-за их широкого, зачастую неоправданного применения пневмококк (самый частый возбудитель бактериальных инфекций) стал резистентным. В крупных городах, в частности Москве, Екатеринбурге, Ростове, Санкт-Петербурге, резистентность достигает 40%. Поэтому макролиды нужно назначать только тогда, когда речь идёт об аллергии на бета-лактамы препараты. Не надо игнорировать те возможности, которые являются альтернативой макролидам, подчёркивалось на конференции.

Что касается острых средних отитов, то большая часть из них вирусные (а не бактериальные) и не требует назначения антибиотиков.

Однако следует выделить категорию пациентов, у которых антибиотики при клинической картине острого среднего отита, не имея возможности верифицировать этиологию, могут быть оправданно назначены. Это – дети первых 6 месяцев жизни; дети первых 2 лет жизни, если имеется двухсто-

много достоинств, но и много недостатков. Исследование Генри Форда свидетельствует: дети, у которых применялись антибиотики в первые 6 месяцев жизни, в 2,5 раза чаще болеют астмой и в 2 раза чаще страдают от аллергии в возрасте 7 лет.

– Мы привыкли к тому, что антибиотики вызывают резистентность, но надо помнить, что и противовирусные препараты – тоже. Устойчивость вирусов встречается чаще, чем мы думаем, – отметила профессор Ирина Холодова.

Следовательно, нужно разумно подходить к назначению и антибиотиков и противовирусных препаратов, использовать альтернативу им, где это возможно, в виде, например, средств природного происхождения.

Значительное место на конференции было отведено вопросам лечения детей с бронхообструктивными заболеваниями. Как сказал А. Заплатников, в последнее десятилетие существенно изменилось отношение к терапевтическим возможностям, к стратегии наблюдения и оказания медицинской помощи детям с такой патологией.

Совсем недавно арсенал врача включал только 1-2 препарата, которые были официально разрешены для применения в детской практике, сейчас он расширен. Прорывом стала ингаляционная терапия. Применение её на ранних этапах развития бронхообструкции позволяет контролировать течение заболевания, уменьшить его тяжесть, прогрессирование и в большинстве случаев оставить этих детей под амбулаторным наблюдением.

Захарова. Потому что пищевая аллергия в этом возрасте, как правило, IgE-независимая. Её не надо диагностировать с помощью иммуноглобулина Е. В основном «работает» подбор питания.

– Назначили правильное питание, симптомы исчезли, значит, вы победитель, – акцентировала внимание докторов И. Захарова. – Должно наконец-то к педиатрам прийти понимание, что главной причиной аллергии у детей первых месяцев жизни является молочный белок.

Следовательно, единственным методом её лечения у детей, находящихся на грудном вскармливании, служит жёсткая диета матери. Главное – убрать все варианты молочных продуктов, в том числе сливочное масло.

– Коллеги, – обратилась профессор к присутствующим, – не уставляйте детализировать, рассказывать о том, что молоко даже в хлебобулочных изделиях может быть причиной аллергии.

Но диета должна быть разумной, обоснованной, а не глупой, как выразилась И. Захарова, когда исключают чуть ли не все группы продуктов.

Ещё 5 лет назад мам сажали на яблочные диеты. Проведённое специалистами Научного центра здоровья детей исследование показало, что сейчас немало детей с тяжелейшими проявлениями аллергии на яблоки. Стоит их убрать из рациона и можно порой получить отличный результат.

Гастроинтестинальные симптомы аллергии на белок коровьего молока длительно не распознаются из-за того, что существуют устаревшие понятия «дисбактериоз» и «лактазная недостаточность».

– Гастроинтестинальные проявления в нашей стране были гипертрофированы вследствие мифической лактазной недостаточности, – отметила И. Захарова. – Дети залечены безлактозными смесями. Потому что мы придумываем лактазную недостаточность. Она есть, но она вторична, и уходит сама по себе, как правило, после купирования основного заболевания. Но наши дети едят смеси на белке коровьего молока и при этом у них убрана только лактоза. Это дикость.

Изменения, свидетельствующие о поражении тонкой и толстой кишки, исчезнут на фоне правильной диеты. Гастроинтестинальные симптомы аллергии, за исключением запора, полностью купируются через 2 недели. Если кровь в стуле связана с аллергией у младенца, она исчезнет в течение первых 2-3 дней. При этом особое внимание стоит обратить на детей, находящихся на грудном вскармливании, которые не получили витамина К в родильном доме, помнить, что поздняя геморрагическая болезнь новорождённого возможна.

Как уже отмечалось, порой доктора усиленно лечат дисбактериоз

люкс и запор, у кого-то колики... Есть дети, которые не прибавляют в весе. В Консенсусе по пищевой аллергии говорится «отработайте идею пищевой аллергии, если ребёнок необъяснимо не прибавляет массу».

Педиатры должны понимать, подчеркнула И. Захарова, что единственным методом лечения пациентов с пищевой аллергией является диетотерапия, которая служит и диетодиагностикой. Согласно действующим консенсусам, 90% детей с пищевой аллергией нуждаются в смесях на основе гидролизата белка, 10% – в аминокислотных смесях.

Почему-то Россия придумала 5 неправильных продуктов при аллергии, и педиатры их необоснованно назначают: безлактозное молоко, которое, по словам И. Захаровой, лётся в нашей стране рекой (его нигде в мире так много не используют), частично гидролизованные смеси (чуть-чуть лучше будет, но полностью не пройдёт), соевые смеси (никто в мире при аллергии не ест), кисломолочные (их при аллергии употреблять нельзя), смеси на основе козьего молока. (Это – наша беда. Во всём мире они позиционируются как интересные продукты для здорового ребёнка. Но Россия опять же идёт своим путём и использует смеси на основе козьего молока для ведения детей с пищевой аллергией.)

Ещё одна типичная ошибка – необоснованное назначение креона.

– Произошла прямо-таки сплошная креонизация. Мы просто залечили всех детей ферментами. Увидим изменения в кале и назначаем их. Не страшно ли вам, коллеги? В Европе панкреатические ферменты применяют лишь в трёх случаях: при муковисцидозе, синдроме Швахмана – Даймонда и панкреатите, – сказала И. Захарова, подчеркнув, что нужно жёстко исполнять консенсус, не назначать ненужных продуктов и медикаментов.

Возраст, когда пищевая аллергия проходит (или не проходит), у всех свой. По литературным данным, в среднем пищевая толерантность формируется около 2 лет. Но не меньше года надо плавно переходить с сильно гидролизованых смесей к менее гидролизованным. Есть дети, которые и в 5-6 лет вынуждены есть продукты, не содержащие белок коровьего молока, особенно в случаях наследственной аллергии.

Следует отметить, что в ходе конференции затрагивались вопросы не только аллергии, пульмонологии, оториноларингологии, но и нефрологии, неврологии, ревматологии. Рассматривались ситуации, с которыми педиатры амбулаторного звена сталкиваются в каждодневной практике.

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».  
Фото автора.

## Методология без методов

По сути, программа фаст-трэк не таит в себе ничего революционного. Это даже не методология, потому что не подразумевает внедрения новых технологий и специальной покупки нового оборудования. Правильнее назвать фаст-трэк идеологией, потому что её последователи просто взяли из уже имеющегося опыта хирургии и анестезиологии-реаниматологии то, что работает и действительно приводит к оптимизации лечения больных, а всё, что не работает, исключили.

Смысл концепции ускоренного восстановления – улучшить качество лечения пациента и за счёт этого сократить срок его госпитализации. А главная её особенность – мультидисциплинарность.

– Мы перестали выяснять, кто самый главный в процессе лечения хирургического больного – хирург или анестезиолог-реаниматолог. Ответ на вопрос, кто важнее, очень прост: команда, – говорит профессор Пасечник.

Согласно принципам фаст-трэк, лечение хирургического больного начинается на догоспитальном этапе. Если раньше пациент, которому планируется оперативное лечение, проходил комплекс диагностических мероприятий, уже находясь в стационаре, то, согласно идеологии фаст-трэк, это делается на поликлиническом уровне. Здесь пациента консультируют и терапевт, и хирург, и анестезиолог-реаниматолог, которые вместе определяют программу подготовки больного к операции. В разных ситуациях это может быть необходимость поднять уровень гемоглобина, скорректировать артериальное давление, привести к норме нутритивный статус и т.д.

