

# Медицинская

13 мая 2015 г.  
среда  
№ 34 (7556)

# Газета®

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

Современные технологии

## Смелый прорыв травматологов

Южноуральские хирурги дают шанс женщинам... пройти на каблуках



Впервые в Челябинске выполнена артроскопия тазобедренного сустава. До сих пор подобный вид диагностики и лечения применялся исключительно для исследования и лечения коленного и плечевого суставов. Подобная революция стала возможной благодаря специальному оборудованию, предназначенному для проведения вмешательств именно на тазобедренном суставе.

У жителей Южного Урала появился реальный шанс как можно дольше избежать протезирования тазобедренного сустава. До сих пор только замещение больного или

Челябинские хирурги выполняют очередную артроскопическую операцию

травмированного сустава считалось единственным способом лечения проблемной части организма. Заболевания тазобедренного сустава распространены как среди людей пожилого возраста, так и среди профессиональных спортсменов или людей, занимающихся тяжёлым физическим трудом.

Ольга Футерман всю жизнь работает библиотекарем в школе. Целыми днями на ногах – лестницу с первого этажа школы на четвёртый приходится преодолевать десятки раз. За книгами, которые стоят на верхних

полках, необходимо подниматься по стремянке. Итог – заболевание сустава, которое сильно осложняет работу и не даёт нормально передвигаться.

– Весна в разгаре, столько работы в саду, а у меня ещё и внучки, которые на месте не сидят, за ними нужно бегать. Да и на каблуках очень хочется пройти, я ведь всё-таки женщина, – поделилась она с нами накануне операции, – доктор обещал завтра выписать домой, а через месяц смогу даже танцевать.

(Окончание на стр. 2.)

Инициатива

## Гранты для молодых учёных

В Кузбассе создан Фонд поддержки молодых учёных, работающих в области биомедицины.

Как пояснил его учредитель академик Российской академии наук, известный кардиохирург Леонид Барбараш, главной задачей новой структуры станет поддержка перспективных научно-практических разработок в области диагностики и лечения сердечно-со-

судистых заболеваний. Речь идёт не о «прорывных» наукоёмких проектах вообще, а лишь о тех, которые имеют реальное практическое будущее. То есть при финансовой поддержке уже через несколько лет могут превратиться в образец прибора, диагностикума или медицинского изделия.

Предоставлять гранты молодым учёным фонд будет на конкурсной основе, соблюдая принципы мак-

симальной прозрачности и равного рецензирования проектов. Первый такой конкурс планируют объявить в следующем году. Задача нынешнего года – собрать деньги. Кстати, размер грантов будет определяться итоговим объёмом собранных средств.

Валентина АКИМОВА,  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.



Сергей КАЛАШНИКОВ,  
председатель Комитета Госдумы  
РФ по охране здоровья:

Создающий большие проблемы медучреждению неадекватный пациент требует не столько медицинского, сколько социального обслуживания.

Стр. 7

Евгений НАСОНОВ,  
директор Института ревматологии,  
академик РАН:

Прогноз системной красной волчанки от абсолютно безнадежного стал достаточно оптимистичным.

Стр. 10



Василий ВЛАСОВ,  
профессор Высшей школы экономики,  
президент Общества специалистов  
доказательной медицины:

Вследствие системных ошибок, которые воспроизводятся до сих пор, в России уровни лекарственной устойчивости туберкулёза в 5-10 раз превышают среднемировые.

Стр. 11

Праздники

## Ветераны в детском санатории

Ветераны войны и труда навестили маленьких пациентов детского санатория № 1 Министерства здравоохранения Омской области.

В этом специализированном лечебно-профилактическом учреждении проходят курсы реабилитации и оздоровления дети с заболеваниями органов дыхания в возрасте от 3 до 7 лет. И по-человечески доброе участие в их судьбах, тёплое внимание к каждому, считают в коллективе санатория, помогают их выздоровлению, не меньше, чем лекарства. Почему и проводятся здесь постоянно различные мероприятия – игровые конкурсы и спортивные состязания, театральные представления, встречи с интересными людьми, например пишущими для детей стихи. Но вот такого, как только что случив-

шееся в стенах этого ЛПУ, ещё не было. На концерт, подготовленный дошколятами-санаторцами к 70-летию Дня Победы, пришли воспитанники омской кадетской школы-интерната № 9 и ветераны войны и труда. Кадеты показали свои концертные номера, а участник Великой Отечественной войны Виктор Севостьянов и труженики тыла Зоя Нечаева и Екатерина Новосёлова рассказали о той поре 1940-х годов, когда они были молодыми и делали всё, что было в их силах, работая на Победу. А потом была презентация тематической выставки «Никто не забыт, ничто не забыто».

Такие встречи, посвящённые Дню Победы, прошли во многих ЛПУ Омской области.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.



Палатный  
рентгеновский аппарат  
Dixon Remodix 9507

- Легкий, мобильный, эргономичный
- Превосходное качество визуализации
- Доступна модификация аппарата с цифровым плоскопанельным детектором

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

## Новости

Большая наука  
рождается в средней школе

Карманная памятка «Чем опасны Азия и Африка для российского туриста» – такой проект представила одна из участниц Фестиваля молодёжной науки – 2015, который завершился в Красноярском государственном медицинском университете. Сама идея памятки и её содержание вызвали полное одобрение членов жюри фестиваля.

В целом же за 5 дней работы форума студенты медицинских вузов Сибири представили около сотни результатов собственных научных исследований по разным направлениям: терапия, хирургия, акушерство и гинекология, педиатрия, инфекционные болезни, психология, неврология.

Оценивая качество студенческих научных работ, директор Томского НИИ микрохирургии профессор Владимир Байтингер отметил, что, например, доклады по тематике «хирургия» вполне могут быть представлены на международных фестивалях студенческой науки. Авторы в хорошем смысле слова замахнулись на самые актуальные проблемы современной госпитальной хирургии.

Как подчёркивают организаторы, колорит нынешнему фестивалю придала работа секции, участники которой представляли свои доклады на английском языке. По мнению самих студентов, владение иностранными языками для современного российского врача – не мода, а необходимость. Если ты хочешь быть в курсе современной науки, учи английский, ведь значительная часть научно-медицинской литературы имеет иностранное происхождение.

Особое внимание привлекли юные участники Фестиваля молодёжной науки – ученики 8-11-х классов, которые представляли свои научные работы по биологии и химии. Жюри отметило высокий уровень исследований, выполненных старшеклассниками, и искренний интерес школьников к большой науке.

Елена БУШ.

Красноярск.

## Незавидное лидерство

В России сохраняется самый высокий среди европейских стран уровень преждевременной смертности от заболеваний системы кровообращения. Такие данные были приведены на конгрессе «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями – вклад государства, гражданского общества и человека», проходившем в рамках Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России».

Так, по расчётам ВОЗ, 10-процентное снижение смертности от ишемической болезни сердца и инсульта приводит к сокращению экономических потерь на сумму, вдвое превосходящую стоимость профилактики. Принятая в конце 2012 г. долгосрочная госпрограмма развития здравоохранения России предусматривает усиление профилактики и улучшение качества лечения сердечно-сосудистых заболеваний, а также устанавливает снижение смертности по этой причине: с 721,7 на 100 тыс. населения в 2013 г. до 622,4 в 2020 г.

Алива КРАУЗЕ.

Против туберкулёза –  
в новых условиях

Специалисты детской поликлиники Сахалинского областного противотуберкулёзного диспансера в эти дни осваивают стены нового здания. Более 20 лет детское поликлиническое отделение существовало на базе ветхого приспособленного помещения, построенного в 50-е годы. Состояние здания не соответствовало санитарным и противопожарным нормам, требованиям сейсмической устойчивости.

Строительство новой поликлиники мощностью 100 посещений в смену продолжалось около года. На её возведение и оснащение современным оборудованием из областного бюджета было выделено более 280 млн руб.

Как напомнила главный врач Сахалинского областного противотуберкулёзного диспансера Людмила Конопотец, чем раньше у ребёнка выявить патологию, тем больше шансов полностью его излечить и не допустить распространения заболевания в обществе...

Николай РУДКОВСКИЙ.

Южно-Сахалинск.

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

## События

В честь медиков  
Великой Отечественной

Во Владимире о них будет напоминать гранитный монумент



Красные гвоздики легли к подножию закладного камня

В канун 70-летия Великой Победы во Владимире был заложен памятный камень в честь медиков – участников войны.

Инициатором этого масштабного события выступил Департамент здравоохранения Владимирской области и медицинская общественность при поддержке областной и городской администраций, губернатора области Светланы Орловой. Место открытия камня выбрано не случайно. В годы войны здесь, в здании областного центра здоровья по ул. Большой Нижегородской, 65, находился военный госпиталь; рядом, в бывшей областной больнице, памятнике архитектуры ещё XIX века, – другой, самый большой в области госпиталь.

...На солидном гранитном камне с красным крестом и пятиконечной

звездой светится надпись: «Закладной камень в память о медиках госпиталей Владимирской области. 1941–1945 гг.»

На открытии мемориала выступили представители областного Законодательного собрания и общественности Владимира, медики – участники Великой Отечественной войны, президент Владимирской областной врачебной палаты заслуженный врач РФ Анатолий Ильин. Выступавшие напомнили, что в годы войны во Владимирской области находилось свыше 80 госпиталей, в самом областном центре – 15, через которые прошло свыше 250 тыс. раненных солдат и офицеров. Не без гордости говорилось о том, что уроженцы Владимирщины – генерал-полковник медицинской службы Ефим Смирнов возглавлял

всю медицинскую службу Красной армии, а генерал-майор Александр Кузнецов – её санитарно-противоэпидемическую службу, впоследствии он стал заместителем наркомом СССР по здравоохранению.

Примечательно, что днём спустя в городе состоялось открытие памятника уроженцу Владимира Юрию Левитану, легендарному диктору, вещавшему в годы Великой Отечественной и сообщившему о долгожданной Победе.

Торжественная церемония открытия закладного камня завершилась возложением цветов и концертной программой, в которой прозвучали песни и стихи военных лет.

Марк ФУРМАН,  
заслуженный врач РФ.

Владимир.

## Проекты

## Сеанс кроводачи в Смольном

Мобильный пункт переливания крови впервые на несколько часов был развёрнут в главной резиденции петербургской власти – Смольном.

Он стал 19-й по счёту точкой забора живительной ткани в городе на Неве, который смогли посетить сотрудники подразделений администрации губернатора, специалисты отраслевых комитетов и представители пула кадрового резерва в рамках V городского молодёжного дня донора.

Среди тех, кто безвозмездно пожертвовал кровью, находился исполняющий обязанности губернатора Санкт-Петербурга Александр Говорунов.

– Многие петербуржцы откликаются на призыв стать донором крови, – сказал А.Говорунов после сеанса кроводачи. – Мы очень гордимся тем, что дни донора стали традиционными. В нашем городе много молодёжи, которая совершенно искренне участвует в развитии донорского движения.

Конечно, город и впредь будет её в этом поддерживать.

Проект «Городской молодёжный день донора» с 2012 г. реализуется региональным фондом доноров при поддержке правительства Санкт-Петербурга. В ходе прошлогодней акции сотрудникам городской станции переливания крови удалось собрать свыше 500 л донорской жидкой ткани.

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

## Современные технологии

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Артроскопия тазобедренного сустава – это процедура хирургического обследования и лечения патологий, локализирующихся в суставе, артроскопия позволяет увидеть сустав изнутри, определить степень повреждения или заболевания, провести лечение, устранить повреждение. Артроскопия осуществляется с использованием специальных инструментов и артроскопа. Сама процедура выполняется под местной или общей анестезией.

Аппарат для артроскопии устроен так, что во время диагностики можно сменить насадку на режущий инструмент и очистить про-

## Смелый прорыв травматологов

blemные места вокруг и внутри сустава от осложняющих жизнь отложений, иссечь и удалить оторванные участки хряща, извлечь из сустава осколки и обрывки тканей и даже ввести внутрь сустава лечебные препараты. Одно из основных преимуществ такой операции для пациента – быстрое восстановление функциональности тазобедренного сустава (уже через сутки пациент отправляется домой, а через месяц может полностью вернуться к привычному образу жизни).

– Операция малотравматична, на коже в области сустава делают 3-4 микроразреза, – рассказал травматолог травматологического центра областной больницы Владимир Залавин, – через них в сустав вводятся артроскоп и инструменты. Вмешательство продолжается 1,5-2 часа, в ходе операции полностью обследуется сустав и проводится необходимое лечение. Пациент не нуждается в госпитализации (при регионарной анестезии), или госпитализи-

руется на сутки (при общем наркозе).

Согласно данным медицинской статистики, сегодня каждый восьмой житель области нуждается в подобном вмешательстве. Одним операцией показана, чтобы как можно дольше не подвергаться более серьёзной и травматичной операции по замене изношенного или разрушенного тазобедренного сустава на искусственный аналог, другим требуется тщательная диагностика, возможности которой в разы превышают

исследования ультразвуком или магнитно-резонансным томографом.

– Так как областная больница – место, где сконцентрировано большинство диагностических и лечебных возможностей, мы просто обязаны постоянно расширять спектр самых современных методик, – подчёркивает главный врач больницы Дмитрий Альтман.

Наталья МАЛУХИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Профилактика

# Вовремя ответить на угрозу наркомании

В Казани прошло выездное заседание межфракционной депутатской рабочей группы Госдумы РФ по вопросам профилактики и комплексной реабилитации наркомании, ВИЧ-инфекции и других социально значимых заболеваний с участием председателя Госсовета Республики Татарстан Фариды Мухаметшина и заместителя председателя Госдумы РФ Сергея Железняка.

Для обсуждения регионального опыта профилактики наркологических заболеваний как приоритетного направления государственной политики в сфере охраны здоровья граждан собрались депутаты Госдумы, эксперты, врачи, представители министерств и ведомств, общественных организаций, традиционных религиозных конфессий.

Общественное зло, которым являются наркотики, ставит нам новые вызовы. Наша задача – оперативно на них отреагировать, в том числе на законодательном уровне, – обозначил суть заседания Сергей Железняк.

Участники заседания подробно рассмотрели опыт Татарстана в части борьбы с наркоманией, отметив новаторство подходов,

эффективность взаимодействия структур, ответственных в этой сфере. С докладами выступили помощник президента республики по социальным вопросам Лейла Фазлеева, первый заместитель министра здравоохранения Татарстана Сергей Осипов, помощник министра здравоохранения РФ Татьяна Клименко, начальник Управления Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков по Республике Татарстан Фаяз Шабаев, заместитель муфтия по социальным проектам Ильдар Баязитов, эксперты из Москвы.

В республике создана и функционирует многоэтапная комплексная система оказания помощи наркозависимым, их родственникам и созависимым. Согласно приведённому на заседании данным, наркологическая помощь оказывается в 5 наркологических и одном психоневрологическом диспансерах, а также в 35 наркологических кабинетах для взрослого населения и 33 кабинетах для детей центральных районных больниц. Функционирует 8 стационарных и 4 амбулаторных реабилитационных подразделений. Сформирован полный технологический цикл медико-социальной реабилитации больных наркомани-

ей – от детоксикации до реинтеграции в общество. Определены основные задачи каждого этапа реабилитации, выработаны различные технологии с внедрением их в реабилитационную практику. Этапы реабилитации различаются по срокам и содержанию. Диапазон применяемых методов достаточно широк и зависит от вида наркомании, тяжести болезни, её последствий, личностных и социальных ресурсов пациента. Активное участие в реабилитационных программах принимают представители традиционных религиозных конфессий. Таким образом, в республике создана взаимодополняющая система оказания помощи наркологическим больным. Министерством здравоохранения Республики Татарстан обеспечивается активное взаимодействие с заинтересованными ведомствами в части обмена информацией, организации межведомственных мероприятий, реализации мер, направленных на раннее выявление и учёт потребителей наркотических и психотропных веществ.

Наиля САФИНА, спец. корр. «МГ».

Казань.

Сотрудничество

# Объединяясь против сахарного диабета

Президент РФ Владимир Путин подписал Федеральный закон «О ратификации Соглашения о сотрудничестве государств – участников Содружества Независимых Государств в борьбе с ростом заболеваемости сахарным диабетом».

Согласно этому закону, принятому Госдумой РФ 7 апреля 2015 г. и 15 апреля 2015 г. одобренному Советом Федерации, стороны соглашения, в частности, обязуются: принимать меры, направленные на

совершенствование национально-го законодательства по проблеме сахарного диабета, разработку и утверждение долгосрочных комплексных программ в области профилактики сахарного диабета и

предупреждения его осложнений. Участники должны также обеспечивать проведение мероприятий по раннему выявлению и профилактике сахарного диабета.