Клинически доказано, что данные превентивные меры позволяют снизить вероятность послеоперационных осложнений. А коль скоро человек проходит предоперационное обследование в условиях поликлиники, и собственно подготовку к операции – в комфортных домашних условиях, он меньше подвергается риску заражения нозокомиальной инфекцией.

Обязательная компонента фаст-трэка – участие пациента не в роли объекта, а в роли субъекта лечебного процесса. Игорь Пасечник подчёркивает: «Наша задача – в доступной форме объяснить человеку, почему важен тот самый поликлинический этап предоперационной подготовки и в чём минусы длительной госпитализации (ломаем стереотип «лечиться – значит лежать в больнице»), каким будет обезболивание во время операции и что должен будет делать сам пациент, чтобы ограничения после операции были непродолжительными».

Поскольку человек уже подготовлен к хирургическому вмешательству, он госпитализируется в стационар либо в день, либо накануне операции. Превентивная психологическая подготовка, которая проведена на поликлиническом этапе, позволяет изменить характер премедикации перед операцией, то есть не назначать боль-

Возможно, не все знают, что популярная сегодня в мире идея ускоренного восстановления пациента после хирургических вмешательств имеет российские корни. В своё время наш великий соотечественник – хирург Сергей Юдин практиковал раннее кормление больных после операций на желудочно-кишечном тракте, стимулируя тем самым, по его мнению, процесс реабилитации. Однако в развёрнутом виде концепция Fast Track Surgery (фаст-трэк, т.е. быстрый путь в хирургии) появилась только через полвека, в конце 90-х годов, и автором данной идеологии принято считать датского хирурга профессора Хендрика Кехлета (Hendrik Kehlet).

Прошло ещё полтора десятка лет, и наконец после того, как безопасность и эффективность данной концепции получила подтверждение статистическими методами доказательной медицины, и после того, как фаст-трэк занял прочное место

в здравоохранении США и большинства западных стран, ускоренная реабилитация начала практиковаться в России.

К настоящему времени создано российское научно-хирургическое общество специалистов фаст-трэк, разработаны и утверждены Национальные клинические рекомендации по внедрению программы ускоренного восстановления пациентов после плановых хирургических вмешательств на ободочной кишке. Уже есть опыт успешного применения в российских клиниках подходов фаст-трэк не только в абдоминальной хирургии, но и в оперативной гинекологии, урологии, травматологии-ортопедии.

О сути идеи ускоренного восстановления обозревателю «МГ» Елене БУШ рассказал заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, доктор медицинских наук, профессор Игорь ПАСЕЧНИК.

## Авторитетное мнение

# «Холод, голод и покой» отменяются!

## Эффективная хирургическая помощь выходит за рамки операционной



ному психотропные препараты, которые вызывают вялость и сонливость. В совокупности с современными препаратами для анестезии это даёт возможность уже с первых часов после операции начать реабилитацию.

Что касается собственно операции, естественно, нужно стараться использовать малотравматичные методы, а именно эндовидеохирургию, которая незначительно повреждает брюшную стенку и в меньшей степени вызывает операционный стресс. В плане оптимальной анестезии, по словам профессора Пасечника, идеология фаст-трэк предполагает применение короткодействующих, хорошо управляемых препаратов, благодаря чему пациент быстрее выходит из наркоза. Кроме того, следует реже использовать до операции и в послеоперационном периоде опиоидные анальгетики, поскольку эти препараты обладают массой нежелательных побочных эффектов, а именно вызывают парезы желудочно-кишечного тракта, рвоту, что препятствует полноценному питанию больного. Также по-

сле них пациенты длительное время находятся в состоянии депрессии, что тормозит процесс реабилитации.

– Теперь о послеоперационном периоде. Все прекрасно знают о триаде «холод, голод и покой», которая долгое время считалась правилом для послеоперационного восстановления пациента. Но когда были проведены специальные масштабные исследования на больших когортах больных, оказалось, что холод увеличивает количество послеоперационных осложнений, голод увеличивает смертность, а по-

кой увеличивает количество тромбоэмболических осложнений. Поэтому в программе ускоренного восстановления мы отказываемся от этой триады, – продолжает мой собеседник.

После многих видов операций можно разрешать пациенту пить воду и принимать пищу сразу после выхода из постнаркозного состояния, тем самым у него быстрее восстанавливается мышечная сила. Изменились и взгляды на физическую активность: прежде хирург не разрешал пациенту вставать и ходить в течение 2-3 дней из опасения, что разойдутся швы. И сам пациент тоже этого боялся, поэтому смиренно выполнял рекомендации доктора. Сейчас доказано: если всё сделано хорошо, пациент может уже в первые часы после операции садиться в постели, пить воду и не чувствовать собственной беспомощности.

Очень важный аспект ранней послеоперационной реабилитации: чем раньше пациент начинает двигаться, тем меньше у него риск тромбоэмболии лёгочной артерии. Если к тому же практиковать новые под-

ходы к профилактике тромботических осложнений – после протезирования крупных суставов не парентерально вводить антикоагулянты, а использовать таблетированные препараты, то пациент сможет принимать их дома. Соответственно, можно раньше выписать его из стационара под патронаж врачей поликлиники. Чем не элемент ускоренной реабилитации?

Как уже сказано, одно из положений идеологии фаст-трэк – минимизация срока госпитализации. Прежде всего, это в интересах больного – защита его от внутрибольничной инфекции. А все перечисленные выше правила предоперационной подготовки и ранней послеоперационной реабилитации как раз обеспечивают возможность сократить длительность койко-дня.

## Новации без инвестиций

Нельзя сказать, что идеология фаст-трэк пробивается в отечественную медицину без труда. И не потому, что её внедрение требует дополнительных финансовых затрат: никаких денежных вложений она не предусматривает, только организационные решения. Но, как это нередко бывает, оказалось, что проще вложить в проект деньги, чем приложить усилия. В частности, организовать предоперационное консультирование пациента анестезиологом в поликлинике. Научиться разъяснять пациенту его участие в программе фаст-трэк в то время, как человек нацелился «полежать в больнице».

– Нужна перестройка и в умах пациентов, и в психологии врача, потому что многие из наших коллег всю жизнь совершают одни и те же ошибки, высокопарно называя их личным опытом. Доказательная медицина позволяет нам отказаться от многих догм, которые мы считали истиной, – убеждён И.Пасечник.

Итак, концепция ускоренного восстановления не посягает на бюджет лечебных учреждений. Напротив, она экономит финансы. За счёт внедрения

фаст-трэк можно сократить стоимость работы операционной, которая складывается из затрат на наркоз, цены расходного материала, трудозатрат хирургической бригады, амортизации оборудования. К примеру, если проводить оптимальное обезболивание, то есть управлять этапами анестезии, можно создать более комфортные условия для хирурга, и он быстрее выполнит операцию, а анестезиолог затем быстрее выведет пациента из наркоза.

В качестве аргумента приводятся данные зарубежных исследований. Стоимость одной минуты работы операционной в госпитале США – 66 долл., соответственно, сокращение длительности анестезии и операции всего на 10 минут уже приносит существенный экономический эффект. Кроме того, экономический эффект для здравоохранения обеспечивают сокращение длительности койко-дня и уменьшение количества случаев послеоперационных осложнений.

– В России пока подобные фармако-экономические исследования не проводились, но, думаю, их результаты будут аналогичны. Фаст трэк позволяет нам одновременно повысить качество медицинской помощи и лечить большее число пациентов, то есть за счёт увеличения оборота койки зарабатывать больше денег. Соответственно, и российская система ОМС, и каждый главный врач должны быть заинтересованы в том, чтобы идеология ускоренного восстановления как можно активнее внедрялась в практику хирургических стационаров, а существующие тарифы на виды медицинской помощи, жёстко привязанные к койко-дню, как можно скорее были пересмотрены, – резюмирует профессор Пасечник.

Кстати, в условиях реформы российского здравоохранения, которая сопровождается оптимизацией коечного фонда стационаров и повышением роли амбулаторно-поликлинического звена, концепция «быстрого пути в хирургии» – именно то, что нужно, и если бы её не было, следовало бы придумать нечто подобное.

«Талидомидовая трагедия», случившаяся в начале 60-х годов прошлого столетия, когда в результате применения препарата с одноимённым названием было зафиксировано около 12 тыс. случаев развития тяжёлых врождённых аномалий у новорождённых, стала отправной точкой для построения современной модели фармаконадзора (pharmacovigilance) – системы выявления, оценки и предупреждения нежелательных реакций (НР) при лекарственной терапии.