В соглашении содержатся иные правила, чем предусмотренные законодательством Российской Федерации. Стороны обязуются оказывать гражданам государств – участников соглашения, больным сахарным диабетом, неотложную медицинскую помощь без взаимных компенсаций затрат.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сито!

Подписка-2015

# Продолжается подписная кампания



Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на второе полугодие 2015 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2015».

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

**50075** – на месяц;

**32289** – на полугодие.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110** или по электронной почте: **mg-podpiska@mail.ru**.

Справки по телефонам: **8-495-608-7439**,

681-3596, 8-916-271-0813.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте **www.mgzt.ru**

Выписывайте и читайте «Медицинскую» газету! Будет больше подписчиков – значит, громче будет звучать ваш голос в аудитории медицинского сообщества, мы вместе сможем не только лучше разбираться в сугубо медицинских, врачебных вопросах, но и веселее заявить о том, что для вас важно. Успехов – и до встреч на страницах старейшей врачебной газеты России!

Начало

# Смартфон для пациентов

Пациентам консультативно-диагностической поликлиники городской клинической больницы № 40 Екатеринбурга стал доступен новый сервис – бесплатная телефонная и интернет-связь с помощью мультимедийного общественного смартфона, установленного в холле поликлиники.

Кроме обычных сведений, которые все привыкли получать по электронным гаджетам, – время, погода, блоки различной справочной информации, в меню есть выход на официальный сайт ГКБ № 40. Он даёт полную информацию обо всех отделениях, руководителях, показывает навигацию медгородка и многое другое.

Со временем здесь, вполне возможно, появится функция записи к специалистам больницы.

Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Екатеринбург.

Криминал

# Неискоренимое явление



Собранные следствием по городу Старый Оскол Белгородской области доказательства признаны судом достаточными для вынесения приговора врачу-психиатру амбулаторного учреждения, относящегося к Старооскольской ЦРБ. Врач П. признан виновным в совершении преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 290 УК РФ (получение взятки за незаконные действия).

30 января нынешнего года он был назначен на должность врача-психиатра с организационно-распорядительными функциями. Вскоре, 12 февраля, к нему обратилась местная жительница с просьбой выписать больничный лист на имя своего знакомого, за что отблагодарила его суммой 4,2 тыс. руб. После чего листок временной

нетрудоспособности был выписан при отсутствии оснований.

Приговором суда врачу назначено наказание в виде штрафа в размере 168 тыс. руб.

Борис БЕРКУТ.

МИА Сито!

Старый Оскол.

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета										(индекс издания)	
										Количество комплектов	
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда _____											
(почтовый индекс)						(адрес)					
Кому _____											
ДОСТАВочНАЯ КАРТОЧКА											
на газету _____ (индекс издания)											
ПВ	место	ли-тер									
Медицинская газета										количество комплектов	
Стоимость	подписки	_____ руб. _____ коп.									
	пере-адресовки	_____ руб. _____ коп.									
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда _____											
(почтовый индекс)						(адрес)					
Кому _____											

За последние 3 года в развитие эндоскопической службы Анжеро-Судженска было вложено более 35 млн руб. В результате в 2014 г. почти 6 тыс. жителей Анжеро-Судженска, а также соседнего города Тайга и двух сельских районов (Яйского и Ижморского) получили разностороннюю диагностическую и лечебную помощь по разделу эндоскопии буквально рядом с домом.

Всего 3 года назад Центральная городская больница Анжеро-Судженского городского округа могла «похвастаться» наличием единственного эндоскопического кабинета для диагностики заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. И в этом смысле она не отличалась от большинства других ЦГБ и ЦРБ Кузбасса.

— Когда по программе модернизации здравоохранения стало поступать новое оборудование, мы боялись, что оно будет простаивать, — честно признаётся сегодня главный врач Ольга Козлова. — Потому что эндоскопией у нас занимались всего два специалиста. Диагностику традиционно проводила Нина Вороткова, в своё время внедрившая этот вид исследований в Анжеро-Судженске. Позже ей начал помогать Артём Лавриненко. Параллельно он оказывал некоторые виды экстренной помощи в стационаре. А тут мы только новых эндоскопов получили 7 штук. Да 4 видеоэндоскопических комплекса, позволяющих вывести изображение проблемной зоны на экран компьютера и рассмотреть его в деталях. Да ещё 2 портативные установки для выездной работы... Оставить всё это стоять «мёртвым грузом» было бы преступлением...

Больница начала с того, что отравила действующих врачей на специализацию, осваивать новые методики. Доктор Лавриненко, например, за полтора года прочул трижды, в Кемерово, Новокузнецке и Санкт-Петербурге. Сегодня Артём Викторович — главный специалист Анжеро-Судженска по эндоскопии.

Прошлой осенью штат эндоскопистов увеличился. Правда, в условиях тотального дефицита кадров они работают совместителями (Оксана Алёшина ведёт ещё хирургический приём в центральной поликлинике, а Вадим Кимлаев — реаниматолог). Тем не менее анжеросудженцы получили воз-

## Ориентиры

# Дело техники и кадров

Помощь в Анжеро-Судженской городской больнице на уровне высококласных клиник



О. Козлова

можность пройти рядом с домом эндоскопическую диагностику не только желудка, но также кишечника и лёгких. Сюда же обращаются теперь жители Тайги, посёлков Ижморский и Яя. В 2014 г. в отделении была оказана помощь почти 6 тыс. пациентов, почти тысяча из них были иногородними. А прежде весь этот поток направлялся в облбольницу в Кемерово...

Примечательно, что за каждым видом эндоскопии в ЦГБ закреплён отдельный кабинет со «своим» видеоэндоскопическим комплексом. Ещё одно помещение занимает моечная: по модернизации больницы получила современную моечную машину, которая в автоматическом режиме проводит предварительную и окончательную высокоуровневую очистку эндоскопов.

Благодаря увеличению объёма исследований резко выросла диагностика рака. Если в позапрошлом году было выявлено 38 случаев, то в прошлом — уже под сотню.

С 2014 г. в больнице наряду с

диагностикой стали выполняться плановые эндохирургические операции. Сегодня специалисты удаляют из желудка, кишечника и органов дыхания различные виды опухолей до 5-6 см в диаметре. Вырос и объём экстренной помощи, будь то остановка кровотечения или извлечение инородных тел.

— Расходные материалы для операций, ножницы, петли, специальные щипцы, стараемся закупать одноразовые, — уточняет А. Лавриненко. — И на дезрастворах для моечной машины тоже не экономим. В условиях распространения скрытых инфекций такие траты вполне оправданы, ведь иногда за сутки мы оказываем помощь порядка 60 больных.

В настоящее время эндохирурги Анжеро-Судженска осваивают новый вид операций: удаление камней из желчных протоков и протоков поджелудочной железы. Лапароскопическое удаление

желчного пузыря при желчнокаменной болезни в Анжеро-Судженске практикуется ещё с 90-х годов прошлого века. Но бывает, что одна эта операция проблемы пациента не решает, камни могут остаться в желчных протоках и также вызывать нестерпимую боль. Прежде таких больных направляли в кемеровские клиники. Теперь местные доктора «чистят» протоки сами. Для этого были закуплены специальное оборудование и микроинструментарий. Есть теперь в больнице и высокочастотный радионож стоимостью в несколько десятков тысяч рублей: он рассекает ткани и тут же «заплавляет» сосуды, предупреждая кровопотери. Фирма-производитель из Германии выпускает такие ножи только под заказ.

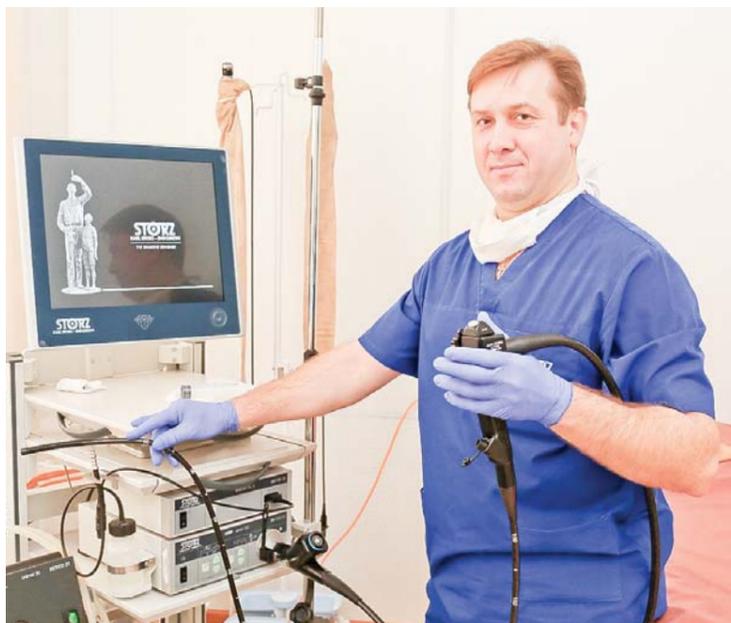
В ближайших планах руководства ЦГБ — вывести поток амбулаторных больных из стационара в поликлинику. А в самом стационаре — открыть полноценное специализированное отделение эндохирургии.

— Это мы сделаем в рамках перераспределения коечного фонда, — уточняет главный врач Ольга Львовна. — Раз эндоскопия «закрывает» сегодня часть хирургической патологии, то и общехирургические койки можно уменьшить. Сегодня наши пациенты могут получить в больнице практически весь спектр диагностических услуг: у нас имеется даже мультиспиральный компьютерный томограф. И большую часть лечебной помощи они также получают теперь рядом с домом. А значит, цель, поставленная Национальным проектом «Здоровье» и Программой модернизации здравоохранения, в городе достигнута. Хотя предела совершенству нет...

Валентина АКИМОВА,  
соб. корр. «МГ».

Кемеровская область.

Фото  
Фёдора БАРАНОВА.



А. Лавриненко

## Итоги и прогнозы

**Итоги работы кардиологической службы Новосибирской области за 2014 г. подвели на традиционной весенней конференции. Их нельзя назвать провальными, но и превосходными тоже не назовёшь, поэтому главному кардиологу региона и руководителю областного кардиодиспансера было о чём серьёзно поговорить с коллегами. Такой диалог необходим всегда, а сейчас особенно, учитывая, что 2015-й объявлен в России Годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.**

— Актуальность того, чем мы занимаемся сегодня, и чем будем заниматься завтра, не уменьшается, — так охарактеризовала ситуацию с заболеваниями системы кровообращения главный врач Новосибирского кардиоцентра Оксана Дуничева. По её данным, за минувший год показатель смертности от сердечно-сосудистой патологии в Новосибирской области уменьшился на 7%, но он по-прежнему остаётся выше среднего по России.

В регионе работает сеть сосудистых центров, здесь расположен федеральный Институт патологии кровообращения, да

# Так сложились обстоятельства...

Тревоги и надежды кардиологов Новосибирской области

и сам областной кардиологический диспансер с гордостью перечисляет свои возможности, но смертность населения от ССЗ остаётся аномально высокой. Почему? Однозначный и чёткий ответ на этот вопрос в докладах так и не прозвучал, но из отдельных фрагментов можно сложить целостную картинку, причём с явной причинно-следственной зависимостью.

— Укомплектованность участковыми терапевтами достаточно хорошая, в каждом районе области — выше 70%. Но кто помогает участковым терапевтам бороться с выявленными у пациентов факторами риска ССЗ, кто выявляет тяжёлые заболевания, консультирует и назначает лечение? В связи с открытием сосудистых центров штатных единиц кардиологов стало значительно больше, но как физических лиц — только в городе Новосибирске, а в районах области как не было кардиологов, так и нет. Часть терапевтов,

которые получили первичную специализацию по кардиологии, не работают кардиологами по разным причинам, в частности, из-за низкого уровня заработной платы, — говорит главный кардиолог Минздрава Новосибирской области Татьяна Рейдер.

Из года в год показатель выявляемости артериальной гипертонии в Новосибирской области всё лучше и лучше, подчёркивает главный специалист. В то же время охват диспансерным наблюдением пациентов с АГ в 2014 г. снизился. Хуже стало и качество диспансерной работы, подчеркнула Татьяна Рейдер, говоря о содержании занятий и посещаемости школ для больных артериальной гипертонией.

Количество случаев острого инфаркта миокарда в последние годы существенно не меняется, зато летальных исходов от ОИМ в 2014 г. по сравнению с 2012 и 2013 гг. зарегистрировано больше, в абсолютных цифрах — 669.

Любопытно, что в областном центре число умерших от инфаркта уменьшилось, что связывают с работой региональных сосудистых центров, а в сельских районах, напротив, увеличилось. Хотя объём тромболитической терапии стал больше в районах области, а в городе он сократился.

Общая летальность от ОИМ в Новосибирской области в 2014 г. составила 14,9%. На фоне этих вполне приемлемых цифр фантастически выглядит показатель досудочной летальности от острого коронарного синдрома в одной из крупнейших центральных районных больниц области — 64%. Как оказалось, из 31 умершего от инфаркта догоспитальный тромболитизис получили только двое, и до рентгенохирургического отделения довели не всех...

Далее — о профилактике. Главный кардиолог региона отмечает: ещё не все люди знают, что обращаться за медицинской помощью нужно в первые 6 часов от начала

приступа острой загрудинной боли. Она призвала коллег как можно активнее разъяснять населению это правило. Однако должны ли врачи заниматься профилактической работой бесплатно? Конечно, нет. Между тем, по словам руководителя Новосибирского кардиодиспансера, сотрудники поликлинического отделения проводят большой объём консультативной и профилактической работы во время выездов в районы, но в системе ОМС это не регистрируется и не оплачивается.

Куда ни кинь — всюду клин. Теперь главное, чтобы профессиональное сообщество кардиологов Новосибирской области придало всем перечисленным проблемам статус задач, которые необходимо решить в нынешнем знаменательном году.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Пять лет назад в детском здравоохранении появилась новая структура – центры здоровья для детей, призванная заботиться о здоровье здоровых. Но до сих пор дискуссии вокруг неё не утихают.

#### Разные взгляды

В медицинском сообществе существуют различные взгляды на роль и место центров здоровья (ЦЗ) в системе здравоохранения. Одни считают, что это малоэффективная, надуманная структура, так как есть кабинеты здорового ребёнка, отделения медико-социальной помощи в поликлиниках, есть центры медицинской профилактики, физкультурные диспансеры и т.д. А организация ЦЗ только отвлекает на себя средства и специалистов, поскольку требует предоставления площадей, оснащения и т.п. Дескать, такое распыление не оправдано.

Другие же, наоборот, утверждают, что создание центров здоровья – очень правильный шаг, способствующий формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваемости среди детей, контролю за состоянием их здоровья. И надо сказать, таких сторонников становится всё больше. Кто-то ведь должен заботиться о здоровых, потому что, к сожалению, первичная медико-санитарная помощь детскому населению по-прежнему ориентирована на болезнь и её лечение, а не на сохранение здоровья здоровых. Как правило, участковый педиатр начинает с вопроса: «На что жалуетесь?» У него нет времени на беседы и объяснения. Дай бог принять всех страждущих и обслужить все вызовы. Поликлиника из консультативного учреждения превратилась в лечебное. Профилактические принципы её функционирования игнорируются.

– Да, на бумаге значит, что детская поликлиника – для здорового ребёнка, – заметила профессор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Наталья Полунина. – Но зайдите в любую: сплошь и рядом больные дети. А ведь раньше никогда больной ребёнок не переступал барьер фильтра. К сожалению, этого сейчас нет. Поэтому и опасаются родители здоровой ребятни посещать поликлинику с профилактической целью.

#### Задача благороднейшая...

Организация центров здоровья – выход из положения, поскольку они должны принимать детей первой и второй групп здоровья, обратившихся как самостоятельно, так и по направлению участкового педиатра или школьного врача. Задача центра – формирование мотивации к ведению здорового образа жизни, выявление факторов риска развития неинфекционных хронических заболеваний (гипергликемия, избыточная масса тела, склонность к артериальной гипертензии и т.д.). В структуру ЦЗ включены кабинеты: медицинской профилактики; тестирования на аппаратно-программном компьютерном диагностическом комплексе; лабораторного обследования; лечебной физкультуры; школы здоровья. Первичный приём включает как инструментальное и лабораторное обследование, так и осмотр педиатром и стоматологом-гигиенистом. Проводится ЭКГ, определяется уровень сахара и холестерина в крови, состояние дыхательной функции – словом, устанавливается степень здоровья, выдаются

### Острая тема

# Недоношенное «дитя»

## Центры здоровья для детей: в поисках своего места



Очень часто у этих дверей – пусто...

рекомендации по его сохранению и укреплению.

В стране уже функционирует более 200 центров здоровья для детей. За 2014 г. их посетили 1,1 млн ребятишек. При том, что в России детского населения свыше 26 млн (если исключить из этой цифры хронически больных, которые к ЦЗ отношения не имеют, то всё равно маловато посещений). О существовании новой структуры население не очень хорошо осведомлено. Вот – «картинка с натуры».

В фойе поликлиники, рядом с гардеробом, висит стенд с информацией о ближайшем центре

привычнее обратиться в поликлинику по месту жительства (в силу менталитета, как правило, обращаются при возникновении какой-то проблемы). Ведь чтобы попасть в центр здоровья, это ещё куда-то ехать надо.

В результате посещаемость центров здоровья далека от желаемой. А специалисты ЦЗ, чтобы обеспечить выполнение плановых показателей, ведут приём детей, уже имеющих хроническую патологию, прибегают к выездным формам работы. В общем, чего только ни делают!

– Если сравнить задачи детской поликлиники и центра здоровья

университета им. Н.И.Пирогова Анна Иванова. – Вызывает недоумение кратность посещения – 1 раз в год. Как можно отследить ребёнка, если он приходит раз в год? Несовершенны тарифы. Нет шаговой доступности. Отсутствует связь между образовательными учреждениями, поликлиникой, а порой и родителями. Ребёнок прошёл обследование, но его результаты так и остаются невостребованными.

Среди сильных сторон деятельности центров здоровья исследователи отмечают хорошее техническое оснащение, применение методик донозологической диагностики, единый алгоритм комплексного обследования, индивидуальный подход к выдаче рекомендаций по ведению здорового образа жизни, создание тематических школ здоровья. В то же время немало и слабых моментов: не регулируются потоки пациентов, выездная деятельность осуществляется с использованием малоприспособленного для этого оборудования, отсутствует обратная связь.

По мнению А.Ивановой, функциями центров здоровья на сегодняшний день должны быть санпросветработы и организация школ здоровья по основным компонентам здорового образа жизни. А вот у профессора Л.Ждановой на это иной взгляд. – Не могу согласиться с тем, что центры здоровья должны выполнять только санитарно-гигиеническую функцию, – говорит

три здоровья стали работать в основном с образовательными учреждениями. Но, к сожалению, контактируют не с медицинскими работниками, а с администрацией школы. А медицинский работник порой даже не знает о заключении, которое дают центры здоровья.

Звучат предложения и об идеологическом объединении центров здоровья с кабинетами здорового ребёнка поликлиник и о необходимости вписать их в систему профилактических осмотров.

– Почему бы центры здоровья не подключить к проведению диспансеризации, – предлагает ведущий научный сотрудник Научного центра здоровья детей, доктор медицинских наук Виктор Бондарь. – Начинать именно с них. И тогда к участковому педиатру будут обращаться уже те дети, которым это нужно, а не первой группы здоровья (тем самым снизится нагрузка на участкового педиатра).

#### А что дальше?

Академик РАН Виктор Тутельян считает разумным на базе центров здоровья организовать кабинеты здорового питания, что вполне логично.

А академик РАН Александр Баранов полагает целесообразным ориентировать работу центров здоровья на подростков.

В общем, всё получилось сугубо по-русски: главное создать, а там видно будет. Создать-то создали, а вот что теперь с этим делать дальше – не очень понятно.

Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ Елена Байбарина пообещала провести аудит того, как центры здоровья работают, насколько эффективно выявляют факторы риска и их нивелируют.

На наш взгляд, ЦЗ, безусловно, нужны. (Кстати, ранее предполагалось создать их во временах при каждой детской поликлинике.) Однако следует точнее определиться с их ролью и местом.

Специалисты считают, что необходима выработка единых подходов к тарификации услуг ЦЗ с учётом территориальных особенностей деятельности, работе на месте или на выездах, проведению мероприятий по ликвидации функциональных нарушений и контролю их результатов. Для обеспечения доступности в местах с низкой плотностью населения нужны и мобильные центры здоровья на автомобильной, железнодорожной, вертолётной базе, что требует создания оборудования, устойчивого к перевозкам, способного к быстрому развёртыванию. Следует активнее задействовать интернет-ресурсы для доведения до сведения семьи ребёнка результатов обследования и рекомендаций, а также консультирования родителей по вопросам ЗОЖ.

Образно говоря, если уж «дитя» (имеется в виду ЦЗ) родилось, пусть и недоношенным, разумнее всё-таки его выводить, а не оставлять на произвол судьбы!

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



Наши дети любят рисовать счастье на асфальте

здоровья и его возможностях, но подавляющее большинство посетителей учреждения проходят мимо, торопясь поскорее раздеться и обратиться в регистратуру или в нужный кабинет. Участковый педиатр, прямо скажем, не сильно заинтересован в том, чтобы направлять пациента в центр здоровья, давать сведения о его местонахождении. В итоге зачастую пациенты остаются в неведении, даже не подозревая о наличии новой структуры. А порой если и знают, то им

для детей, то отличий практически нет. Они идентичны, – утверждает профессор Ивановской государственной медицинской академии Людмила Жданова.

#### ...но выполняется слабо

Возникает вопрос: для чего вообще создавали ЦЗ?

– Хотя идея была замечательная, всё же того, что ожидали от центров здоровья, не получили, – полагает профессор Российского национального исследовательского медицинского

она. – Тогда для чего были потрачены государственные деньги на закупку такого огромного количества оборудования?

По словам Л.Ждановой, центры здоровья нужно развернуть на базе образовательных учреждений, поскольку их функции и так потихоньку перемещаются в медицинские кабинеты школ.

– Вначале центры здоровья посещало много детей по личной инициативе, сейчас количество таких желающих уменьшилось, – рассказала она. – И наши цен-

Под хлестким заголовком «Беда, коль пациентов начнут лечить доценты» в одном из популярных печатных СМИ появилась статья, главной идеей которой было не допускать преподавателей клинических кафедр к лечебной работе в больницах.

Вот образчики авторских высказываний. «Лично я не хотела бы попасть к «учённому-доктору в одном флаконе», который несколько лет не держал в руках даже фонендоскоп, не расшифровывал рентгеновских снимков и уж тем более сложнейших исследований КТ или МРТ». «Ну, чтобы теоретик стал практиковать? Выписывать, например, рецепты больным или отправлять пациентов на то или иное обследование».

Так может написать только автор, не знакомый хотя бы более или менее конкретно с тем, о чём пишет. «Учёный-доктор в одном флаконе» – это профессора и доценты клинических кафедр, подчёркивая клинических, которые много лет проработали и работают в клиниках, наблюдали, консультировали и лечили, подчёркиваю – лечили многих и многих самых сложных и тяжёлых больных. К консультациям и советам которых прибегали врачи. Эти «теоретики» проводят в больницах клинично-анатомические конференции с обсуждением качества лечебно-диагностической работы врачей, разборы летальности. В этом деле администрация больниц не может обойтись без их помощи. Они отнюдь не теоретики, какими они рисуются в воображении автора. Они стали профессорами и доцентами не только потому, что преподают студентам, а потому, что умеют наблюдать, обобщать и умеют передавать в руки врачей свои знания и опыт.

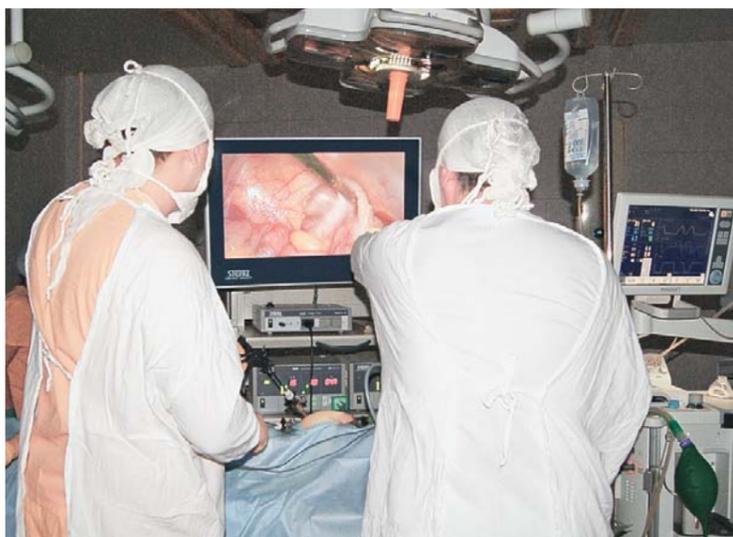
А выписывать рецепты учат на кафедрах фармакологии на третьем курсе.

Следующее безапелляционное заявление: «Сегодня низкий уровень подготовки врачей уже стал притчей во языках...» Знает ли автор статьи, в каких условиях в последние полтора десятка лет проводится учебный процесс по базовым клиническим дисциплинам? Преподаватели, без исключения, профессора, доценты ассистенты и вместе с ними

Ситуация

# Как же учить врачеванию?

## Беда, коль пишут о том, о чём не ведают



Не бывает клинициста без обширной врачебной практики

студенты отлучены от больного как объекта изучения и обучения. Руководство больницы не рекомендует обращаться к сотрудникам кафедры за помощью в ведении больных. Как результат – деквалификация преподавателя как врача и низкий практический (!), не теоретический, уровень обучения врачеванию. Сколько раз «Медицинская газета» писала о том, что в так называемых клинических больницах преподавание ведётся вне клинического отделения, например, в патологоанатомическом корпусе или в подвале. В помещениях, где на каждого студента вместе с преподавателем приходится по 1,5-2 м<sup>2</sup> площади. Казалось бы, заказчики на подготовку специалистов в лице департаментов и главных врачей должны озаботиться созданием

нужных условий для подготовки своих будущих кадров. Но этого на деле не происходит. Читает ли те журналисты, которые пишут о здравоохранении, медицинские периодические издания, где обо всём этом писано-переписано? Видимо, нет.

Не менее остра проблема с преподавателями. Раньше выпускнику вуза остаться на кафедре – это большая удача и честь. Теперь способных ребят, знающих язык и компьютерную технику, на кафедру не заманишь. Уходят в больницы. Там теперь зарплата у врачей в 1,5-2 раза больше, чем у профессора или доцента, а зарплате молодого ассистента без степени и говорить неловко. Многие преподаватели, профессора и доценты не исключение, вынуждены подра-

батывать на стороне. Кстати, как врачи и консультанты. Можно ли спрашивать с них полной отдачи в учебном процессе, непрерывного повышения своего педагогического мастерства.

У меня вопрос к автору статьи. Иллюстрируя своё заключение о плохой подготовке врачей, она пишет среди прочего о «грубейших врачебных ошибках, которые приводят к смерти в результате неправильного диагноза, неграмотной терапии или топорной хирургии». Откуда взялись такие врачи? Автор считает, что виной плохая подготовка в вузе. Откуда же взялись врачи, которые и рецепты умеют выписывать, и фонендоскоп из рук не выпускают, и рентгеновские снимки читают сходу. По опыту знаю, что всегда была разница между интернами, которые проходили интернатуру на кафедрах, в клинических кафедральных отделениях, и теми, кто проходил интернатуру в городских и муниципальных больницах, в пользу первых. В случае со вторыми никто за пределами вуза не озабочен обучением молодого врача. Как правило, он предоставлен сам себе. Выплывет – хорошо, нет – пусть ищет другое место.

Что будет с нашими бедными больными, когда с 2016 г. не станет интернатуры, и в поликлиники придут выпускники, которых медицине учили без больных? Тогда другой журналист исполнится «праведного» гнева за плохую подготовку врачей в вузе и откажет преподавателю в праве лечить больных.

Если преподаватель только теоретик, может ли он занимать-

ся повышением квалификации врачей в вузах и на кафедрах последипломного образования? По логике автора статьи, все они теоретики, эти доценты с профессорами, и подпускать их к переподготовке врачей, а тем более к больному нельзя.

Когда начались многократные реформы здравоохранения, клиническая база для проведения учебного процесса стала сокращаться как шагреновая кожа. Главные врачи клинических больниц, может быть не по своей воле, а в силу проводимых реформ, стали изымать у кафедр учебные помещения, которые, как правило, располагались в палатах отделений стационара. Такое расположение учебных комнат облегчало проведение учебного процесса «на больных». Делало его более эффективным и качественным. Теперь стало выгоднее сделать в отделении побольше платных палат. Любое помещение в больнице должно приносить деньги. Кафедры стали бременем для больницы: университет за свет и отопление не платит, а помещения занимает. Платные услуги и интенсифицированный лечебно-диагностический процесс (сокращение сроков госпитализации), несмотря на известные издержки для качества оказания помощи больным, оказались предпочтительнее в смысле зарабатывания денег. Выросла зарплата главных врачей и врачей больницы.

Когда мэр Москвы С.Собянин согласился на зачисление в штат больниц преподавателей медицинского вуза, Минздрав запланировал в 2015-2017 гг. создание клинических больниц, во главе которых будет не только главный врач, но и руководитель клинической кафедры, это вызвало большую тревогу у главных врачей. Вполне объяснимо: извините за не очень корректную фигуру речи, надо будет делиться – не только помещениями под учебные комнаты, но и зарплатой.

Не хочется думать, что статья, появившаяся в популярном СМИ, инспирирована главными врачами. Возможно, после доверительной беседы «по душам» с одним из них автор взялась за перо.

Рудольф АРТАМОНОВ,  
профессор.

Москва.

## Акценты

Информатизация здравоохранения – неотъемлемая часть развития отрасли на современном этапе. Так, в столичном её сегменте до конца этого года начнут действовать 2 новых информационных сервиса, предназначение которых состоит в максимальной доступности для 12 млн зарегистрированных в системе ОМС жителей мегаполиса.

Наряду с этим стало известно, что, несмотря на во многом негативную окраску в обществе, реформы столичного здравоохранения проходят весьма и весьма позитивно. Всё это обсуждалось на «круглом столе» на тему «Состояние и перспективы внедрения ИТ в систему здравоохранения Москвы. Интересен ли московский опыт для регионов».

– Информация о сокращении 14 тыс. врачей в Москве не соответствует действительности. Шум вокруг этого специально нагнетается. Цифра надуманная и даже близко не подбирается к реальной, – заявил начальник Управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения Москвы Евгений Никонов.

Чиновник отметил, что, несмо-

# В пример всей стране

## Московские медики, как всегда, стремятся быть впереди

трян на проводимую оптимизацию работы медицинских учреждений и сокращение стационарных коек, количество пролеченных в прошлом году больных не только не сократилось, но даже выросло. Что характерно, в столице снизились показатели госпитальной летальности, а показатели смертности на дому остаются без изменений.

– Несмотря на секвестрацию московского здравоохранения, в городе функционируют федеральные, ведомственные и частные медицинские организации, работающие в системе ОМС. 83 тыс. врачей в столице работают вне системы государственного здравоохранения, – подчеркнул Е.Никонов. – Это огромная цифра. Если мы посчитаем обеспеченность врачами, то по системе государственного здравоохранения у нас эта цифра больше, чем в любом другом

субъекте нашей страны. В Москве чуть больше 50 тыс. врачей в государственной системе города плюс эти 83 тыс. Если всё пересчитаем, то получаем огромную диспропорцию, – сказал он.

Однако по мнению столичных властей и ряда экспертов, наиболее актуальной отраслевой проблемой является так называемый кадровый дисбаланс между стационарами и поликлиниками.

– У нас мало врачей общей практики, их подготовка страдает. Ни в одной стране мира нет такого, чтобы, к примеру, гастроэнтеролог не мог делать эндоскопию и не смог сделать УЗИ брюшной полости. У нас это три разные специальности (гастроэнтеролог, эндоскопист и врач функциональной диагностики). – Прим. ред., – посетовал Е.Никонов. – Мы находимся в состоянии заложников

у той системы образования, которая ещё есть в здравоохранении. Вести комплексную реорганизацию системы здравоохранения, и начинать с образования – вот ключевая задача на ближайшие годы, – резюмировал он.

Не остались без внимания и животрепещущие вопросы информатизации. Стало известно, что благодаря новому сервису москвичи получат возможность в электронном виде выбирать для себя медицинскую организацию, обслуживающую пациентов в рамках системы ОМС. В настоящий момент это можно сделать только при личном посещении медучреждения.