### «Жёлтые карты»

Сегодня, с увеличением роли орфанных и биотехнологических препаратов, нерациональным использованием лекарств, полипрагмазией, ростом числа медицинских ошибок, фармаконадзор становится всё более значимым элементом системы контроля качества лекарственных средств. В частности об этом говорили в ходе семинара «Мониторинг безопасности лекарственных препаратов», организованного Центром мониторинга и клинико-экономической экспертизы Росздравнадзора. В мероприятии приняли участие врачи и организаторы здравоохранения из 49 регионов страны.

Применение лекарственного препарата в медицинской практике возможно только в том случае, если его польза превышает возможные риски. Именно эта аксиома была положена в основу концепции фармаконадзора. «Талидомидовая трагедия показала колоссальный дефект того времени – неспособность регуляторов быстро реагировать на редкие нежелательные реакции лекарственных препаратов», – отметил заместитель начальника Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Сергей Глаголев.

Это драматическое событие послужило мощным толчком к развитию фармаконадзора в мире. Именно тогда родилась идея о создании так называемых готовых бланков – извещений о НР лекарственных средств. Первые «жёлтые карты» (по цвету бланка-извещения) стали прообразом современной системы мониторинга безопасности ЛС. Позднее был введен электронный учёт информации о нежелательных реакциях ЛС. Информация о зарегистрированных случаях НР передаётся национальными центрами в Центр сотрудничества ВОЗ по международному мониторингу лекарств (Швеция). В программе участвуют 130 стран, и на сегодняшний день это самая полная база данных об осложнениях лекарственной терапии.

Важным принципом фармаконадзора является изучение безопасности лекарственного препарата в процессе всего его «жизненного цикла», начиная с лабораторного тестирования, доклинических исследований на животных, пре- и регистрационных клинических исследований (КИ) и заканчивая



Сергей Глаголев

его словам, применение «нишевых» лекарств, которые используются при лечении орфанных заболеваний и других специфических нозологий, невозможно без совместной работы производителей и специалистов здравоохранения в рамках программ управления рисками, а именно – минимизации случаев возникновения НР, и в случае, если они уже возникли, оперативной терапии их последствий.

– Процесс обеспечения безопасности применения лекарственного препарата так же важен,

вестная НР или новая информация об уже известной реакции. То есть сообщающий не должен решать, точно ли подозреваемый препарат вызвал данную НР, необходимо лишь предполагать наличие хотя бы минимальной причинно-следственной связи «лекарственный препарат – нежелательная реакция». Эксперт особо подчеркнул, что спонтанное сообщение о НР при применении лекарственного препарата не может быть основанием для наказания и преследования врача.

Анализируя основные законодательные новеллы, С.Глаголев отметил, что в первую очередь были изменены требования к спонтанной отчётности. Теперь участники рынка должны сообщать в Росздравнадзор не только о серьёзных и непредвиденных НР, но также об

внутренние документы, регламентирующие осуществление фармаконадзора. Прежде всего, это инструкции (стандартные операционные процедуры) по выявлению и сбору информации о НР. Все «сигналы» о НР передаются практикующими врачами уполномоченному по фармаконадзору (УПФ). Основной задачей этого специалиста является систематизация и анализ полученной информации и предоставление её в регуляторные органы.

Сообщения должны направляться в срок не позднее 15 календарных дней с того момента, как стала известна соответствующая информация о развитии НР на лекарственный препарат. О летальных НР необходимо «сигнализировать» в срок до 3 календарных дней. Сведения о случаях индивидуаль-

### Деловые встречи

# Неокончателный вердикт

## Безопасность лекарственного препарата должна изучаться на всех этапах его «жизни» на рынке

всем периодом его обращения на рынке. «Одно только официальное разрешение на применение лекарственного средства не является гарантией его безопасности. Громкое число препаратов сходят с дистанции в первые несколько лет после вывода на рынок», – констатировал С.Глаголев.

### Сигналы безопасности

Ландшафт фармацевтического рынка меняется, всё большее применение получают биопрепараты, таргетно воздействующие на клетку-мишень. Но это очень большие молекулы со сложной структурой и для таких препаратов соотношение пользы – риска несколько иное, чем для лекарств, применяемых в широкой клинической практике.

Биопрепараты (моноклональные антитела, иммуномодуляторы и др.) в силу своей специфичности способны на побочные реакции, значительно более сильные и тяжёлые, чем те, которые возникают при применении химических лекарственных средств. Для этой категории препаратов крайне важно оперативно выявлять начало проявления нежелательной реакции, а также на начальном этапе терапии отсеивать тех пациентов, которые имеют высокий риск их возникновения, подчеркнул эксперт. По

как и процесс его разработки, – подчеркнул С.Глаголев. – Государственная регистрация лекарственных препаратов носит всё более условный характер. Это уже не «индугенция» на применение, а разрешение продолжать его изучение в пострегистрационный период.

Отечественная система фармаконадзора долгое время опиралась на спонтанные сообщения (положение о необходимости сообщать регуляторным органам о НР существует с 1998 г.). С принятием Федерального закона № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» это требование было детализовано, кроме того, была установлена ответственность за несообщение информации о НР ЛС. В конце 2014 г. в статью 64 ФЗ-61 внесены поправки, устанавливающие новые требования к системе фармаконадзора, в частности по сбору и анализу информации о НР на лекарственные препараты при предоставлении сведений в Росздравнадзор.

Главная задача метода спонтанных сообщений – выявление сигнала безопасности. Термин «сигнал» в фармаконадзоре определяется как информация о возможной причинно-следственной связи между НР и приёмом ЛС, о которой ранее не было известно или сведения были недостаточно информативными. Сигналом может быть ещё неиз-

их индивидуальной непереносимости, отсутствии эффективности и «иных фактах и обстоятельствах, представляющих угрозу жизни и здоровью человека», как в России, так и в других странах, где данный препарат находится в обращении.

Кроме того, в закон внесено ещё одно важное уточнение, согласно которому Росздравнадзор вправе рекомендовать Минздраву России приостановить обращение лекарственного препарата в тех случаях, когда держатель регистрационного удостоверения не обеспечивает его безопасность.

### Один за всех

Как сообщил С.Глаголев, ведомством разработан проект приказа «Об утверждении порядка осуществления фармаконадзора», в котором детализируются требования по данному виду деятельности, предъявляемые к медицинским организациям, держателям регистрационных удостоверений и организациям, проводящим клинические исследования. Основные положения приказа гармонизированы с документами Международной конференции по гармонизации (ICH) и требованиями Евразийского экономического союза.

Согласно приказу, медицинские организации должны разработать

ной непереносимости, явившихся основанием для выписки ЛП по торговому наименованию в рамках программ льготного лекарственного обеспечения, рекомендовано представлять в течение 5 рабочих дней с даты выписки соответствующего ЛП.

Однако активность специалистов здравоохранения по информированию регуляторных органов о НР всё ещё остаётся на низком уровне. Если обратиться к международному опыту, в регуляторные органы сообщается о 4-10% выявленных НР. Прежде всего, как полагает С.Глаголев, это обусловлено незнанием специалистами здравоохранения механизмов информирования о НР.

– В подавляющем большинстве российские врачи не имеют достаточных знаний о системе лекарственной безопасности и структуре фармаконадзора. Они не знают, куда и как надо сообщать о выявленных нежелательных реакциях на лекарственные препараты, – подчеркнул эксперт. – Сегодня ведущим звеном фармаконадзора в России остаются клинические фармакологи. Однако таких специалистов крайне мало, они перегружены работой и не справляются с этой деятельностью.

Ирина СТЕПАНОВА,  
корр. «МГ».

### Акценты

70% россиян ощутили повышение цен на лекарства за последние 4 месяца. При этом почти половина – 49% российских покупателей безрецептурных лекарств заявили, что стали чаще игнорировать предписания врачей, если цены на рекомендованные ими препараты оказались слишком высокими.

Такие данные в своём исследовании «Российский покупатель безрецептурных препаратов в новых экономических условиях» представила компания Nielsen. Исследование проводилось в мае 2016 г., в нём приняли участие 200 фармацевтов и 1000 респондентов – покупателей лекарственных препаратов в городах России с населением свыше 1 млн человек.

# Главное – цена препарата

По сравнению с сентябрём 2015 г. показатель потребителей с таким поведением вырос на 4%. При этом 63% россиян (+2% к сентябрю 2015 г.), приходя в аптеку, спрашивают о более дешёвых аналогах, что подтверждают 93% (+5%) фармацевтов. Для производителей исследования, влияние кризиса на стратегию покупателей в аптеках очевидно: 96% заявили, что покупатели чаще интересуются ценами, и 91% «полностью» и «частично» согласились с тем, что россияне стали более экономными.