– До тех пор, пока в нашем ведении это будет портал госуслуг, где каждый желающий сможет оформить доступ в систему, но в соответствии с существующими

правилами менять медицинскую организацию можно раз в год либо при смене места жительства, – пояснил заместитель директора Московского городского фонда ОМС Фёдор Кидалов. – Второй сервис будет информировать застрахованного об оказанных ему медицинских услугах. Мы не говорим пока про электронную карту. Речь идёт о том, что пациент сможет узнавать, какая услуга и по какой стоимости ему была оказана, – добавил он. Новые электронные сервисы могут стать действенным оружием против приписок, ведь пациент – это лучший контролёр, которому можно и нужно дать возможность получать информацию, – заключил чиновник.

Марк ВИНТЕР,  
МИА Сито!

Москва.

Пить меньше россияне после упразднения в 2011 г. медвытрезвителей не стали, тем более что никакой альтернативы таким заведениям им власти не предложили. И вот теперь в Комитете Госдумы РФ по охране здоровья разработан законопроект, разрешающий регионам включать помощь выпивохам-алкоголикам в территориальные программы оказания социальных услуг.

### Такой «порядок» не устраивает...

Сейчас, как известно, подбронных «скорой» в бессознательном состоянии пьянчужек везут в приёмные отделения обычных больниц, хотя, по данным Минздрава, реально в медицинской помощи нуждается лишь треть таких «пациентов». К тому же в подавляющем большинстве больниц нет ни отдельных входов, ни помещений для людей в состоянии опьянения, ни дежурных сотрудников полиции. Как следствие, пьяные пугают персонал и больных, достаётся и сотрудникам «скорой». При этом все они нередко подвергаются опасности.

Не зря и медики, и пациенты всё громче выступают против такого «порядка». Минздрав России – решительно за возвращение системы специализированных вытрезвителей, которая находилась ранее в структуре МВД и которая, по словам министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, даст возможность человеку «не замёрзнуть на улице, не попасть в какую-то сложную ситуацию». Речь, понятно, не идёт о полукриминальных спецучреждениях советского образца, выполнявших несовместимые функции: правоохранные, медицинские и функции по перемещению человека, которого нельзя было оставить на улице. В закрытом помещении вытрезвителей это приводило к насилию по отношению к человеку, не способному физически защитить себя.

«Не все люди в состоянии опьянения требуют оказания медицинской помощи... Наша была принципиальная позиция, которую озвучивала ещё предыдущая команда Министерства здравоохранения и социального развития РФ, о необходимости сохранения той системы, которая

### Проекты

# Медвытрезвители: есть альтернатива!

В Госдуме серьёзно задумались о помощи выпивохам-алкоголикам



Вместо спецучреждения – в больницу...

была всегда. Это должны быть вытрезвители – специальная система под наблюдением, которая даёт возможность человеку быть вне опасности», – заявила глава Минздрава на расширенном заседании Комитета Совета Федерации по социальной политике. Эта система должна быть вне системы здравоохранения, уточнила В.Скворцова, по мнению которой плата за услуги может взиматься непосредственно с оказавшегося в вытрезвителе человека.

Проблема возвращения вытрезвителей стала сегодня актуальной не из-за пьяниц, а из-за достигшего критического уровня недовольства медиков, вынужденных заниматься не свойственными им функциями, считает председатель Комитета Госдумы РФ по охране

здоровья Сергей Калашников. «Создающий большие проблемы медучреждению неадекватный пациент требует не столько медицинского, сколько социального обслуживания, – убеждён он. – И понятно, почему регионы просят сегодня вернуть спецучреждения».

В феврале, например, за восстановление службы вытрезвителей высказался директор Крымского республиканского центра медицины катастроф и скорой помощи Геннадий Антонок. Немало аналогичных просьб поступило и из других субъектов Федерации. С инициативой создания в городах с населением 100 и более тысяч человек специализированных учреждений для помещения лиц в алкогольном опьянении – медвытрезвителей выступил Совет Фе-

дерации, а Минздрав совместно с МВД подготовили на этот счёт соответствующие предложения в Правительство РФ.

Напомню, что медвытрезвители закрылись в 2011 г. в России в ходе реформы МВД, так как по Закону «О полиции» наличие этих учреждений в структуре этого министерства не предусмотрено. Функции вытрезвителей были спихнуты на медицинские учреждения.

### Это – функции полиции

Так, быть может, и продолжалось бы, если бы не недавний скандал в Санкт-Петербурге с сотрудниками «скорой», тащившими в машину за руки и за ноги пострадавшего в пьяной драке. По словам С.Калашникова, этот случай послужил своего рода катализатором процесса.

По поручению В.Скворцовой Росздравнадзор провёл внеплановую выездную проверку Санкт-Петербургской городской станции скорой медицинской помощи по факту некорректного обращения с пациентом. Выяснилось, что сведения в карте вызова противоречат видеозаписи с камер наблюдения, расположенных в подъезде. Так, транспортировка пациента была проведена без применения носилок, рана головы мужчины не была обработана. Кроме того, бригада фельдшеров прибыла на вызов без специальной укладки для оказания скорой медицинской помощи. На подстанции «скорой» выявлены нарушения стандарта оснащения автомобиля класса А для фельдшерской общевыездной бригады «скорой».

По данным правоохранитель-

ных органов, пациент был доставлен в больницу в тяжёлом состоянии с алкогольной интоксикацией тяжёлой степени и ушибленными ранами лобной и затылочной областей, а также верхней губы. Травмы мужчина получил в результате драки с соседом.

Тем не менее выезжавшие на вызов фельдшеры были уволены, руководству ССМП было выдано предписание об устранении выявленных нарушений в срок до 10 сентября 2015 г. Материалы контрольно-надзорных мероприятий переданы в прокуратуру города, Следственный комитет, а также в лицензирующий орган – Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга.

...Концепция будущих «вытрезвляющих» учреждений должна полностью поменяться, подчёркивает С.Калашников. «Это должно быть подразделение соцзащиты, – полагает он. – Конечно, в его штате должны быть и медработники, как и в других социальных учреждениях. А доставка пьяных и обеспечение правопорядка – это функции муниципальной полиции».

Работа над законопроектом, разрешающим субъектам Федерации включить соответствующий вид соцслужб в территориальную программу и финансировать их за счёт средств региональных бюджетов, направленных на социальную сферу, закончена. Он отправлен на согласование в занимающуюся этой же темой совместную комиссию МВД и Минздрава, после чего будет вынесен на рассмотрение Госдумы.

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

### Особый случай

Ректора Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Андрея Камкина освободили от занимаемой должности. Такой приказ был подписан министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой. Об этом «МГ» сообщили в пресс-службе главного ведомства здравоохранения нашей страны.

Как известно, «второй мед» в последнее время неоднократно упоминался в различных средствах массовой информации в связи с пожаром в общежитии, который произошёл 22 апреля. В результате возгорания пострадали 43 человека, 37 из них было госпитализировано. Большинство пострадавших – 33 человека – оказались гражданами Малайзии.

Впоследствии в больнице умерли трое пострадавших при

# Согласно приказу министра

Пожар высветил целый ряд проблем в одном престижном медицинском вузе

пожаре. Причиной возгорания, по одной из версий, стало короткое замыкание из-за одно-временной работы нескольких бытовых приборов. Студенты решили рассказать о нарушениях правил пожарной безопасности в зданиях общежития, в частности, о закрытых на замок пожарных выходах.

Здесь важно вспомнить, что уволить А.Камкина ещё в прошлом году просили Конфедерация труда России и Профсоюз работников высшей школы «Университетская солидарность». Активисты устраивали акции протеста против «незаконного увольнения» доцента РНИМУ Юлии Чебаковой. Наряду с этим

протестующие жаловались, что в университете организована антипрофсоюзная кампания и на членов профсоюзов оказывается давление.

Студенты РНИМУ после пожара в общежитии на ул. Академика Волгина стали получать анонимные угрозы. Сами учащиеся по факту ЧП тем временем готовят обращения в полицию и прокуратуру.

Стало известно, что студенты «второго меда» намерены рассказать о большом количестве нарушений правил пожарной безопасности и санитарно-гигиенических норм в зданиях общежития, в одном из которых и произошёл крупный пожар.

В частности, учащиеся намерены пожаловаться на перекрытые пожарные выходы, крысы и тараканы в столовой, а также запрет на проход в общежития кого-либо, кроме ближайших родственников обучающихся в вузе.

При этом, что примечательно, руководство вуза отказалось от комментариев «до прояснения ситуации».

Яков ЯНОВСКИЙ,  
МИА Сито!

### Когда верстался номер

Приказом Министерства здравоохранения РФ № 77-пк от 30.04.2015 директору Научно-исследовательского института трансляционной медицины РНИМУ им. Н.И.Пирогова ЛУКЪЯНОВУ Сергею Анатольевичу поручено исполнение обязанностей ректора государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Российский национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России на срок по 31 июля 2015 г.

Соб. инф.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 31 (1883)

**34-летний мужчина обратился за амбулаторной медицинской помощью по поводу боли в горле в течение последних 3 дней. С его слов, боль сопровождалась субъективным ощущением лихорадки, ознобом, ощущением тяжести в области назальных синусов, периодическим кашлем и слабостью. Одышки или головной боли не было. Похудения, боли в животе или груди не отмечал.**

**В анамнезе больного обращали на себя внимание только синдром дефицита внимания, диагноз которого был поставлен в возрасте до 15 лет, депрессия и несколько эпизодов тонзиллита в детстве. До госпитализации получал метилфенидат (5 мг в день), бупропион (100 мг 2 раза в день) и цолпидем (5 мг по показаниям). За день до поступления в больницу принял омега-3 (20 мг в день) по собственной инициативе по поводу боли в горле.**

**В прошлом был курильщиком табака до 27-летнего возраста. Периодически употреблял марихуану. Алкоголь принимал не постоянно, как и внутривенные наркотики. В своё время курил метамфетамин, но оставил это 19 лет назад. Проходил обучение на терапевта-радиолога.**

При обследовании: Т 36,7, пульс 72/мин, АД 110/70 мм рт.ст., ЧД 16/мин. Оксигенация крови 90%. Конъюнктива не бледная, серная пробка в правом ушном проходе. Передне-шейный лимфатический узел справа безболезнен, подвижен, размером от 1 до 3 см. При осмотре полости рта зубы санированы, экссудации или увеличения миндалин нет. В лёгких при аускультации чисто, признаков стридора нет. Сердечные шумы не выслушиваются, ритм регулярный. Давление в яремной вене нормальное. При пальпации живот мягкий, безболезнен и не напряжён, органомегалия не отмечается. Суставы не отёчны и безболезненны. Неврологический статус без отклонений. На коже левой щеки обычного цвета мягкий узел 7 мм в диаметре (позднее был расценён как внутрикожный невус).

В то время лабораторные исследования не проводились, был прописан 10-дневный курс цефалексина по 500 мг каждые 6 часов по поводу предполагаемого стрептококкового фарингита, а также ибупрофен по 800 мг 3 раза в день.

Больной вернулся через 6 недель. Несмотря на курс антибиотиков симптомы не уменьшились. Передне-шейный узел справа несколько увеличился в размере. Отклонений при физикальном обследовании выявлено не было. В анализе крови лейкоциты 6500 в 1 мм<sup>3</sup>, нейтрофилы 69%, лимфоциты 20%, атипичных клеток нет. Гематокрит 42%, тромбоциты 204 000 в 1 мм<sup>3</sup>. Тесты на гетерофильные антитела и антитела к ВИЧ по результатам трёхкратного энзиматического иммуноанализа были отрицательными.

Пациент был направлен в лор-клинику. При ларингоскопии выявлен двусторонний тонзиллит с расширенными криптами без экссудата. КТВП шеи показала увеличение миндалин и большой передне-шейный лимфатический узел (см. фото 1).

Была проведена аспирационная игольчатая биопсия шейного лимфатического узла. При цитологическом исследовании обнаружены злокачественные клетки. Гистологических признаков некротизирующего лимфаденита, известного как болезнь Кикухи не было. Находка была расценена как рак и была проведена операция тонзилэктомии. Правая миндалина размером 4 x 3,5 x 2 см, левая – 3,8 x 2,2 x 1,8 см с признаками гиперплазии, но не были злокачественными по данным макроскопии и флоу-цитометрии.

У больного продолжались жалобы на боль в горле и отмечалась лимфаденопатия, несмотря на тонзиллэктомию, а также одинофагия, возникающая после биопсии. К этому времени прошло 4 месяца с момента появления указанных выше жалоб. Больной был направлен на консультацию в клинику инфекционных болезней. В дальнейшем в анамнезе было сосредоточено внимание на его сексуальном здоровье. Сначала больной отрицал сексуальный контакт с мужчинами, но в ответе на дальнейшие расспросы сообщил, что имел оральный секс с мужчиной примерно за 6 месяцев до того, как заболел.

При физикальном обследовании выявлена распространённая макулопапулёзная сыпь на туловище, руках, ногах с отдельными чешуйчатыми элементами размером до 3 мм в диаметре на левой кисти, что раньше не было замечено. Определён безболезненный переднешейный лимфатический узел справа размером до 1,5 см.

## Уроки одного анамнеза жизни

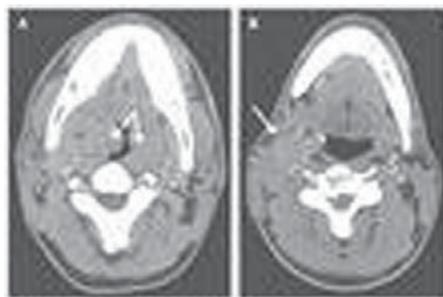


Фото 1. КТВП ротоглотки

Аденопатии при обследовании надключичной, аксиллярной и яремной областей выявлено не было. Обследование ротоглотки не показало экссудата.

Количественный RPR-тест на IgG-антитела к трепонеме дал положительный результат. Титр RPR – 1 : 256. Уровень ревматоидного фактора – менее 13 IU/мл, тест на антинуклеарные антитела был отрицательным. ВИЧ не обнаружен.

Больной признался, что прежде принимал пенициллин, что приводило к появлению тошноты и рвоты, но никогда не было сыпи. Ему было назначено лечение пенициллином G бензатина в однократной дозе 2,4 млн единиц внутримышечно. Нежелательных побочных действий не возникло. 4 недели спустя сыпь исчезла, увеличенные лимфатические узлы уменьшились, стали менее 1 см в диаметре, выраженность симптомов также уменьшилась. 3 месяца спустя при амбулаторном визите отмечено уменьшение RPR-титра до 1 : 4. Для подтверждения диагноза тонзиллярного сифилиса проведено повторное исследование биоптата с окраской по Warthin – Starry. Было выявлено наличие спирохеты (фото 2).

Тест ПЦР показал наличие *Treponema pallidum*. В известность был поставлен Департамент здравоохранения и начат поиск контакта.

### Обсуждение

У больного при поступлении были признаки острого фарингита. Предполагалось, что болезнь вызвана *Streptococcus pharyngitis* группы А. Однако фарингиты чаще бывают вызваны вирусной инфекцией, и кашель мог появиться позднее. Наиболее часто это вирусы гриппа, для которых типичными являются миалгия и кашель. Вирус простого герпеса также может манифестировать как фарингит, и вероятность такой этиологии велика у подростков и молодых людей. Повышенная утомляемость у больного могла быть обусловлена мононуклеозом.

Предшествующие эпизоды тонзиллита также не служили дифференциальной диагностике. Приём метамfetamina обычно ассоциируется с сексуальным поведением высокого риска, и хотя об этом сообщалось как о давнем событии, возникает подозрение о болезнях, передающихся половым путём.

Физикальное обследование не давало

повода для диагноза стрептококкового фарингита. У больного не было повышенной температуры, лимфатические узлы были безболезненны, не было экссудата или увеличения миндалин. Поэтому не было показано к назначению антибиотикотерапии. При наличии двух и более из следующих критериев: лихорадка, экссудат на миндалинах, болезненные шейные лимфатические узлы и отсутствие кашля следовало бы выполнить быстрый тест на стрептококковый антиген. Но у данного больного был только один из перечисленных признаков – повышенная температура в анамнезе. Поэтому было предложено следить за симптомами и обратиться повторно при их ухудшении, особенно если появится болезненность при глотании или лихорадка. Если бы наблюдались более широкие симптомы в пользу диагноза стрептококкового фарингита, препаратом выбора был бы цефалексин в дозе 500 мг дважды в день.

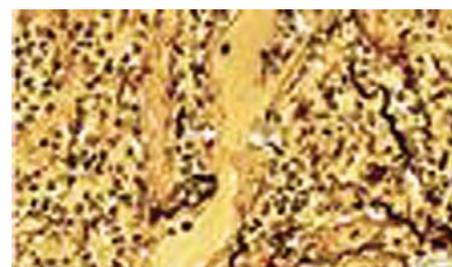


Фото 2. Гистологический препарат биопсии лимфатического узла. Выявление *Treponema pallidum*

У больного были признаки хронического тонзиллита. Причиной данной клинической картины мог бы быть инфекционный мононуклеоз, но тест на гетерофильные антитела был отрицательным. Однако вероятность ложно-негативных результатов этого теста общеизвестна. Отрицательный энзиматический иммунный тест, выполненный спустя 6 недель от начала болезни, исключал ВИЧ-инфекцию. Поскольку сероконверсия бывает в редких случаях через 6 недель, имело смысл провести генетическое исследование, чтобы исключить этот диагноз. Тест на р24-антиген мог бы определить острую ВИЧ-инфекцию до сероконверсии. Увеличенный лимфатический узел и большие размеры миндалин повышали вероятность лимфомы, но гистологических признаков на это не было.

Клиническая картина не давала повода для диагноза болезни Кукихи, для которой типична болезненная лимфаденопатия, да и гистологических признаков по данным биопсии лимфатического узла в пользу этой болезни не было.

Оральный секс породил несколько клинических ситуаций. Гонококковый фарингит может развиваться после орального секса, но протекает бессимптомно. Герпес-вирусная инфекция также может вызвать боль в горле, но рутинное клиническое обследование обнаружит отличительные поражения слизистых оболочек. Появились новые данные об одинофагии при герпес-вирусном эзофагите.

Роль острой ВИЧ-инфекции также рассматривалась у обсуждаемого больного, но о ней можно было бы говорить, если бы тесты на ВИЧ были положительными. При остром ВИЧ-синдроме раннее начало антиретровирусной терапии помогло бы контролировать инфекцию и уменьшить трансмиссию её партнёрам, локализация лимфаденопатии была бы другой. Боль в горле и одинофагия не характерны для сифилиса. Однако эти симптомы могут меть место. В таких случаях следует выполнять быстрый тест с плазменным реагентом (rapid plasma regain – RPR). Трансмиссия ВИЧ-инфекции часто бывает одновременно с трансмиссией других, передающихся половым путём болезней, – гонореи и сифилиса.

Данные о наличии у больного сыпи на коже и поражения ладоней весьма по-

дозрительны в отношении вторичного сифилиса. Сыпь – весьма характерный признак сифилиса, и нужно время для её появления у больного, потому что признаки вторичного сифилиса развиваются спустя 4-10 недель после первичного заражения. Частота сифилиса в настоящее время растёт, особенно среди мужчин, которые занимаются сексом с мужчинами. Следовало бы провести исследование на эту инфекцию и обратить внимание на сообщение больного о сыпи у него на пенициллин, потому что пенициллин является наиболее предпочтительным для лечения сифилиса.

### Комментарий

Фарингит – редкое проявление вторичного сифилиса. Однако сифилис может манифестировать «мириадой способов», о чём говорит его кличка «великий притворщик». Инфекция *T. pallidum* первично передаётся через половой контакт, но спирохета может также передаваться через плаценту и прямой инокуляцией при поцелуе или при контакте со свежей язвой. Первичный сифилис характеризуется появлением безболезненной язвы на месте инокуляции, когда язва располагается во влажной, прямой кишке или ротоглотке. Часто она незаметна для больного. Приблизительно через 6 месяцев после контакта шанкр (язва) заживает, после чего начинают появляться симптомы вторичного сифилиса. Наиболее частый клинический симптом вторичного сифилиса – сыпь, в том числе на коже ладоней и подошв, которые у этого больного привели в клинику инфекционных болезней. Сыпь обычно макулопапулёзная, но может также быть пустулёзной или комбинацией обоих видов. Лимфаденопатия, слабость, лихорадка, гнездное облысение также могут наблюдаться при вторичном сифилисе.

Без лечения все эти симптомы обычно разрешаются в пределах 8 недель, и инфекция становится «спящей». В эту латентную стадию *T. pallidum* продолжает захватывать почти все органы. Рецидивы болезни в эту стадию могут иметь место. Ранний сифилис (то есть первичный, вторичный или ранний латентный сифилис) наиболее заразен, чем поздний латентный сифилис. Поздний латентный определяется как серопозитивный, бессимптомный, приобретённый спустя 12 месяцев после заражения. Много лет спустя (обычно несколько десятилетий) после заражения ставится диагноз «третичный сифилис, конечная стадия», который может привести к разрушительным неврологическим или кардиологическим последствиям.

Лечением выбора во всех стадиях болезни является пенициллин. Больным с ранним сифилисом достаточно единственное внутримышечное введение 2,4 млн единиц пенициллина G бензатина. Больным с поздним латентным сифилисом следует назначать три внутримышечные инъекции препарата в указанной дозе через каждые 3 недели. Если у больного аллергия на пенициллин, назначают доксициклин. Больным с ВИЧ-инфекцией следует исключить нейросифилис перед тем, как начать лечение, так как первой линией лечения нейросифилиса будет или пенициллин G натрия (водорастворимый препарат), или пенициллин G прокаина – ежедневно в течение 10-14 дней.

Хотя проходят испытания новые анти-микробные препараты, никакие другие пока не рекомендуют применять для лечения сифилиса. До постановки диагноза больной получал цефалексин, который может иметь некоторую активность против сифилиса. В исследовании, выполненном в 1974 г. 11 из 14 больных со вторичным сифилисом дали хороший ответ на цефалексин в общей дозе 30 за период в 15 дней. Обсуждаемый больной получил 20 г препарата за период в 10 дней, который не излечил болезнь, но который, возможно, отсрочил появление сыпи.

В то время как частота сифилиса в США снижалась за период с 1990-х по начало 2000-х годов, возрастает его распространённость среди мужчин, практикующих гомосексуальные связи. Инфекция в этой популяции в настоящее время составляет более чем 70% всех случаев первичного и вторичного сифилиса. Сочетанная ВИЧ-инфекция также стала обычной для гомосексуального сифилиса. Среди гомосексуальных мужчин коморбидность ВИЧ и сифилиса составляет 40%. Обсуждаемый больной был протестирован на ВИЧ во время второго визита к врачу общей практики, который констатировал у него

наличие боли в горле и недомогание и предполагал вероятность острой ВИЧ-инфекции. Центр контроля болезней и профилактики (Center for Disease Control and Prevention) рекомендует, чтобы все мужчины-гомосексуалисты подвергались тестированию на инфекции, передающиеся половым путём (ВИЧ, гонорея, хламидии и сифилис), по крайней мере ежегодно. В эту же категорию входят мужчины высокого риска (то есть те, кто имел многократных анонимных половых партнёров или контакт с бактериями, вызывающими болезни, передающиеся половым путём в предшествующие 12 месяцев); они должны проходить тестирование каждые 3 месяца.

Обсуждаемый случай подчёркивает важность изучения сексуального анамнеза. Если бы риск ИППУ у данного больного был распознан раньше – по первым признакам

болезни, он бы получил необходимую помощь, включая тонзиллэктомию, и риск заражения других был бы снижен. Обзор показаний врачей показывает, что в 55% случаев собирается, в том числе, и сексуальный анамнез во время первого визита или при ежегодных осмотрах, но далеко не часто обсуждались такие вопросы, как сексуальные партнёры больных, число партнёров, типы сексуальной активности, включая оральный секс. Беседы врачей были короткими по времени, врачи не имели достаточного опыта для обсуждения, принадлежали к разным культурам и испытывали дискомфорт при обсуждении сексуальной активности, что не давало полного представления о сексуальном анамнезе. Больные также должны быть более откровенными при обсуждении интимных подробностей их сексуального

опыта. Обсуждаемый больной не сообщил о своей сексуальной практике в самом начале, хотя ему был задан такой вопрос врачом инфекционной клиники. Возможно, что оральный секс не рассматривается как половой акт. Обзорное исследование студентов канадских университетов показал, что 60% из них не считает оральный секс сексом как таковым.

Тем не менее этот вид секса достаточно распространён. Национальный обзор 2002 г. в США показал, что почти 90% мужчин и женщин от 25 до 44 лет практикуют оральный секс с противоположным по полу партнёром. В исследовании, включавшем только молодых мужчин, 80% из них показали, что занимались незащищённым оральным сексом в течение предшествующих 6 месяцев. Это свидетельствует о том, что сифилис может передаваться оральным

образом, так же как и гонорея, хламидия, вирус простого герпеса и папилломавирус человека.

Точный и своевременный диагноз сифилиса важен не только для конкретного пациента, но и для здоровья населения в целом. Случаи сифилиса должны в обязательном порядке фиксироваться органами здравоохранения, которые обязаны искать сексуальные контакты и лечить партнёров. При дифференциальной диагностике труднообъяснимых системных болезней, включая, в том числе, и фарингит, важной составляющей является изучение сексуального анамнеза.

Рудольф АРТАМОНОВ,  
профессор.

По материалам  
New England Journal of Medicine.

(Окончание. Начало в № 33 от 08.05.2015.)

Провокация синдрома Бругада.

Медленное внутривенное введение 1 мг/кг гилуритмала (аймалин), 10 мг/кг новокаинамида (прокаинамид) увеличивает степень выраженности СБ.

Эти пробы должны проводиться в специализированных кардиологических отделениях при условии полной готовности к оказанию

# Аритмогенная дисплазия правого желудочка

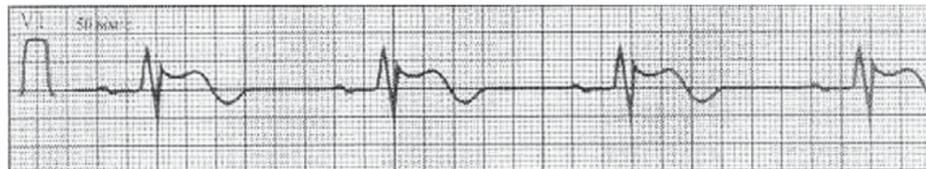


Рис. 9. Синдром Бругада (подъём сегмента ST типа «седло»)

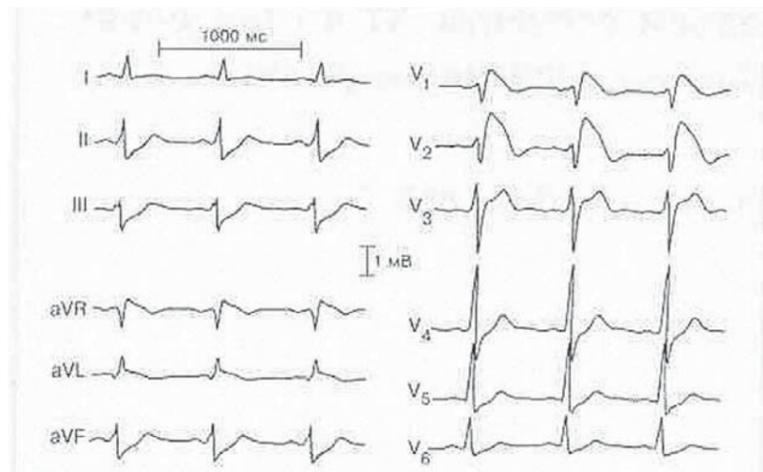


Рис. 10. Синдром Бругада (блокада правой ножки пучка Гиса и подъём сегмента ST типа «свод» в V<sub>1-2</sub>)

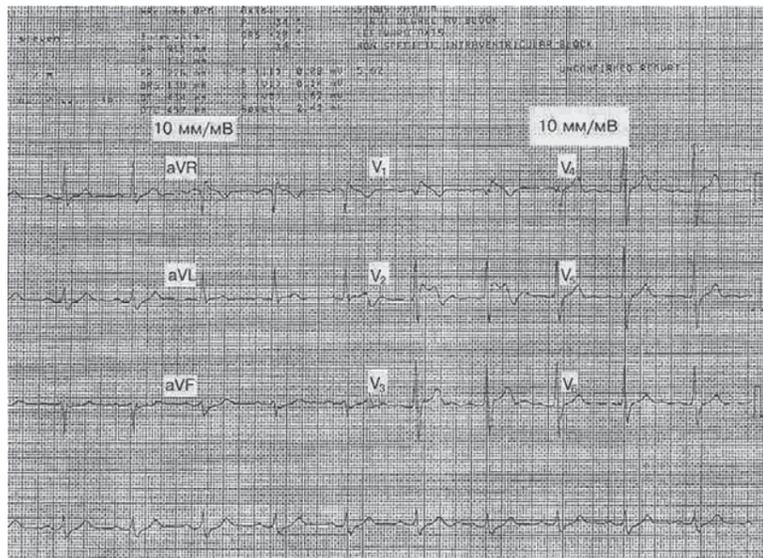


Рис. 11. Синдром Бругада (в отведении V<sub>1</sub> подъём сегмента ST типа «свод», в V<sub>2</sub> – типа «седло»)

экстренной помощи, так как указанные препараты у больных с СБ могут вызывать опасные желудочковые тахикардии, вплоть до фибрилляции.

При проведении инвазивного ЭФИ у больных с СБ часто индуцируются желудочковые аритмии.

## Лечение больных с АДПЖ

1. Предупреждение рецидивов жизнеугрожающих ЖТ.
2. Профилактика внезапной смерти.
3. Лечение СН.

## Терапия

Антиаритмические препараты.

Радиочастотная катетерная абляция, имплантация кардиовертеров-дефибрилляторов.

## Антиаритмическая терапия

β-адреноблокаторы. Они позволяют снизить степень адренергических влияний на сердце, возникающих при физических и эмоциональных нагрузках, и тем самым снизить риск развития аритмических событий.

**Соталол.** Объединяет в себе действия неселективного β-блокатора и антиаритмика III класса. Рекомендуется при частой желудочковой экстрасистолии высоких градаций, эпизодов желудочковой тахикардии. Является наиболее эффективным средством медикаментозной профилактики пароксизмов ЖТ у пациентов с АДПЖ. По критериям внутрисердечного ЭФИ его эф-

фективностью кровообращения. По-видимому, он также должен занимать место в первом ряду средств лечения больных с АДПЖ. Однако сегодня нет данных специально проведённых исследований, которые подтвердили бы это положение.

**Использование препаратов 1С класса нецелесообразно** ввиду низкой эффективности и высокого риска аритмогенного действия, как и при других видах патологии, протекающих с дилатацией полостей сердца и снижением сократимости миокарда.

**Радиочастотная катетерная абляция.** Может быть использована у больных с ЖТ, воспроизводимой с помощью электростимуляции при проведении внутрисердечного ЭФИ. Нанесение радиочастотного воздействия на миокард направлено на разрушение аритмогенной зоны тахикардии.

Данный вид лечения служит альтернативой фармакотерапии при отсутствии эффекта от применения антиаритмических препаратов или их непереносимости у больных с частыми рецидивами тахикардии. Эффект – от 60 до 90%. Отмечается высокая частота отсроченных рецидивов ЖТ (до 60%), что требует проведения повторных процедур из-за прогрессирования патологического процесса и возникновения новых аритмогенных зон. Данные о влиянии этого метода лечения на прогноз жизни пациентов с АДПЖ отсутствуют.

**Имплантация кардиовертера-дефибриллятора (КВД).** Наиболее эффективный метод вторичной профилактики ВСС.

Однако существует повышенный риск осложнений, связанных с имплантацией КВД: высокая вероятность перфорации изменённого миокарда ПЖ трансвенозными электродами во время операции.

Структурно и электрически изменённый миокард генерирует низкоамплитудные электрические сигналы и характеризуется более высокими порогами стимуляции и дефибрилляциями.

Независимые факторы развития ЖТ:

1. Молодой возраст.
2. Анамнез уже пережитых эпизодов внезапной смерти.
3. Нарушения гемодинамики во время пароксизма ЖТ.
4. Результаты клинико-инструментального обследования, свидетельствующие о вовлечении в патологический процесс миокарда ЛЖ.

**Сердечная недостаточность.** Длительное течение заболевания приводит к развитию тяжёлой правожелудочковой, реже бивентрикулярной систолической дисфункции миокарда. Это сопряжено с повышенным риском развития тромбозно-болических осложнений.

Терапия СН включает назначение ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретиков, сердечных гликозидов. В случаях рефрактерной СН должен рассматриваться вопрос о трансплантации сердца.