Если покупатель недоволен указанной ценой на лекарство, самая популярная стратегия, по мнению фармацевтов, заключается в выборе более дешёвого аналога – к ней прибегают 83% (+11% к сентябрю 2015 г.). Доля тех, кто всё равно приобретает данный препарат или уходит из аптеки без покупки, крайне мала, отмечают авторы исследования.

Рост цен на безрецептурные лекарства продолжает быть ощутимым для большинства покупателей (в мае 2016 г. 70% заметили повышение цен за последние 4 месяца), утверждают аналитики Nielsen.

Рост покупатели оценивают в среднем на 54% (+6% к сентябрю 2015 г.) на импортные препараты и на 50% (+12%) на производимые в России. 52% респондентов говорят, что стали приобретать отечественные лекарства вместо импортных. Сократить свои расходы на лекарства стараются 49% российских покупателей. При этом главной стратегией (91%) остаётся выбор аптек с низкими ценами; выгода, предоставляемая картами лояльности аптек, и поиск промоакций не так актуальны для покупателей безрецептурных препаратов. – Рост цен на лекарства бес-

покоит россиян не меньше, чем повышение стоимости продуктов питания и услуг ЖКХ. Вместе с тем сокращение расходов на лекарственные препараты не самая популярная стратегия экономии: лишь один из пяти покупателей в России говорит о том, что стал экономить на лекарствах в связи с кризисом, – комментирует Екатерина Петрова, руководитель группы исследования покупателей Nielsen Россия.

Анна КРАСАВИНА.

По информации gmpnews.ru

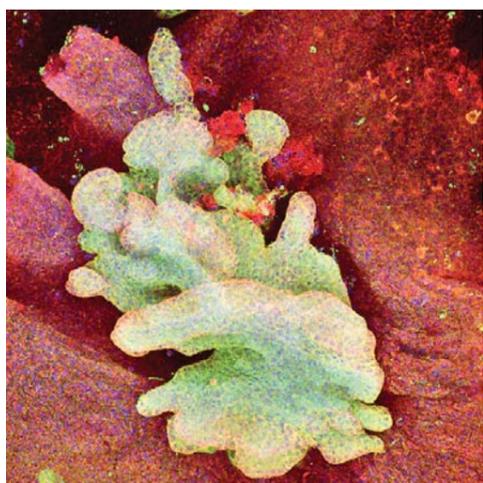
Исследования

# Рак 3D

В калифорнийском Институте Солка для слежения за нарождающимися в мозгу нейронами в черепе мыши сделали окошко, прикрытое прозрачной пластинкой. Нервные стволовые клетки и предшественники нейронов сидят в отвечающем за память гиппокампе. А в Йеле у зародышей аквариумной рыбки увидели, что нервные клетки мозга появляются через 48 часов после оплодотворения икринок. Большую роль в этом процессе играет одна из микроРНК (miR), которых в клетках насчитывается до 2 тыс. Интересно, что нейроны поначалу образуются довольно много, они активно двигаются и дают ветвящиеся отростки, а затем указанная РНК начинает их «отсев». Выключение её гена привело к резкому увеличению нервных

клеток и их предшественников. Нечто подобное наблюдается на ранних стадиях болезни Альцгеймера с её нарушениями памяти. В Институте Солка подтвердили избыточность нейрогенеза, показав, что выключение одного из генов эмбрионального развития также приводит к увеличению числа народившихся нейронов и ветвлению их отростков. Более 10 лет назад было открыто, что мышата после выключения этого гена рождаются с мозгом в 2-3 больше обычного. А в журнале *Neuron* описана ещё одна miR, которая хорошо известна молекулярным онкологам, изучающим метастазирование. Эта РНК регулирует уровни других miR, оказывая тем самым действие на движение нервных предшественников и их ветвление.

Клеточное развитие – это прежде всего взаимодействие структурных и ферментативных белков. «Внедрение» вирусов нарушает и изменяет это взаимодействие, перенаправляя его на свою репродукцию. Слизистая называется так по наличию в ней одноклеточных слизистых железок-«аден», которые инфицируются аденовирусами (широко используемыми для переноса генов в нейроны, например AAV – Adeno-Associated Virus). Сотрудники Пенсильванского университета в Филадельфии показали, что один из белков аденовируса способен замещать протеин белковых «шпудлек»-нуклеосом, на которые навита хромосомная ДНК. Тем самым открыт механизм молекулярного паразитизма, который используется некоторыми вирусами для раковой трансформации клеток. Nature описал действие нового противоопухолевого «кандидата», полученного бостонской фармкомпанией, который в культуре успешно подавляет ферментативный сигнал к делению раковых клеток.



Клон раковых клеток (зелёные) на фоне нормальных клеток кожи (красные)

Интересно, что вещество вмешивается в молекулярный каскад, начинающийся с действия внеклеточного белка, рецептируемого белками оболочки. Рецепторы передают сигнал в цитоплазму, в результате чего он достигает ДНК митохондрий и ядра. В том же Пенсильванском университете показали, что митохондрии при гипоксии, что характерно для бурно делящихся стволовых и раковых клеток, посылают собственный сигнал. Он активирует белок кальцинейрин, открытый поначалу в нервных клетках, откуда и его название. Последний активирует в ядре более сотни генов, и в частности белка p53, считающегося «охранителем» генома и протеином-защитником от раковой трансформации вследствие ДНК-повреждения. Так в цитоплазме происходит «перекрёст» сигналов и путей нервного и ракового развития. Недаром Nature поместил

статью сотрудников Кёльнского и Гарвардского университетов, в которой говорится об участии одной из miR в возникновении нейробластомы – опухоли мозга у детей. К сожалению, пришлось остановить клинические испытания терапии, направленной на лечение острой лейкемии с помощью ГМ-лимфоцитов, несущих рецепторы раковых антигенов (CAR – Chimeric Antigen Receptors). Лимфоциты с такими рецепторами активнее атакуют злокачественные клетки, но после добавления химиотерапевтика флюдарабина (Fludarabine) 3 пациента моложе 25 лет погибли от отёка мозга. Статья с описанием результатов испытаний появилась в Science. А в приложении Nature специалисты Корнеллского университета в Итаке, штат Нью-Йорк, описали получение 3D-модели колоректального рака, развитие которого в течение недели проходит путь до инвазивного роста.

Хочется надеяться, что «прорубленное» в мозг окно позволит учёным быстрее разобраться в хитросплетениях протеиновых взаимодействий, связывающих воедино то, что ещё недавно называли клеточной физиологией.

Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук. По материалам Nature.

Взгляд

# Мифы: полезны ли упражнения для пресса?

Многие из нас считают подъём туловища из положения лёжа лучшим способом добиться идеального пресса. Так ли это на самом деле, и могут ли эти упражнения нанести вред.

Учёные сомневаются не только в эффективности, но и в полезности такого подъёма туловища. Помогает ли это упражнение получить заветные «кубики»? А может, плоский живот – это результат правильного питания и физической активности в целом?

Анализ всех исследований на тему упражнений для пресса показывает, что они помогают повысить гибкость и мышечную силу. У собак, например, сгибание мышц спины способствует снабжению дисков позвоночника питательными веществами и сохранению его подвижности, как выяснил автор одной из работ.

В штате Иллинойс несколько лет назад было проведено небольшое рандомизированное контролируемое исследование. Одна группа участников ежедневно выполняла упражнения на пресс, в то время как остальные счастливицы не делали ничего. По прошествии 6 недель исследователи провели тщательные измерения и не

выявили каких-либо перемен в окружности талии и количестве жировых отложений в области живота.

Подъём туловища из положения лёжа часто входит в программу тренировок спортсменов – считается, что так можно повысить устойчивость корпуса. Однако исследователь Томас Нессер из Государственного университета штата Индиана уверен, что устойчивость корпуса не является залогом лучших спортивных достижений.

Но оставим в стороне вопрос о том, помогает ли подъём туловища достичь хорошей физической формы. А выясним, может ли это упражнение привести к нежелательным последствиям вроде боли в спине?