Рафик САЙФУТДИНОВ,  
заведующий кафедрой терапии,  
доктор медицинских наук,  
профессор.

Казанская государственная  
медицинская академия.

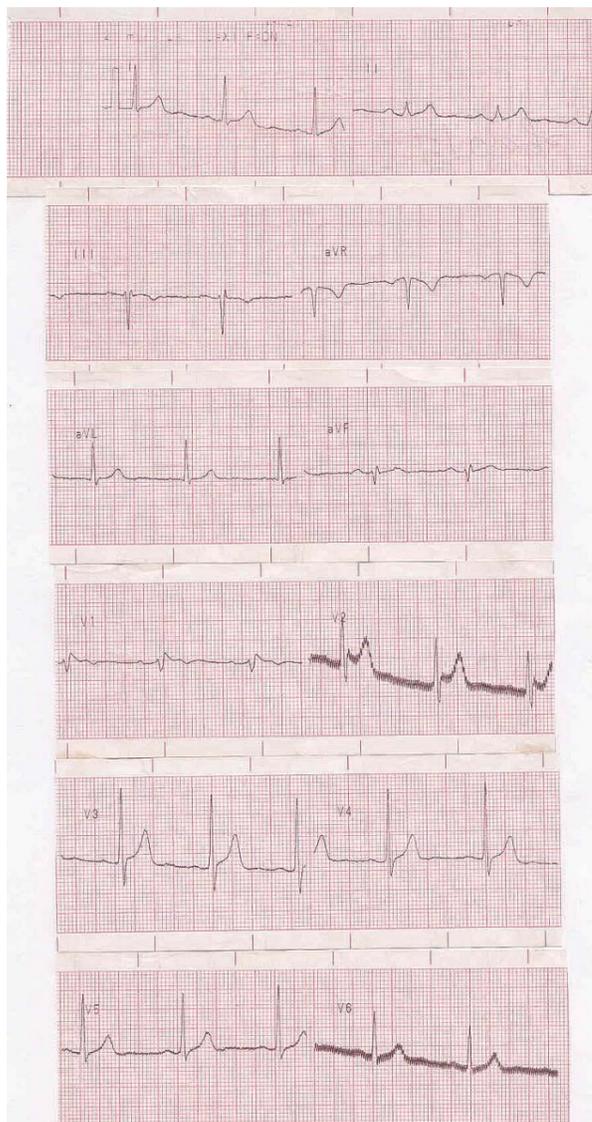


Рис. 12. Синдром Бругада

фективность составила 68,4%. В условиях длительного наблюдения (34 месяца) на фоне постоянного приёма соталола частота рецидивов ЖТ составила 12% при отсутствии случаев внезапной смерти. Доза 60-240 мг.

**Амиодарон.** Имеет эффекты антиаритмического препарата III класса, симпатолитика (α- и β-блокатора) и блокатора кальциевых каналов (IV класс). Препарат номер один при первичной и вторичной профилактике внезапной смерти у постинфарктных больных и пациентов с недоста-

**Состоявшаяся недавно первая сессия Отделения медицинских наук РАН была посвящена аутоиммунным заболеваниям. О причинах такого пристального внимания к данному вопросу, об истории и современном состоянии лечения подобных заболеваний на примере системной красной волчанки мы беседуем с директором Института ревматологии академиком РАН Евгением НАСОНОВЫМ.**

– Для начала – немного об истории вопроса.

– В 1958 г., когда создавался институт, его основной целью была борьба с ревматизмом и пороками сердца. Но уже тогда здесь было создано так называемое отделение «пограничных форм», которое возглавила академик Валентина Александровна Насонова. Именно она стояла у истоков изучения проблемы системной красной волчанки в нашей стране.

Это хорошо описано в книге «Война с красной бабочкой» – так образно называют это заболевание по одному из его самых характерных признаков.

С тех пор изучение волчанки является стратегическим направлением в нашем институте: скоро будем 60 лет отмечать!

Надо сказать, российские ревматологи всегда лидировали в мире в изучении этого вопроса. Вообще проблема аутоиммунных заболеваний стала большой «головной болью» XXI века, потому что, когда мы говорим о высоких технологиях и персонализированной медицине, мы должны понимать, что среди всех заболеваний человечества (конечно, не умаляя значения сердечно-сосудистых и онкологических) на первое место сейчас выходят хронические воспалительные болезни. И в том числе аутоиммунные.

Поэтому интерес к вопросу аутоиммунитета, и как к наиболее яркому его примеру – системной красной волчанке, очень высок.

– В чём особенность данного заболевания?

– При системной красной волчанке наблюдаются нарушения иммунной системы, в результате чего образуются аутоантитела против здоровых клеток и тканей собственного организма, которые способствуют воспалению различных органов. Некоторые аутоантитела, соединяясь с клетками организма, формируют комплексы, называемые иммунными комплексами, что приводит к воспалению и повреждению тканей.

Поражаться могут практически любые органы и системы: кожа, почки, суставы, лёгкие, сердце, мозг. Заболевание может сопровождаться высыпаниями на коже, длительной лихорадкой, болями в суставах или их припухлостью, увеличением лимфатических узлов, поражением серозных оболочек (лёгкого – плеврит, сердца – перикардит), поражением почек (нефрит), нервной системы, внутренних слоёв сердца (миокарда и эндокарда).

И несмотря на все успехи современной терапии, о которых речь дальше, в ряде случаев, при очень тяжёлом варианте течения заболевания, мы по-прежнему не можем спасти наших больных.

– Причины волчанки известны медикам?

– До сих пор нет окончательного мнения на этот счёт. Предполагают, что её развитие обусловлено сочетанием ряда факторов: генетических, гормональных, а также окружающей среды.

В развитии болезни большое значение имеют ультрафиолетовое облучение (к нам нередко поступают молодые девочки, вернувшиеся с летнего отдыха, – с первыми проявлениями или обострением заболевания), психологический стресс и травма, приём некоторых лекарственных препаратов, а также инфекции (особенно вирусные).

– Велика ли распространённость данного заболевания?

– Больных с таким диагнозом очень много, я не могу назвать точ-

ную цифру, но речь идёт о десятках, может быть, даже сотнях тысяч человек. То есть это не орфанное, а широко распространённое заболевание, и очень драматическое, поскольку речь чаще всего идёт о подростках и молодых женщинах.

Причём это заболевание выделяется среди других яркостью клинических проявлений. Многие

логические отделения практически во всех крупных областных и даже городских больницах, и там есть достаточно квалифицированные специалисты, которые знают, что такое системная красная волчанка и умеют её лечить.

Опять же хочу подчеркнуть, что наш институт в глазах многих людей ассоциируется даже не с

– Главной «мишенью» волчанки становятся женщины. Почему?

– Причиной чаще всего является изменение гормонального фона – половое созревание, беременность, послеродовой период, приём гормональных контрацептивов, аборт, менопауза. Кстати, мужчины тоже болеют волчанкой, но в 10 раз реже.

десятилетия интенсивных научных и клинических исследований и затрачиваются колоссальные средства.

Хочу с гордостью отметить, что в последние 10 лет благодаря нашим усилиям российские ревматологи принимают активное участие в создании новых лекарств – в их испытании до регистрационной

Авторитетное мнение

# Обезвредить «красную бабочку»

С помощью новых технологий это становится всё реальнее



другие протекают бессимптомно и заканчиваются либо внезапным летальным исходом, либо очень резким ухудшением состояния пациента. А здесь люди болеют годами, и это приводит к тяжёлым эмоциональным последствиям.

Но сейчас благодаря достижениям медицины в целом и наших ревматологов в том числе прогноз кардинально изменился: от абсолютно безнадёжного он стал достаточно оптимистичным.

– Насколько эффективна ранняя диагностика? Ведь на примере онкологии мы годами говорим об этом, а всё равно не можем добиться...

– Диагноз данного заболевания в классических случаях поставить достаточно легко, потому что у него исключительно яркие признаки, любой дипломированный специалист не может пропустить их наличие. Таких, как «бабочка», то есть гиперемия лица от кончика носа и на щеках; выпадение волос, общее плохое состояние; боли и припухлость суставов.

Есть и такие проявления, которые не очень заметны визуально, но они очевидны при самом простом обследовании (например, появление белка в моче). И конечно, есть специфическая диагностика. К тому же, для врачей разработаны специальные диагностические критерии волчанки. Сверяясь с ними, можно поставить диагноз безошибочно.

– Достаточно ли специфических, которые могут определить волчанку не только на глаз?

– У нас сохранилась, несмотря на все сложности, ревматологическая служба. Она, конечно, работает сейчас в большей степени на общественных началах и подвергается определённой давлению. Несмотря на это, существуют ревмато-

артритом и не с ревматизмом, а именно с волчанкой. Мы полагаем абсолютно уникальным опытом длительного наблюдения этих больных. Некоторые наши пациенты уже дожили до весьма почтенного возраста.

Тут есть два момента. Первый: волчанку уже научились лечить, несмотря на все сложности, а иногда и нежелательные эффекты, назовём это «стандартной терапией».

И второй, довольно интересный: существуют неожиданные и малоизученные особенности течения заболевания. В народе ходят легенды, что можно полностью избавиться от рака без соответствующего хирургического лечения, без тяжёлой химиотерапии? Это, конечно, нонсенс, и за излечение просто принимается недолгий период улучшения состояния больного. Улучшенное течение хронического аутоиммунного процесса, которое иногда ассоциируется с развитием длительных ремиссий, некоторым пациентам тоже вселяет уверенность, что болезнь прошла сама собой. На самом деле без лечения это стопроцентная гибель, и достаточно быстрая.

Ведь сопутствующими патологиями являются почечная недостаточность, тяжёлые поражения центральной нервной системы, артериальные тромбозы (и как следствие – инсульты) и др.

На самом деле, мастерство врача можно даже проверить по тому, как он ведёт больных с волчанкой. Как я уже сказал, поражаются (причём системно) все органы, поэтому специалист должен знать все разделы медицины, причём на очень высоком уровне. Часто требуются и интенсивные методы, и естественно, эти пациенты являются потенциальными клиентами гемодиализа.

Это драматическая ситуация для любой женщины, когда на фоне полного здоровья, желания жить и строить семью вдруг развивается достаточно тяжёлая, а иногда и очень острая патология. В 1958 г., когда мы только-только начали заниматься этой проблемой, в течение года умирало почти 100% таких пациентов, и прогноз у них был, как при тяжёлых гематологических заболеваниях или злокачественных образованиях.

И я помню, в каком тяжёлом моральном состоянии была моя мама от того, что все её молоденькие пациентки с этим диагнозом умирали на её глазах, у неё на руках.

К счастью, вскоре были созданы уникальные методы фармакотерапии, в частности, началось широкое внедрение глюкокортикоидных гормонов. Не случайно за открытие лечебного эффекта кортизона в 1950 г. американским учёным Филиппу Хенчу и Эдуарду Кендаллу, а также Тадеушу Рейхштейну (Швейцария) была присуждена Нобелевская премия.

Для ревматологии внедрение этих лекарственных средств имело такое же значение, как открытие антибиотиков для лечения тяжёлых инфекционных заболеваний. Оно дало возможность спасать жизнь больным с тяжелейшей патологией.

– Является ли современное лечение доступным?

– Глюкокортикоиды до сих пор являются, несмотря на новые достижения медицины, краеугольным камнем в лечении многих заболеваний.

Но здесь есть и свои проблемы, связанные, кстати, именно с волчанкой. Это побочные эффекты. Например, синдром Кушинга, при котором врач порой не может настоять на продолжении лечения, когда пациент считает, что лучше умереть, чем располнеть. Мы видели немало случаев, когда это приводило к смертельным исходам.

В последнее время появились другие схемы лечения, инновационные препараты, которые позволили добиться ещё лучших результатов, потому что только гормонами вылечить тяжёлую волчанку невозможно. Благодаря этому мы добиваемся у некоторых пациентов длительных ремиссий на небольшой поддерживающей терапии.

Что же касается доступности, то надо понимать, что в основном это препараты, которые создаются с помощью методов генной инженерии, а не химического синтеза. Это моноклональные антитела или сложные гибридные белковые молекулы. Технология их получения – очень дорогостоящая вещь. Поэтому, когда мы говорим о их высокой стоимости, это не попытка заработать на бедных несчастных больных. Лекарства, которые создаются с помощью генных технологий, не могут быть дешёвыми. На их разработку и испытание уходят

стадии. Мы сейчас ведём более 60 различных протоколов рандомизированных плацебоконтролируемых исследований.

И вот о чём ещё нужно сказать. Приходилось читать, что подобные испытания – это попытка использовать Россию как страну третьего мира. На самом деле заслужить честь принимать в них участие – очень сложно, причём для любой клиники мира – в Нью-Йорке, Вашингтоне, Париже... Поэтому, когда в нашу страну стали приходить ведущие фармкомпании мира и предлагать подобные проекты, это связано с высокой оценкой именно российской медицины, в том числе ревматологии.

Если же говорить о доступности, то тут, конечно, не обойтись без помощи государства, без поддержки правительства. У нас очень мало людей (и во всём мире их не так много), которые могли бы тратить собственные деньги на покупку таких лекарств. Средняя стоимость лечения такими препаратами приближается к 30 тыс. долл. в год. Согласно фармакоэкономическим расчётам ВОЗ, именно столько нужно для эффективной терапии. На основании этих данных лечение включается в систему страховой медицины, поэтому во многих странах мира оно является почти на 100% бесплатным.

– А у нас?

– У нас была отличная программа оказания высокотехнологичной медицинской помощи, которая имела, на мой взгляд, для ревматологии очень большое значение. Мы почувствовали вкус к лечению пациентов высокоэффективными высокотехнологичными препаратами.

Я всегда боролся со словом «дорогостоящая» и подчёркивал, что это высокотехнологичные лекарства, которые могут быть эффективными только при очень высоком уровне развития специальностей.

Надо сказать, что сейчас больным ревматическими заболеваниями выделяются значительные средства на высокотехнологичную помощь, в том числе и с использованием инновационных препаратов.

Другое дело, что существуют внутренние ограничения, например, на включение препаратов в список жизненно необходимых и важнейших. Или в перечень препаратов по дополнительному лекарственному обеспечению. Но это вопросы уже больше организационного характера. И конечно, слабого финансирования здравоохранения в целом. Я не думаю, что здесь речь идёт только о ревматологии, но вообще наша страна выделяет деньги на медицину маленькие, даже по сравнению с весьма небогатыми странами.

Беседу вела Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Москва.

В последних номерах «МГ» были опубликованы две статьи, посвящённые обсуждению новых «Методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания» (далее приказ МЗ РФ № 951, 2014 г.) (см. «МГ» № 18 от 13.03.2015 и № 22 от 27.03.2015). В основе дискуссии лежит тема о введении в практику лечения больных туберкулёзом новых противотуберкулёзных препаратов: бедаквилин и перхлорон (именно так, со строчной, пишем по-русски названия, не являющиеся торговыми марками). Правда, в пылу дискуссии это не мешает некоторым её участникам называть бедаквилин отечественным препаратом, вероятно, вследствие отсутствия надлежащей информации (важно не то, где делают упаковку, а то, кому принадлежат патент, субстанция и прибыль).

### Особая актуальность

Суть дела заключается в том, что вышеназванный приказ рекомендует введение в режимы химиотерапии туберкулёза бедаквилина и в то же время обходит молчанием отечественный препарат перхлорон. Это вызывает недовольство со стороны группы специалистов, которые видят в этом ущемление отечественного производителя и больных туберкулёзом. На их взгляд, тема приобретает особую актуальность в свете курса страны на импортозамещение и отстаивание независимости.

Нужно сказать, что эти препараты не относятся к числу основных, и рассматриваются как дополнение к существующим режимам лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулёза.

Участники дискуссии апеллируют к успешному прошлому советской фтизиатрии, но далеко не все при этом говорят о том, что успехи эти были достигнуты благодаря социально-экономическим факторам: росту уровня жизни советских людей, преодолению бедности, отсутствию безработицы. Лишь отчасти эти успехи обусловливались улучшением качества и эффективности противотуберкулёзных медицинских мероприятий. В то же время именно принципиальные недостатки в организации медицинской помощи больным туберкулёзом в поздний советский период заложили основы взрывного роста лекарственной устойчивости (ЛУ) в период после 1991 г. Справедливости ради добавим, что организационные недостатки были причиной новой волны распространения туберкулёза и во многих других странах. Вследствие этих системных ошибок, которые воспроизводятся до сих пор, в России уровни ЛУ в 5-10 раз превышают среднемировые. ЛУ является бичом современной фтизиатрии. По сравнению с «чувствительным» туберкулёзом эффективность лечения таких больных в 2 раза ниже. Длительность лечения ЛУ-форм туберкулёза в 3-4 раза больше, до 2 лет. Главный вопрос, очевидно, лежащий подспудно в основе дискуссии и, как это ни странно, не получающий обсуждения, – это цена такого лечения. Стоимость лечения больных с ЛУ по сравнению с лекарственно-чувствительными формами, выше в сотни раз (!). По современным ценам, для лекарственно-чувствительного туберкулёза это 100-200, а для туберкулёза с множественной ЛУ – порядка 5-10 тыс. (!) долл. Но этого мало: введение в практику новых препаратов, появившихся за рубежом в последние 1-2 года, делает стоимость лечения астрономической: лечение одного больного с ЛУ может легко превысить 1 млн руб. (!).

Но вернёмся к медицинским аспектам проблемы. Представления об эффективности и безопасности лекарств лишь в исключительных случаях (крайне высокая (близко к 100%) или край-

не низкая эффективность и/или безопасность) могут базироваться на упрощённых исследованиях: когортных, сериях случаев, открытых сравнительных испытаниях. Во всех остальных случаях нужны рандомизированные контролируемые испытания (РКИ).

### Важна объективность оценок

Крайне важным является проведение таких испытаний именно независимыми от фармпроизводителей организациями. Такая система создана и функционирует за рубежом, хотя она далеко не

некоторые участники дискуссии, испытывавшие препарат (см. «МГ» № 22 от 27.03.2015).

Законодательство России предусматривает оказание медицинской помощи в соответствии с порядками и стандартами. Министерство здравоохранения РФ утвердило некоторые порядки и стандарты помощи больным туберкулёзом. Российское общество фтизиатров (РОФ) разработало три клинические рекомендации (КР), размещённые на сайте Федеральной электронной медицинской библиотеки. Это, конечно, больше, чем во многих других специальностях, но не покрывает

условия, когда он добавлялся к основной химиотерапии, частота нежелательных эффектов была такой же, как у плацебо. К сожалению, испытание, опубликованное в 2014 г. (Diacon AH et al), на которое мы ссылаемся, невелико по размеру и страдает множеством характерных для РКИ во фтизиатрии проблем – выпадения пациентов, отклонений от режима и т.д. Тем не менее, как упоминалось выше, Food and Drug Administration (США) и European Medicines Agency, а затем и агентства других стран разрешили препарат, несмотря на необходимость его дальнейшего испытания.

комбинации. Поэтому наиболее рациональным представляется дождаться завершения испытаний деламанида и других новых препаратов и после этого вводить в клиническую практику новую «нескомпрометированную» комбинацию. При этом утверждение такой комбинации в стандартах и рекомендациях должно быть обязательно обусловлено снижением фармкомпаниями цены до приемлемого уровня.

В заключение мы возвращаемся к проблеме ЛУ и её профилактике. На наш взгляд, абсолютно важным является построение такой политики в области туберкулёза,

### Продолжаем разговор

# Дискуссия около туберкулёза

## Что и почему мы упускаем из виду при лечении этой болезни



покрывает всех потребностей в РКИ. Всё чаще такие испытания поручаются международным группам, специализирующимся в этой области и проводящим испытания одновременно в разных странах. Так же обстоит дело и с оценкой противотуберкулёзных препаратов. Заметим тут, что в России независимо от фармпроизводителей вообще не проводятся клинических испытаний. На основании проведённых в последние годы международных РКИ в США и Европейском союзе зарегистрировано два новых противотуберкулёзных препарата: упоминаемый выше бедаквилин и деламанид (Япония). Последний получил пока статус «условно» зарегистрированного в ЕС и до сих пор не зарегистрирован в России. На подходе к завершению испытаний находятся ещё ряд препаратов, и, возможно, в недалёком будущем мы сможем их увидеть среди зарегистрированных. К сожалению, никакой информации о перхлороне в международных базах данных и научной литературе нет. Производитель неоднократно пытался заявить о нём на международных конференциях, посвящённых туберкулёзу, но не представил доказательств безопасности и эффективности. Кажется, свет на проблему проливает информация, представленная в дискуссии профессором Андреем Марьяндышевым, из которой следует, что существует аналогичная субстанция, которая в своё время не прошла отбора в качестве кандидата в противотуберкулёзные препараты, и, скорее всего, ввиду низкой противотуберкулёзной активности и высокой токсичности. Последнее подтверждают

всех необходимых проблем. Например, до сих пор не создано КР по внелёгочному туберкулёзу. Казалось бы, РОФ надо разрабатывать отсутствующие необходимые КР, а Минздраву – утверждать нужные порядки и стандарты. Вместо этого Минздрав утверждает не предусмотренные законом «методички» (приказ № 951), а профессиональное сообщество обсуждает из приказа № 951 только перхлорон и бедаквилин. Кстати, не только в «МГ», но и в других медицинских масс-медиа.

Можно понять лоббистов российской фарминдустрии: они за хорошие деньги обеспечивают прибыли нанимателей. Из-за отсутствия надёжных данных об эффективности и безопасности серьёзно рассматривать перхлорон на предмет включения в национальные КР нельзя. Тот факт, что он разрешён к применению или вошёл в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, не является аргументом для специалиста. Причины таких разрешений и включений могут быть вполне анекдотические.

С бедаквилином другая история. Из представленных публично и доступных всем результатов двойных слепых РКИ известно, что препарат ускоряет конверсию мокроты по сравнению с плацебо (бедаквилин или плацебо добавлялись к наилучшему индивидуально выбранному режиму химиотерапии МЛУ-ТБ). На 120-е сутки прекращение бактериовыделения получено на бедаквилине в 58% случаев против 32% на плацебо. Как и множество других препаратов, бедаквилин обладает токсичностью, но в

### С точки зрения экономики

И тут мы подходим к важнейшему вопросу – методологии составления КР, стандартов и «методических указаний». Такой утверждённой методологии в России нет. В результате, как показал опыт с подготовкой стандартов оказания помощи, в рекомендательный документ могут попадать формально любые разрешённые препараты вроде коры дуба и прочей экзотики. Очевидно, что КР, применительно к лекарствам, не могут составляться не только без научных оснований (доказательств), но и без оглядки на реалии медицинской практики: наличие препарата на рынке страны, его экономическая доступность, цена и затратная эффективность, способность медицинских организаций обеспечить его правильное применение. Появление на рынке препаратов с крайне высокой ценой, вроде бедаквилина или сорафениба, угрожает всякой системе здравоохранения, которая предоставляет лекарства пациентам. С нашей фтизиатрией именно так – применение бедаквилина, хоть сколько-нибудь широкое, приведёт к финансовой катастрофе. Для сравнения: лиц, которые могут получить сорафениб за общественные средства для лечения гепатита С мало, а за свои деньги его мало кто станет покупать. Следовательно, у профессионального сообщества, главного специалиста фтизиатра, Минздрава появляется важная и срочная задача: нужно уточнить и ограничить применение бедаквилина, например, разрешив его использование только в рамках РКИ.

Применительно к лечению и профилактике ЛУ необходимо помнить о золотом правиле химиотерапии туберкулёза: никогда не вводить новый препарат в режимы химиотерапии отдельно. В противном случае создаются условия для монотерапии этим препаратом, быстрого развития устойчивости к нему. Составители приказа № 951, воспитанные в лучших традициях отечественной фтизиатрии, прекрасно знают об этом и демонстрируют приверженность принципу комбинированной химиотерапии. Но на практике создать в настоящий момент комбинацию из минимум 3 новых препаратов не получится. Предлагаемые в компанию к бедаквилину линезолид и меропенем обладают слишком низкой бактериостатической активностью. Не говоря уже об убийственной стоимости такой

которая бы ориентировалась не на лечение сформировавшихся ЛУ-форм (что само по себе важно), а на их предотвращение. Каждый медицинский работник должен отдавать себе отчёт в том, что, в конечном итоге, ЛУ – это рукотворное явление. Вина за неё в значительной степени лежит на нас, врачах. Для успешной борьбы с этим явлением необходимо понимать причины и пути формирования ЛУ. Как известно, их две: неправильное лечение (особенно на первом этапе) и экзогенная реинфекция. По поводу первого добавим лишь, что необходимо пересмотреть I режим химиотерапии в сторону его максимального усиления за счёт использования всего набора препаратов первого ряда и увеличения сроков лечения. Основания для такого пересмотра серьёзны, суммированы в проведённых в последние годы систематических обзорах исследований на эту тему. По поводу экзогенной реинфекции: нужно, наконец, признать, что основной поток ЛУ мы формируем сами, подвергая больных туберкулёзом массовой госпитализации и длительному содержанию в стенах туберкулёзных больниц. Мало того, что при этом наносится часто непоправимый социальный урон людям, вынужденным покинуть свои семьи, потерять работу и нести дополнительные расходы. Но, что самое плохое с эпидемиологической точки зрения, мы подвергаем их заражению ЛУ-штаммами микобактерий в условиях длительного и тесного контакта. Сколько таких случаев: в туберкулёзную больницу приходит больной с сохранённой чувствительностью, а уходит оттуда с другим штаммом и ЛУ микобактерий туберкулёза! Давно назрела необходимость изменений: переход к полному амбулаторному лечению больных по месту жительства. Множество других стран показали на своём примере, что такой путь возможен, обоснован с позиций эпидемиологии и экономики, отвечает социальным потребностям больных и снижает распространение ЛУ.

**Василий ВЛАСОВ,**  
профессор Высшей  
школы экономики,  
президент  
Общества специалистов  
доказательной медицины.

**Александр ПАСЕЧНИКОВ,**  
советник по туберкулёзу  
в международных проектах.

Фото Александра ХУДАСОВА.

С инициативой легализовать параллельный импорт лекарств в конце 2014 г. выступила Федеральная антимонопольная служба (ФАС). Первоначально в приоритетном списке значились товары парфюмерии, автозапчасти и продукты питания. Однако уже в феврале на первый план вышли лекарственные средства. И если ранее предполагалось, что параллельный импорт будет введён в стране в 2020 г., то теперь речь идёт о 1 января 2016 г.

Сейчас брендовые товары в Россию могут ввозиться либо самим правообладателем, либо по его разрешению. А импорт, идущий «параллельно», то есть без разрешения правообладателя, фактически запрещён, поскольку считается нарушением исключительных прав на товарный знак. Об этом говорится в Гражданском кодексе РФ. Параллельный импорт – это мировая практика. По данным Европейской федерации фармацевтических предприятий и ассоциаций (EFPIA), значительную долю европейского фармацевтического рынка – от 10 до 15% занимают компании, известные как «параллельные импортёры».

Производители лекарственных средств патентуют, как правило, свои продукты в нескольких странах и часто принимают решение об их продаже по разной цене. К примеру, если стоимость препарата в стране А существенно ниже, чем в стране В, то импортёр в стране В может купить препарат по более низкой цене в стране А и продать его в стране В. В данном случае стоимость препарата будет ниже той, которая установлена владельцем патента. Это и есть параллельный импорт.

Один из главных аргументов в пользу данной инициативы в нашей стране – усиление конкуренции на рынке и снижение цен на лекарства, прежде всего, которые не производятся в России. В условиях

## Перспективы

# Таможня получит добро

В России может быть разрешён параллельный импорт лекарств



продолжающихся экономических санкций это могло бы стать ещё одним из антикризисных инструментов.

Между тем, по мнению ряда экспертов, легализация импорта без разрешения правообладателей вводит в заблуждение потребителя, не гарантируя ему ни подлинности продукта, ни качества обслуживания. Более того, исследования, проведённые западными экспертами в ряде стран, в частности в Норвегии и Польше, показали, что ценовой эффект параллельного импорта при системе государственного регулирования цен на лекарства минимален или вовсе не обнаружен.

– Исходя из положений законопроекта, подготовленного ФАС, введение параллельного импорта

только в части товарных знаков не окажет значительного влияния на патентованные лекарства, – отметил руководитель группы интеллектуальной собственности и товарных знаков «Пепеляев Групп» Юрий Яхин, выступая на конференции по правовым вопросам фармацевтической отрасли в Москве. – Проект окажет влияние на дженерики, которые защищены товарным знаком и в маркетинг которых компании вложили достаточные средства. Подразумевается, что на и так конкурентном рынке дженериков произойдёт увеличение конкуренции, – заявил эксперт.

Уже подготовлен список стран, из которых будет разрешён параллельный импорт лекарств и медизделий (по одной из версий проекта в него вошли США, Канада, Япония,

Германия, Австрия и Швейцария). Кроме того, ФАС также предлагает предусмотреть специальный режим для защиты иностранных инвесторов, локализовавших производство на территории России.

При введении параллельного импорта предполагается создание отдельных таможенных постов с лабораториями, которые будут проверять ввозимые на территорию страны препараты.

– Зарубежная компания, построившая предприятие в России, сможет ограничить параллельный импорт, а именно – запретить независимым импортёрам ввозить свой лекарственный препарат под конкретным торговым знаком на территорию страны. Но при этом она также будет ограничена рамками закона – на территории страны можно будет реализовать только продукцию, произведённую на локализованном предприятии, – пояснил Ю.Яхин.

По его словам, контроль за ввозом лекарств по процедуре параллельного импорта полностью возлагается на таможенные органы. После того, как товар окажется на территории страны, правообладатель не сможет ни предъявить иск, ни установить запрет на его продажу. Оборота продукции, ввезённой в страну,

от правообладателя не зависит, нарушение могут зафиксировать только государственные органы.

Но как быть, если на территорию страны ввозится зарегистрированный в России препарат, но в другой упаковке и с инструкцией по применению на языке страны происхождения? Как таможенные органы смогут определить – оригинальный это препарат или подделка? Один из вариантов, который предлагается, – переупаковка лекарственного препарата с соблюдением всех существующих требований. Но это неминуемо повлечёт за собой дополнительные расходы, которые отразятся на его цене. И самое важное – кто будет нести ответственность перед пациентом? Кроме того, в случае разрешения параллельного импорта лекарственных средств потребуются внесение изменений и дополнений в отраслевое законодательство.

– По сути, предполагается, что таможня будет контролировать вопросы соответствия. У нас сейчас Росздравнадзор не справляется с контролем, элементарно не хватает лабораторных мощностей. Фальсификаты выявляются, потому что повезло. При этом тормозится оборот всей серии. И вот тут у добросовестного дистрибьютора могут возникнуть проблемы, – добавил руководитель группы «Медицина и здравоохранение» «Пепеляев Групп» Сергей Клименко.

Пока нет ясности и в вопросе о том, как параллельный импорт лекарств будет осуществляться в рамках Евразийского экономического союза (ЕАЭС). На настоящий момент в нём действует региональный принцип исчерпания прав интеллектуальной собственности, и введение такой формы поставок лекарств, как параллельный импорт, потребует согласования данного механизма с партнёрами по Евразийскому экономическому союзу.

Ирина СТЕПАНОВА,  
корр. «МГ».

## Фармаконадзор

### Бромкриптин

Координационная группа по взаимному признанию и децентрализованной процедуре ЕС (CMDh) одобрила большинство рекомендаций, принятых в июле 2014 г. Комитетом по оценке рисков в области фармаконадзора EMA (PRAC) в отношении использования бромкриптина для подавления лактации женщин в послеродовом периоде.

Так, по мнению CMDh бромкриптин в дозе до 2,5 мг для подавления лактации следует использовать только для облегчения состояния женщины после потери ребёнка во время/после родов или у ВИЧ-инфицированных матерей, когда грудное вскармливание не показано. Напомним, что данное решение было принято после обращения регуляторного органа Франции в связи с получением большого количества сообщений о развитии тяжёлых (в том числе летальных) осложнений фармакотерапии бромкриптином, преимущественно со стороны сердечно-сосудистой и нервной систем. Решение CMDh далее направится в Европейскую комиссию и будет обязательным для исполнения на всей территории ЕС.

Источник: <http://www.ema.europa.eu>.

### Селегилин

Регуляторным органом США (FDA) принято решение о дополнении инструкции по медицинскому применению ЛС, содержащих селегилин информацией о риске развития осложнений со стороны центральной нервной

## Рекомендации регуляторных органов

системы, таких как чрезмерная сонливость, влечение к азартным играм, повышение сексуальной активности, перепады и необъяснимая потребность к трате денег.