Стюарт Макгилл, профессор биомеханики позвоночника из Университета Ватерлоо в Канаде, исследует упражнения на пресс уже много лет. Он убеждён, что традиционные подъёмы туловища из положения лёжа могут быть вредны для здоровья. В своей лаборатории биомеханики он провёл десятки экспериментов с использованием свиных туш. Их сгибали, имитируя движения человека, качающего пресс. После много-

часовой «тренировки» на дисках позвоночника обнаруживались деформации в области сгибания. Если бы в позвоночнике человека происходили те же процессы, это привело бы к защемлению нервов, болям в спине и даже межпозвоночной грыже. Для эксперимента были выбраны именно свиньи, так как по сравнению с другими животными строение их позвоночника наиболее схоже с человеческим. Тем не менее нельзя не согласиться с критиками исследований Макгилла – они заявляют, что между человеком и свиньей слишком много различий, чтобы воспринимать полученные результаты всерьёз.

К тому же, во время экспериментов позвоночник свиньи сгибали тысячи раз подряд. А люди даже во время самых жёстких тренировок обычно делают перерывы.

Риск повредить позвоночник присутствует, если делать упражнения на пресс часами. Но вряд ли обычные подходы из 15 повторений способны нанести существенный вред. Но тем не менее травмы исключить нельзя. Исследование 2005 г. с участием американских военных на базе Форт-Брегг показало, что 56% всех травм во время армейских тестов на физическую

Случай

39-летний гражданин Бельгии просит дать ему разрешение на эвтаназию. Мужчина объясняет своё желание тем, что он гомосексуалист и практически в течение всей жизни вынужден жить с чувством постоянного стыда. Он отмечает, что является узником в своём собственном теле и постоянно страдает.

# Узник в своём теле

Разрешение на эвтаназию может быть получено лишь после того, как три врача дадут заключение о том, что пациент испытывает постоянные физические или душевные страдания. Известно, что в 2013 г. разрешение на эвтаназию было получено 44-летним мужчиной, ставшим жертвой неудачной операции по смене пола. Он родился женщиной и перенёс трансгендерную операцию. Несмотря на это, он испытывал невыносимые психологические страдания и был вынужден просить об эвтаназии.

Количество молодых людей и людей средних лет, желающих уйти из жизни при помощи эвтаназии, в последние годы увеличивается. Сейчас всё чаще об эвтаназии про-

сят те, кто испытывает невыносимые страдания из-за неизлечимой депрессии.

Резонансным стал случай 2014 г., также произошедший в Бельгии. В Европейский суд по правам человека обратился Том Мортье, который обвинил бельгийских медиков в том, что его матери, с 19 лет страдавшей клинической депрессией, было выдано разрешение на эвтаназию и сделана смертельная инъекция. Врачи не обсуждали с семьёй решение пациентки, а родственники узнали о её решении уже после того, как эвтаназия была проведена.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации telegraph.co.uk

Решения

# Со свойственным прагматизмом

Законодательство Германии позволяет фармацевтическим компаниям продавать свои инновационные лекарственные препараты по свободной цене в течение года после их регистрации на немецком рынке.

Таким образом правительство поощряет скорейшее внедрение самых современных лекарственных средств. Однако расходы государства на лекарственное обеспечение граждан выросли на 19,7% за последние 4 года и достигли 202 млрд евро. Теперь правительство задумалось об ограничении расходов и цен.

«Сейчас мы контролируем ситуацию, в краткосрочной перспективе. Но повышение цен на лекарства и старение населения Германии означает, что система неэффективна

в долгосрочной перспективе», – сообщил глава арбитражного органа, взаимодействующего со страховщиками и фармацевтическими компаниями Юрген Вазем.

Согласно действующей сейчас системе, в стране нет ограничений на цены препаратов, предоставляемых по страховке в течение первого года после их регистрации на рынке.

По новым правилам предполагается, что немецкие страховые компании (так называемые больничные кассы) смогут требовать у фармкомпаний скидку на инновационное лекарство, когда прибыль от продаж препарата превысит 250 млн евро.

Пётр КРАСИН.

По материалам The Wall Street Journal.

подготовку солдаты получили, качая пресс.

Как же накачать пресс без ущерба для здоровья?

Как оказалось, одинаковые упражнения для пресса могут по-разному влиять на разных людей. Кто-то может в течение многих лет делать по 30 повторений в день, а для кого-то это просто невозможно или очень трудно. Это может зависеть и от генов. Согласно одному исследованию, большинство проблем вызывает не интенсивность тренировок, а генетические факторы, отвечающие за три четверти случаев возникновения боли в спине во время упражнений на пресс.

В ходе исследования под названием The Twin Spine («Позвоночник близнецов») учёные наблюдали за несколькими парами близнецов в Финляндии, Канаде и США начиная с 1991 г. Они обнаружили, что склонность к повреждению межпозвоночных дисков во многом обусловлена генетикой. Даже если у одного из близнецов была работа, связанная с подъёмом тяжестей, а у другого сидячая, частота возникновения проблем со спиной у них была примерно одинаковой. Итак, упражнения на пресс могут вызывать боль в спине,

но не у всех. И это хороший повод отказаться от них.

Но как же тогда накачать пресс без ущерба для здоровья?

Профессор Стюарт Макгилл рекомендует во время упражнений подкладывать руки под нижнюю часть спины, чтобы снизить нагрузку на неё. Так же рекомендует подкладывать руки под нижнюю часть спины, чтобы снизить нагрузку на неё. Так же рекомендует качать пресс после многочасового сидения за компьютером. И мало пользы принесут упражнения, сделанные сразу после подъёма с постели.

В своём обзоре исследований на тему упражнений на пресс Брет Контрерас из Оклендского технологического университета рекомендует ограничиться 60 подъёмами туловища за один подход. По его мнению, лучше начать с 15 повторений и постепенно увеличивать их количество.

И, наконец, следует учитывать, что риск получения травмы увеличивается, если вы выполняете упражнения сразу после того, как провели много времени лёжа или сидя. Поэтому не стоит бросаться качать пресс после многочасового сидения за компьютером. И мало пользы принесут упражнения, сделанные сразу после подъёма с постели.

Юлия КАРУС.

По материалам BBC Future.

## Дословно

О СПИДе  
в Австралии и у нас

Властям Австралии удалось победить СПИД, а элиминация ВИЧ в стране может произойти к 2020 г. Об этом говорится в бюллетене, выпущенном в преддверии 21-й Международной конференции по СПИДу, сообщает Science.

Ежегодно в Австралии ВИЧ-инфекция диагностируется у тысячи пациентов, однако благодаря доступу к современным высокоэффективным антиретровирусным препаратам, СПИД развивается у минимального количества пациентов.

Учёные подчёркивают, что, несмотря на прекращение эпидемии СПИДа, справиться с эпидемией ВИЧ пока не удаётся. Хотя принимаются меры по борьбе с распространением вируса, очень много людей заражаются ВИЧ. Причём узнают об этом после развития заболеваний, связанных с вирусом.

В России, в отличие от Австралии, ситуация усложняется. Так, по словам главы Роспотребнадзора Анны Поповой, особенно распространён ВИЧ среди мужчин от 30 до 39 лет, где поражённость выше в 5 раз, чем в целом по популяции.

В то же время регионы недополучили в этом году денег на закупку препаратов против ВИЧ. Федеральные власти сокращают финансирование, выделенное субъектам РФ на закупку препаратов для лечения заболевания. Как пишет «Коммерсантъ» со ссылкой на источники в медицинских кругах, сокращение составило 10-30%, из-за чего местные власти вынуждены сворачивать уже анонсированные аукционы по закупке препаратов.

Как заявили источники издания



Борьба с эпидемией ВИЧ продолжается

в регионах, федеральное министерство уведомило о частичном замораживании трансфертов, при этом деньги поступают несвоевременно. Так, в Пермском крае было заморожено около 10% средств на закупки: уменьшение произошло с 605 млн до примерно 544 млн руб. Специалисты отмечают, что даже если осенью и направят недостающие средства, высока вероятность, что закупки до конца года провести уже не успеют.

Согласно выводам Международной коалиции по готовности к лечению, запланированное на 2016 г. финансирование закупок препаратов для лечения ВИЧ уже сокращено более чем на 44 млн руб. по сравнению с 2015 г.: в Татарстане – на 27%, Красноярском крае – на 20%, Московской области – на 12%, Челябинской области – на 16%, Алтайском крае – на 15%, Иркутской области – на 5%.

По словам главы Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом Вадима Покровского, финансирование закупок антиретровирусных препаратов в 2016 г. должно было составить более 20 млрд руб.

Согласно данным Федерального центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в России в настоящее время 1,3 млн ВИЧ-инфицированных. В Минздраве России отмечают, что охват лечением составляет 37% от стоящих на диспансерном учёте.

Источник в Правительстве РФ, знакомый с ситуацией, сообщил, что причиной сокращения финансирования является секвестирование расходов Министерством финансов.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

## Однако

США стали быстро растущим рынком для несанкционированного «лечения» стволовыми клетками любого недуга – от несовершенств фигуры до болезни Альцгеймера.

клетками, ни отчётов о предыдущих исследовательских испытаниях.

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) планирует принять ре-

Несанкционированное  
«лечение»

Согласно исследованию, по меньшей мере 351 компания в США проводит запрещённые процедуры лечения стволовыми клетками в 570 клиниках страны.

Большинство таких предприятий обещают лечение широкого спектра заболеваний и травм, иногда в списке до 30-40 позиций, включая спортивные травмы, повреждения спинного мозга, иммунопатологические заболевания, патологии лёгких и даже неврологические заболевания, такие как болезни Паркинсона и Альцгеймера.

Авторы исследования, профессора биотехники из Университета Миннесоты Ли Тёрнер и профессор Школы медицины US Davis в Сакраменто Пол Кнопфлер заявили, что компании с претензией на лечение бокового амиотрофического склероза (БАС) или болезни Паркинсона не имеют ни опытных сотрудников по работе со стволовыми

клетками, ни отчётов о предыдущих исследовательских испытаниях. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) планирует принять ре-

шительные меры в отношении таких клиник. Недавно был издан проект основных положений о том, что стволовые клетки должны пройти долгий процесс утверждения, прежде чем использоваться для лечения пациентов.

В заявлении FDA указывается на то, что «пациенты надеются на лечение, безопасность и эффективность которого ещё не доказана». Кроме того, они становятся уязвимыми клиентами компаний, которые используют запрещённое и потенциально опасное лечение стволовыми клетками.

Однако некоторые пациенты утверждают, что они должны иметь возможность использовать собственные стволовые клетки по своему усмотрению.

Олег СЕВЕРИН.

По материалам  
Cell Stem Cell.

## Идеи

Больше  
шансов на зрение

Сотрудники Университета Чикаго обещают, что новый метод заменит операцию по пересадке роговицы и сможет изменить жизнь людей с заболеванием глаз. Процедура будет дешевле и безопаснее хирургического вмешательства.

оболочкой. Благодаря данной процедуре 3 из 4 пациентов с синдромом Фукса снова стали нормально видеть.

У больных с синдромом Фукса в роговице накапливается жидкость из-за дисфункции клеток-насосов. Это приводит к ухудшению зрения. Если заболевание не лечить, человек может ослепнуть. Удаление из центра роговицы клеток, переставших выполнять свою функцию, позволяет здоровым клеткам занять их место. Жидкость начинает выводиться, и зрение постепенно восстанавливается.

Игорь САВЕЛЬЕВ.

По материалам  
The Times of India.

## Мнение

## Неожиданный способ

Специалисты из Университета Вандербильта утверждают: стимуляция определённой области головного мозга электрическим током в течение 20 минут помогает улучшить зрение примерно на 2 часа. Наиболее заметные улучшения наблюдались у добровольцев с самым плохим зрением.

Сначала учёные предложили 20 здоровым молодым людям с нормальным или почти нормальным зрением оценить положение двух одинаковых вертикальных линий относительно друг друга и спро-

силы, равными были эти линии или нет. Данный тест чувствительнее обычного теста для проверки остроты зрения.

Потом воздействовали на зрительную кору участников слабым электрическим током. Спустя 20 минут добровольцев попросили пройти тест ещё раз. Примерно у 75% отмечались существенные улучшения. В серии экспериментов варьировались интенсивность воздействия, направление тока и местоположение электродов. Третий эксперимент доказал, что электроды нужно размещать именно над зрительным центром.

Также специалистов интересовало, влияет ли стимуляция на скорость обработки визуальной информации, и может ли она повысить контрастную чувствительность (способность различать оттенки серого). Оказалось, чувствительность повышалась только при улучшении остроты зрения.

Наконец, добровольцы прошли стандартный тест для проверки зрения. Исследование показало, что участники смогли различать на одну-две буквы больше. При этом тем, кто видел хуже остальных, стимуляция помогла больше всего, а у людей с отличным зрением изменений почти не было.

Подготовил Кирилл ОРЛОВ.

По материалам Deccan Chronicle.

## Почему бы и нет?

## От работы и кони дохнут

Норвежские учёные из Университета Бергена попытались обнаружить взаимосвязь между трудоголизмом и некоторыми психическими расстройствами. Для этого они провели исследование, в котором приняли участие почти 16,5 тыс. человек.

Для того чтобы понять, является ли человек трудоголиком, учёные использовали специальный опросник. На каждый из входивших в него 7 вопросов участникам предлагалось ответить, выбрав цифру от 1 (никогда) до 5 (всегда).

Так, например, их спрашивали,

не влияет ли работа негативно на их здоровье, испытывают ли они стресс, когда кто-то отвлекает их от работы, либо отказываются ли они от хобби и отдыха, выбирая работу.

В том случае, если испытуемые, отвечая на большинство вопросов, выбирали 4 или 5, это позволяло считать их трудоголиками. Таких среди участников эксперимента было 7,8%.

Результаты исследования показали, что почти у трети участников были обнаружены симптомы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, у 25,6% – при-

знаки обсессивно-компульсивного расстройства, почти 34% отличались повышенной тревожностью, а у 8,9% были выявлены симптомы депрессии. Эти же показатели среди тех, кто не был трудоголиком, были гораздо ниже: так, депрессия была обнаружена лишь у 2,6% участников, а тревожность – у 12%.

Шу Андрессен поясняет, что необходимо и дальше изучать, как трудоголизм связан с различными неврологическими нарушениями.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации eurekaalert.org



Болезни великих

Жизнь французского поэта и художника Жермена Нуво (1851-1920) описала прихотливую траекторию, финишировав спустя 70 лет в точке своего давнего старта. Полагая, что оставляет Прованс навсегда, поэт возвратился, хотя и не в венке триумфатора, а с сумой нищего, в которой лежал циркуль, очертивший замкнутую линию его жизни, ведущую из Пурьера – в Пурьер. В своём пути Нуво миновал множество пунктов, но нигде он не задержался надолго.

По стопам Диогена

Ему не сиделось на одном месте. Он всё время куда-то уходил. От кого-то? Или куда-то?.. Он постоянно чего-то искал. Сначала оставил Прованс ради Парижа. Затем покинул Париж, пустившись в странствия, бродя по планете и порой забредая довольно далеко. Жермен Нуво исходил множество стран, побывав в Великобритании, Бельгии, Испании, Италии, Ливане, Алжире... Но умер он всё-таки в своём родном городке на юго-востоке Франции, словно никуда и никогда не отлучался из маленького провинциального Пурьера. Хотевший в детстве стать католическим священником, Нуво умер нищим на паперти городской церкви. Жизнь этого поэта стала реализацией нетривиального решения проблемы внутренних противоречий его натуры.

В 7-летнем возрасте он потерял мать, спустя 6 лет умерла его младшая сестра, вскоре умер от оспы отец. Будущий поэт и рисовальщик воспитывался дедом. Жермен Нуво учился в Экс-ан-Прованс и Марселе, собираясь стать католическим прелатом, но в итоге почему-то стал учителем рисования. Однако религиозная мистика всегда оставалась близкой ему.

Итак, в 20-летнем возрасте он уехал в Париж. Там поэт познакомился с С.Малларме, Ш.Кро, П.Верленом, А.Рембо, вместе с которым потом странствовал по Великобритании. С 1878 г. Нуво в течение некоторого недолгого времени жил оседло, служа по ведомству Министерства образования, преподавая рисование в Изере и Париже. В это время он много печатался как журналист, в том числе под многочисленными псевдонимами. Но в какой-то момент времени Нуво, словно протерев глаза, критически посмотрел на окружающую его реальность, и эта обстановка не пришлась ему по душе:

*«И вдруг прозрею я:  
на пире ни души нет!».*

# Чаша для милостыни

165 лет назад родился выдающийся поэт Жермен Нуво

И он снова ушёл. Нуво, подобно античному философу Диогену, захотел увидеть человека – не поглощённого мелочной суетой обывательского образа жизни, мыслящего и свободного. Но повсюду, где бы он ни остановился на непродолжительный отдых, его окружали люди, с которыми ему не слишком-то хотелось иметь дело.

Тогда – если нет человека, близкого по духу и мироощущению, – кому нужны все эти публикации? Кто может прочесть стихи таким образом, чтобы не только увидеть буквы и слова текста, но и понять – почувствовать за этими маскхалатами смыслов то, что на деле сказано поэтом? Но и в Африке Нуво, подобно Диогену, мог бродить с зажжённым фонарём, ища человека – днём с огнём.

Вечный странник

К 1891 г. Нуво пережил несколько душевных кризисов, следствием которых стало религиозно-мистическое озарение, после чего поэт оказался в психиатрической лечебнице Бисетра. Спустя несколько месяцев он вышел оттуда. Его отношение к миру изменилось. Отныне Нуво окончательно прекратил свои поиски. Он полностью отрешился от мирского быта, житейской суеты и обыденности, следуя примеру нищего святого Бенедикта Иосифа Лабра.

Этот святой является в католической церкви несчастным случаем западноевропейского юривого Христа ради. Во время молитвы он надевал на голову терновый венец, исцелял и кормил больных и страждущих. Последние годы жизни Лабр провёл в Риме. Умер в храме от недоедания.

И жизнь Нуво теперь тоже была жизнью нищего странника, паломника по святым местам. А в 1897 г. он практически навсегда порвал с обществом, запретив и публикацию своих произведений:

*«Как бедняга-изгнанник  
из светлого рая,  
Я ушёл от тебя  
в одиночество, в ночь...»*

Задолго до своего радикального решения Нуво написал

программу собственной дальнейшей жизни:

*«И если ум твой  
вдребезги разбит  
Самим собой, –  
ему послушен будь,  
Как Вечный жид,  
верши свой  
жалкий путь».*

Эта стезя, не суля телесного комфорта, обещала тем не менее душевный покой:

*«Тогда дорогой долгой  
насладишься:  
Твой голод тих,  
и чужда суета,  
Вкушай и пей –  
душа твоя чиста!»*

Втайне от автора его запрет на публикацию стихов порой нарушался. Сам он, впрочем, оста-

вался в неведении относительно большинства этих реляций. Две книги, подготовленные знакомыми литератора, вышли без его ведома. В 1911 г. Нуво прекратил свои странствия, навсегда вернувшись в родной город. Умер он в 1920 г. после продолжительного предпасхального поста, как и святой Иосиф Бенедикт Лабр. Похоронен в общей могиле на кладбище Пурьера.

Через год после смерти Ж.Нуво появился том стихов, открывший почти неведомого доселе литературному миру поэта. Жермен Нуво оказал влияние на поэзию Г.Аполлинера и сюрреалистов. Л.Арагон считал его по-настоящему большим поэтом, по дарованию равным А.Рембо. Сегодня в Пурьере именем Нуво названа улица, на доме, где он жил, висит мемориальная доска.

Постичь мир,  
не трогаясь с места

Этому безумному Диогену XIX века, пытавшемуся искать человека, но не находившему его; не имевшему, как и философ-киник, почти никакого скарба, всё же достало ума и таланта понять, что поиски человека состоят преимущественно в том, чтобы попытаться найти его не в окружающем мире, а в самом себе. Этим Нуво и был занят на протяжении без малого четверти века.



ни не только кредо католического святого Иосифа Лабра, но и мировоззрению буддистских монахов, всё имущество которых составляет чаша для сбора милостыни. И Будда в иконографии этой религии тоже изображается с чашей для подаяний. Эта чаша для подаяний стала знаком эволюции поэта: от языческого демонстративного эпатажа киника Диогена – к смирению аскезы религиозной, непротивлению и смирению.

Человек может постичь мир, не трогаясь с места. И самосовершенствование каждого состоит не столько в его экстенсивном распространении вширь, сколько в интенсивном самоуглублении. Это хорошо понимают буддисты. Может быть, именно это понял Нуво и потому возвратился до-

мой. Глупо искать человека в бескрайней Вселенной, если эта Вселенная находится в тебе самом. Легко понять, что главной задачей человека являются не поиски или ожидание внешнего откровения, а реализация внутреннего постижения. Тогда становится ясным и то, что находится вокруг. И возникает гармония между внешним и внутренним мирами, для которой вовсе не существенен внешний антураж, ибо главное – внутренняя соразмерность. В такой гармонии совершенно неважно – есть ли у тебя чаша или её нет: существенно то, что есть ты сам. Тогда не замечаешь и чашки – она становится технической вспомогательной деталью, не имеющей никакого высокого смысла. Только тогда это керамическое изделие перестаёт быть частью человека, заняв подобающее ему место среди прочих предметов реквизита земной жизни.

Эволюция, проделанная Нуво, сугубо индивидуальна. Может быть, именно поэтому поэт и не разрешал публиковать свои стихи, понимая, что персональные дороги различны, хотя путь всё равно один.

Жермен Нуво свою чашу не разбивал. Скорее всего, он даже не воспринимал её в символическом значении – как знак судьбы и смирения. Чаша нищего – что может быть ничтожнее! И это смирение поэта оказалось сред-

**Игорь ЯКУШЕВ,**  
доцент Северного государственного  
медицинского университета.

Архангельск.

Вехи

## Новый облик старого госпиталя

Его стены могли бы о многом рассказать...

Коллектив Омского областного госпиталя ветеранов войн торжественно отметил 75-летний юбилей этого специализированного лечебно-профилактического учреждения, открытого вскоре после начала Великой Отечественной войны – в июле 1941 г.

Тогда госпиталь назывался эвакуационным сортировочным и имел порядковый номер 1494. Его первым начальником был майор медицинской службы Абрам Коган, в прямом подчинении которого несколько месяцев находился не кто-нибудь, а основатель советской нейрохирургии,

в последующем президент Академии медицинских наук СССР, Герой Социалистического Труда Николай Бурденко. В Омск Николай Нилович был эвакуирован с тяжёлой контузией, полученной при переправе через Неву в начале войны, и мало кто верил в его выздоровление. Но в эвакуационном госпитале его поставили на ноги, и главный хирург Красной Армии до окончательного выздоровления, пока за ним не прилетел самолёт из Москвы, в любое время суток вставал за операционный стол, спасая бойцов и командиров после ранений в голову. А их было немало – госпиталь принимал фронтовиков

буквально эшелонами, и если в первый месяц войны в нём было 600 койко-мест, то затем стало вдвое больше.

Об этом и многом другом рассказывали на юбилейном торжестве и медики госпиталя, и пациенты их коллег из давнего прошлого, живущие в Омске. Главные врачи ведущих медицинских учреждений города поздравляли юбиляров, делая упор на сегодняшнюю значимость их деятельности. Ведь сейчас госпиталь – региональный центр по лечению и реабилитации не только ветеранов далёкой Отечественной, но и их вдов, а также участников ликви-

дации аварии на Чернобыльской АЭС и локальных военных конфликтов. В его состав входят консультативная поликлиника на 100 посещений в смену, 3 стационарных лечебно-диагностических отделения на 200 коек. Здесь же несколько лет назад создан гериатрический центр. Госпиталь оснащён современной диагностической и лечебной аппаратурой, а медицинский персонал от врачей до работников среднего медицинского звена высококвалифицирован, владеет передовыми методиками лечения и оперативного малотравматичного вмешательства. Курс лечения

пациенты проходят в максимально комфортных условиях.

Материально-техническая база госпиталя постоянно обновляется. Например, отремонтированы отделения поликлиники. Полностью обновлена медицинская мебель. Приобретено современное высокотехнологичное медицинское оборудование.

В 75-летний юбилей госпиталя многие его сотрудники были награждены почётными грамотами, благодарственными письмами регионального Минздрава.

**Николай ВАСИЛЕВСКИЙ.**

**МИА Сито!**

Омск.

Глубокой осенью в плановую подготовку празднования очередной годовщины Октября юго-восточную Сибирь нежданной бедой захлестнула затяжная промозглая непогода. Эта пакость сумела протащить в утробе своей не только мокрый снег с дождями и омерзительной сыростью, слякотью, холодными порывами ветра, но и разродиться неведомой заразой на земле сибирской, названной впоследствии «гонконгским гриппом».

Решениями медицинской комиссии по чрезвычайным ситуациям накладывались карантин за карантином у дошколят, в школах, домах для престарелых, домах ребёнка, домах инвалидов, больницах, диспансерах...

Молодого выпускника одного из ленинградских медицинских институтов, застывшего на смену, напутствие диспетчера при вручении карты вызова насторожило. А наказ водителю – включить сирену и мчаться на всех парах даже внушил беспокойство. «Большой начальник, бывший военком города, полковник, оборвал все телефоны. Старшего врача смены довёл чуть ли не до инфаркта – слегла в процедурной с гипертоническим кризом... Обещал она пересажать», – добавила она в объяснение.

В карте вызова: мальчик 4 лет, болен третий день, диагноз – грипп... задыхается... Уже в пути медсестра добавила «исчерпывающие данные»: младшая дочка полковника родила сына, не замужем, после развода приехала в город, живёт с родителями.

Подъехали... В подъезде не вошли – влетели. На площадке межэтажья, держась рукой за перила, в нетерпеливом трепетном ожидании топтался мужчина.

По военной рубашке без погон доктор догадался что это и есть тот полковник – дедушка ребёнка. «Грипп-грипп – три дня говорили грипп, а сегодня ночью внучек начал задыхаться», – пробурчал полковник.

Визуальная оценка была неутешительна. Ребёнок без сознания. Агония, последними судорогами пробегавшая по телу, так и оставляла перекошенный ротик открытым в обрамлении посиневших губок.

В сознании врача чётко определилась последовательность формирования процесса: токсический грипп, отёк тканей гортани. Полная блокада голосовой щели. Последняя тянула чашу весов в сторону смерти.

Доли секунд, потраченные на поверхностный осмотр трансформировались в поиски решения неотложных мер.

И тут, рядом с медицинским саквояжем, раскрытым на тумбе перед зеркалами трюмо, бросились в глаза шилоносные маникюрные ножницы. Пока пальцы левой руки прощупывали эластичные хрящики полуколец трахеи, умица медсестры-напарницы сама догадалась и в мгновение ока прямо под руками врача обработала поверхность шеи. Плеснула на руки врача и подала стерильную салфетку, промоченную в антисептическом растворе. Там, под кожицей и подлежащими тканями, как в саркофаге недоступности, поселилась беда, и смерть готовилась торжествовать победу.

Молодому доктору мигом

На литературный конкурс

## В шаге от тюрьмы

Рассказ

Лев ПРЕНИЧЕВ

вспомнился, вплыл в память, как вчерашний день, профессор кафедры лор-болезней с ключикой каверзных студентов: «Уши-брови-горло-нос». Его крупные уши едва прикрывались густой в проседи шевелюрой. Массивные седые брови только подчёркивали мясистый нос над толстыми губами. Зато голосом-баритоном он владел так виртуозно, что привлекал студенческую аудиторию, словно батюшка церковную паству. Вспомнилось и его умение акцентировать внимание на осо-

практике на муляжах да добровольцах из студенческой среды, сформировало комплекс необходимых мер.

На ритмичные толчки наружного массажа сердца из раны повернутого набок малыша вылетело несколько разрозненных сгустков, блокировавших просвет трахеи. Кровь, появившаяся в шприце, обрадовала тем, что, слава богу, ещё не свернулась и игла находится по назначению – в полости безмолвно затихшего неподвижного сердечка.

дующей канюлизацией. Надеюсь, вы знаете что это такое? – отчеканил собеседник.

– В.. вы не поняли. Всё что возможно уже сделано.

Голос в трубке не дослушав, перебил:

– Где сделано? В какой больнице?

– На квартире по адресу вызова. Улица... дом... Ребёнку необходима трахеотомическая трубка и госпитализация.

В ответ на пояснительную тираду голос в трубке с ощутимой заинтересованностью:

– И какой же специалист делал? Из какой больницы вызывали?

И как в чём-то провинившийся школяр перед авторитетом, сжав кулаки, он стал настойчиво пояснять, что сделал маникюрными ножницами сам, что работает ординатором в больнице, а в бригаде скорой помощи берёт дежурства. По распределению приехал из Ленинграда. Рабочий стаж уже три месяца.

В ответ на повторное представление прозвучало:

– Ну, дела-а! Ну, чудеса-а! Затем приглушённо забубнил, видимо, кому-то из близстоящих спешно поясняя:

– Новичок видно. Такую ахиною несёт!.. Трахеотомию! Маникюрными ножницами! На дому! Из Ленинграда, говорит, стаж три месяца, – и, хохотнув, уточнил – уже три месяца!

И уже в трубку:  
– Коллега, я всё услышал, успокойтесь! Слушайте внимательно. Сейчас приедет хирург с перевязочной медсестрой. Вас убедительно прошу сосредоточить всё внимание на ребёнке. После канюлизации трахеи сопроводите ребёнка лично. Желаю удачи! Жду личной встречи...

\* \* \*

Втянув голову и прикрывая лицо плечом от взбесившейся непогоды, дверь в приёмное отделение придерживал мужчина в белом больничном халате.

Как оказалось, заведующий отделением. Жестом вытянутой руки, он, указав направление, пригласил:

– Следуйте за мной!

По ходу следования лабиринтами коридоров дополнительно пояснил:

– Доставим пациента в перевязочную, сделаем контрольный

**ОБ АВТОРЕ.** Лев Преничев досконально знает особенности жизни медика в отдалённых от больших дорог местах России. Он побывал в самых разных её уголках, пока не осел в городе Череповце Владимирской области. Работал в детской поликлинике, на скорой помощи, был главным врачом Череповецкой портовой больницы. Его труд оценили весьма высоко, присудив звание заслуженного врача РСФСР. Сегодня он пенсионер. Обо всём увиденном и пережитом Лев Андрианович пишет в рассказах, публикуя их на страницах местных периодических изданий. А недавно вышел сборник его рассказов, который вряд ли оставит равнодушным того, кто возьмёт книгу в руки. Одно из произведений врача и литератора и представлено сегодня в «МГ».



бенностях болезней и методах их лечения:

– Трахеотомию – горлосечение – одна из самых неотложных операций, спасающих жизнь больному. Перешейком щитовидной железы трахеотомию делится на верхнюю и нижнюю. Это у взрослых. А что же у детей? Запомним, что у детей в силу анатомических особенностей предпочтительна нижняя.

Где-то ты сейчас, дорогой профессор, дорогой мой «Уши-брови-горло-нос!» Пожалуйста, откликнись, надоумь, подкажи, пособи...

Вопреки собственным страхам, как только нижняя половинка раскрытых ножниц отточенным шилом проткнула складку оттянутой кожи, в подсосании забаритонило незабытым голосом наставника: «Кожа рассекается по средней линии поверхности шеи от ярменной ямки до перстневидного хряща. Апоневроз рассекается по белой линии на том же протяжении. Грудино-подязычные мышцы раздвигаются...»

Нежная кожица почти бескровно расстриглась по всей длине. Знать, в сосудах нет напряжения крови. Обнажившиеся хрящики полуколец трахеи успокоили мандраж. Руки перестали трестись, и снялось опасение проткнуть соединительную ткань задней стенки, а заодно и стенку пищевода. Лёгкий хруст и всё – вот он, просвет в логово затаившей смерти.

И вот оно, непознанное чудо! Сознание – быстрее блеска молнии из обрывков, сохранившихся в памяти занятий по теории и

Ребёнок заметно оживал, из глазок показались слезинки.

Минуты ожидания возможных последствий от временного кислородного голодания нервной системы тянулись мучительно долго в тревожном напряжении.

Однако признаки возвращения к жизни медленно, но верно выдавливались из сознания, сбрасывали с души, вытесняли из сердца негатив отчаяния, горя и непомерных мук.

Дед-полковник, одной рукой держась за сердце, вторую заложив за спину, бесшумно ходил по комнате: то сновал из угла в угол, то обойдя несколькими кругами стол, скорбно, с лицом мученика поглядев на внука, вновь запускался мерить шагами пространство комнаты.

На звонок диспетчера с просьбой срочно отыскать «спеца» медсестра принесла ответ: «Вот дали номера телефонов лор-отделения детской городской больницы». И, показывая исписанный листок, добавила: «Сказали, пусть врач сам позвонит».

Что он и сделал:

– Вас беспокоит врач бригады скорой помощи. Срочно требуется трахеотомическая трубка. Ребёнку 4 года. Токсический грипп. Ларинготрахеит, стеноз, ложный круп, асфиксия. Выведен из состояния клинической смерти...

– Раз, говорите, вывели из клинической смерти, так везите к нам. Сделаем трахеотомию в клинических условиях. С после-

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

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

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Г. ПАПЫРИНА.

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

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

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

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 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 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-06-00502 Тираж 28 341 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

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