По данным агентства, имеются случаи дорожно-транспортных происшествий вследствие повышенной сонливости во время управления транспортным средством. В ряде случаев, но не всегда, после снижения дозы или отмены препарата описанные выше нежелательные реакции регрессировали. Ввиду того, что данные осложнения могут не восприниматься пациентом как патологические, однако, потенциально представляющие опасность для здоровья, для их выявления специалистам здравоохранения рекомендуется проводить целенаправленный сбор анамнеза.

### Ропинирол

Регуляторным органом США (FDA) принято решение о дополнении инструкции по медицинскому применению ЛС, содержащих ропинирол, информацией о риске развития осложнений фармакотерапии у пациентов, страдающих болезнью Паркинсона, таких как меланома, фиброзные осложнения и возможная гиперпирексия при отмене препарата.

### Бупропион

Регуляторным органом США (FDA) принято решение о допол-

нении инструкции по медицинскому применению ЛС, содержащих бупропион, информацией о риске развития осложнения фармакотерапии со стороны органа зрения, такого как повышенный риск развития закрытоугольной глаукомы.

### Вальпроевая кислота

Регуляторным органом США (FDA) принято решение о дополнении инструкции по медицинскому применению ЛС, содержащих вальпроевую кислоту (в форме кишечнорастворимых капсул), информацией о риске развития осложненной со стороны костно-мышечной системы, таких как переломы, остеопения, остеопороз.

Источник: <http://www.fda.gov>.

### Наратриптан

8 октября 2014 г. Росздравнадзор опубликовал сведения об исключении лекарственного препарата Нарамиг (наратриптан), таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг из Государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения.

Источник: <http://www.roszdravnadzor.ru>.

Подготовила  
Ирина АНДРЕЕВА.  
По информации журнала  
«Безопасность и риск  
фармакотерапии».

## Деловые встречи

К середине 2015 г. планируется подготовить проект нормативного акта, определяющего критерии признания товара товаром Евразийского экономического союза (ЕАЭС). Об этом сообщил заместитель директора по стратегическому развитию Информационно-аналитического центра по вопросам внешней торговли деятельности при Минпромторге России Татьяна Львова на бизнес-конференции, состоявшейся в Москве.

## Сделано в ЕАЭС

Данные критерии призваны обеспечить защиту предприятий с полным циклом производства, действующих на территории ЕАЭС по отношению к предприятиям, реализующим «отвёрточную» сборку или упаковку продукции, а также способствовать стимулированию углубления локализации производства лекарственных средств путём создания единой, структурированной и понятной системы предпочтений при организации доступа к государственному заказу, рассказала Т.Львова.

Эксперт особо отметила, что до настоящего времени документа, чётко регламентирующего понятие «товар Евразийского союза», не существует. Те же документы, которые есть, были разработаны для совершенно других целей. Так, соглашение «О правилах определения страны происхождения товаров в СНГ» применимо исключительно в целях осуществления экспортно-импортных операций с продукцией и, более того, ввиду своей «горизонтальности» не учитывает её отраслевую принадлежность.

Т.Львова уточнила, что Информационно-аналитический центр по вопросам внешней торговли деятельности создан в целях обеспечения поддержки российского экспорта и защиты внутреннего рынка. В современных условиях, когда зачастую у производителей

нет полной картины всех мер государственной поддержки, центр готов выступить в роли единой коммуникационной площадки для обмена информацией и мнениями всех участников инициатив в области промышленной политики государства.

Так, в рамках центра организовано 7 рабочих групп по различным приоритетным для импортозамещения отраслям промышленности, в которые вошли представители отечественных производителей и зарубежных компаний, потенциально способных локализовать производство на территории нашей страны. Кроме того, к участию в заседаниях приглашены представители органов исполнительной власти, ассоциаций, отраслевых союзов.

Одной из них является группа по направлению «фармацевтическое производство», которое по праву считается приоритетным для импортозамещения. С целью учёта мнений всех заинтересованных сторон порядок деятельности указанной рабочей группы предполагает открытость её состава. Эксперт уточнила, что работа по установлению соответствующих критериев ведётся центром совместно с двумя отраслевыми департаментами Минпромторга.

Анна КРАСАВКИНА.

Тенденции

# «Утечка мозгов» пошла на попятную

## Израиль — страна небольшая, но количество научных вакансий здесь растёт

Доктор Арье Жано, уроженец Канады, защитивший докторскую диссертацию по биотехнологии в Монреальском университете, переехав в начале 70-х годов прошлого века в еврейское государство, несколько лет проработал в частных биологических лабораториях, хотя со студенческой скамьи мечтал об исследовательской деятельности в университете. «После 5 лет проживания в Израиле, — рассказывает корреспонденту «МГ» доктор Жано, — я получил приглашение в один из новозеландских университетов и проработал там до середины 2013 г.» В том же году Арье Жано вернулся в Израиль и по конкурсу занял должность профессора в Беэршевском университете имени Давида Бен-Гуриона.

Ольга Чиж, проучившаяся 4 года в одном из медицинских институтов Санкт-Петербурга, а затем продолжившая образование на медицинском факультете Иерусалимского университета, считает, что «подготовка врачей в СССР всегда отличалась высоким уровнем. В нынешней России он даже поднялся». Её оценке можно вполне доверять, ибо, уже работая в Израиле, она стажировалась в Соединённых Штатах и Франции. По мнению Ольги, до недавнего времени «единственным недостатком подготовки врачей и других специалистов на пространстве бывшего СССР заключался в недостаточном знании английского и других иностранных языков». «Именно поэтому, — продолжает свою мысль в беседе со мной доктор Чиж, — российский врач нередко отставал в знакомстве со статьями о новейших исследованиях, помещённых в международных медицинских изданиях». О.Чиж считает, что новые поколения выпускников российских медицинских вузов иностранными языками владеют в достаточной степени. Поэтому и врачей с российским образованием, переехавших в Израиль, готовы переманить к себе и другие страны.

В этой связи интересна точка зрения профессора Тель-Авивского университета Дана Бен-Дора, который считает, что за двадцатилетие, с конца 80-х годов до начала нового тысячелетия, «израильская наука понесла самый болезненный урон со стороны крупных университетов». Поясняя свою мысль, Бен-Дор обратил внимание на такие данные: более четверти академических сотрудников, получивших образование в израильских высших учебных заведениях, преподают в США.

Действительно, израильские университеты занимают ведущие места в мире по многим отраслям научного знания. По ряду показателей еврейское государство занимает ведущие мировые позиции, его учёные удостоивались Нобелевской премии, а школьники и студенты получали медали по математике, физике, химии, биологии, программированию на различных олимпиадах.

Переезд в еврейское государство в конце 80-х — начале 90-х годов из СССР и государств, образовавшихся после его распада, значительного количества учёных и высококлассных специалистов резко повысил в стране внутреннюю конкуренцию. Так, к началу нового тысячелетия в еврейском государстве на 10 тыс. жителей приходилось 145 инженеров и специалистов с учёной степенью

кандидата или доктора наук, в то время как в США — только 85. Естественно, такому количеству научно-технических работников было трудно найти соответствующее своей квалификации место в небольшом государстве.

«Израиль — прекрасное место для рождения и развития новых идей, — говорит Биньямин Софер, глава отделения технологических перемещений хайфского Техниона, учебного заведения, рейтинг которого сравним с Массачусетским технологическим институтом (МТИ). — Однако если вы хотите расширяться и увеличивать свою долю рынка, то вам следует подумать, как выйти за пределы страны». По мнению Софера, именно огромные масштабы американского и европейского научно-производственного рынка толкают израильских учёных и инженеров покидать свою страну. «Израиль — один из мировых лидеров в области инноваций, — убеждена Веред Нохи-Бекер, глава Филадельфийско-израильской торговой палаты, — а потому в нашей стране ведётся соревнование между штатами за то, чтобы принять израильских учёных и специалистов».

Однако в последние годы благодаря совместной успешной программе двух израильских ведомств — Министерства образования и Министерства науки по интенсификации научной деятельности вспять пошла не только «утечка мозгов», но и значительное количество ранее покинувших страну учёных вернулось домой.

«Утечка мозгов» наиболее актуальна для Индии, Китая и стран третьего мира. Тем не менее важно иметь в виду, что с этой же проблемой сталкиваются даже Соединённые Штаты, всегда являвшиеся самым приоритетным направлением для эмигрирующих из своих стран учёных. Немало специалистов в области компьютерной техники, новейших медицинских технологий переехали из-за океана в Сингапур, Южную Корею, Малайзию, польстившись на огромные зарплаты и весьма привлекательные социальные условия. Едва ли не с массовой «утечкой мозгов» столкнулась Германия. Так, в период, с 1996 по 2011 г. страну покинули более 23 тыс. учёных. Ныне именно немцы составляют самую большую группу зарубежных исследователей не только в США, но и в Нидерландах и Швейцарии. Похожая ситуация сложилась и в Великобритании, откуда немало специалистов также переехало за океан. Хотя этот же процесс, если он не принимает массовый характер, можно назвать «научной миграцией», ибо

исследователи, проработавшие в ведущих мировых лабораториях, обогащают свои знания и опыт. Разумеется, такого рода «миграция» предусматривает обязательное возвращение учёных и специалистов в родные пенаты.

Что же касается израильских учёных, то 29% из них занимаются своими исследованиями за океаном и в Европе. До недавнего времени это был самый высокий показатель «утечки мозгов» среди стран Западного мира. Известный иммунолог Идо Амит, профессор Института науки им. Хаима Вейцмана, ведущего научного учреждения страны, расположенного в городе Реховот, рассказал «МГ», что ни в Гарвардском университете, ни в уже упоминавшемся МТИ «вряд ли найдётся хотя бы одна лаборатория, в которой не работал бы ни один израильтянин». Доктор Амит защитил диссертацию в США, ему предложили там престижную работу, но он предпочёл вернуться на родину. Профессор Амит полагает, что учёные, покинувшие Святую землю десятилетия назад, вряд ли вернуться, но молодых научных работников, недавно защитивших диссертации за океаном и не успевших «врасти» там в быт, вернуть вполне возможно. С Идо Амидом полностью согласна доктор Лиат Маоз, директор отдела планирования Совета по высшему образованию. И доктор Маоз знает, что говорит. Она сама защитила диссертацию в Гарварде и вернулась в Израиль.

В Израиле, согласно плану занимавшего в 2009-2013 гг. пост министра образования Гидеона Саара (нынешнего министра внутренних дел), было создано 30 новых научно-исследовательских центров, в которых работают как израильские исследователи, так и их зарубежные коллеги. Более того, Израиль увеличил удельные денежные затраты на содержание одного учёного и инженера, которые отныне почти не отличаются от американских. Также израильское правительство заключило договор с Евросоюзом о научном сотрудничестве. Только в 2013 г. 32 израильских учёных получили от этого экономического и политического объединения по 1,5 млн евро на научные изыскания. Таким образом, Израиль оказался на третьем месте в Европе после Великобритании и Германии по числу исследователей, получивших дотации от Евросоюза. За последние 5 лет 336 израильских учёных вернулись в Израиль не в последнюю очередь благодаря тому, что Евросоюз заплатил каждому из них по 100 тыс. евро на различные, включая личные, нужды. По сообщению газеты «Гаарец», только в начале 2014 г. Израиль подписал ещё 19 контрактов на возвращение учёных, что поставило еврейское государство на первое место в Европе по возвращению исследователей на родину.

Захар ГЕЛЬМАН,  
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

**СРОЧНО!** Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» приглашает для постоянного трудоустройства терапевта участкового для работы в посёлке городского типа, в котором действует программа «О единовременных компенсационных выплатах медицинским работникам, прибывшим в 2013-2014 гг. после окончания образовательной организации высшего образования на работу в сельский населённый пункт или переехавшим на работу в сельский населённый пункт из другого населённого пункта, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника».

(Постановление Правительства ХМАО – Югры от 12.10.2012.)

Местность приравнена к району Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.

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

Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу (34675) 3-15-73 или по адресу:

ул. Киевская, 33, г. Советский, ХМАО – Югра 628240.

E-mail: sovhospital@mail.ru

**ГБУЗ СО «Алапаевская ЦРБ»**  
(п.Синячиха, Алапаевский район, Свердловская область) приглашает на работу следующих специалистов:

✓ терапевта участкового ✓ врача УЗД ✓ врача общей практики.

**Требования:**

- высшее образование  
- наличие действующего сертификата по специальности.

**Условия работы:**

- полная рабочая неделя  
- дополнительный отпуск в соответствии с законодательством  
- социальный пакет  
- предоставление жилья на условиях договора найма.

Контактные тел.: (34346) 47-074 – Сабанина Евгения Сергеевна (главный врач), 48-172 – Михайлова Екатерина Николаевна (отдел кадров).

## Диагноз

Британские учёные утверждают, что разработанная ими методика, которая оценивает изменения уровня протеина в крови, позволяет вдвое эффективнее выявлять рак яичников, чем существующие способы, распознавая до 86% случаев на ранней стадии. Первые результаты исследования, в ходе которого в течение 14 лет наблюдались более 46 тыс. женщин, показывают, что возникновение опухоли может быть выявлено на ранних этапах. Это возможно с помощью общего анализа крови, включающего в себя анализ уровня белка CA125 и его колебаний.

# Следи за белком

## Открыт новый метод диагностики рака яичников

**Революция в диагностике?**

Рак яичников часто приводит к летальным исходам, если выявляется на поздней стадии. Вопрос в том, научились ли мы распознавать этот вид рака достаточно рано, чтобы спасти жизни пациентов. Результаты клинических испытаний могут дать стимул к организации профилактической кампании в масштабах всей страны. Каждый год в Британии около 7100 женщин заболевают раком яичников и 4200 женщин умирают от него. Новое тестирование по анализу крови может произвести революцию в диагностике рака яичников. Этот вид рака трудно диагностировать, так как его симптомы неспецифичны и включают в себя боль в паху, хроническое вздутие живота и затруднения при приёме пищи. Все эти симптомы могут присутствовать и при других заболеваниях.

Открытие британских учёных сулит прогресс в лечении онкологии яичников. Однако группа медиков из Университетского колледжа Лондона предупреждает, что пока не ясно, будет ли сам факт ранней диагностики способствовать снижению числа заболеваний. Злокачественные опухоли яичников вырабатывают высокий уровень белка CA125, который уже сейчас используется при тестировании при наличии других симптомов.

Программа тестирования на наличие рака яичников проводилась в 13 региональных отделениях государственной службы здравоохранения в Британии и предусматривала ежегодное взятие крови на анализ у женщин в постклимактерической фазе.

Исследование включало анализ уровня белка CA125 и его колебаний; если уровень повышался, таких женщин направляли на дополнительное обследование, в том числе на УЗИ.

**Шанс на спасение**

Профессор Уша Менон из Университетского колледжа Лондона считает, что программа даёт многообещающие результаты. «Вопрос в том, научились ли мы распознавать этот вид рака достаточно рано, чтобы спасти жизни пациентов. Мы надеемся, что нам это удалось, — заявила она. — В настоящее время исследование завершилось, и мы ожидаем от Министерства здравоохранения принятия решения о проведении общенационального обследования».

Каждая четвертая женщина находилась на самых ранних этапах развития рака, когда имеется только одна опухоль, или когда она только начинает распространяться. Эта программа представляет собой самое крупное в мире исследование в области рака яичников; в его рамках применяется также регулярное ультразвуковое обследование пациентов.

Национальный комитет по медицинским обследованиям Британии внимательно следит за результатами исследования и примет решение о проведении профилактического обследования женщин по всей стране на основании анализа полных результатов программы.

Борис АДАМОВ.  
По материалам ВВС.

Почему бы и нет?

# Не верьте народным рецептам

Или как самому вылечиться от простуды

**Как выясняется, народные методы лечения простуды часто основаны на псевдонаучных представлениях, а не на фактах. Какие из этих методов на самом деле работают, а какие нет.**

Обычно первое, что многие начинают делать при простуде, – это принимать витамины С и D, – пишет профессор Майкл Аллан из Университета Альберты (Канада). Аллан занялся исследованием этой темы и пришёл к выводу, что пользы от такого «лечения» практически нет. Было доказано, что приём витамина С в больших дозах в какой-то степени помогает избежать заболевания только тем, кто испытывает большие физические нагрузки, например участникам марафона. Но для всех остальных этот способ уменьшает риск всего на 3%.

Взрослый человек в среднем болеет простудой 2 раза в год. Таким образом, если принимать витамин С в течение 15 лет, можно избежать только одного заболевания за весь этот период. Леденцы, содержащие цинк, имеют более положительный эффект. Основываясь на трёх клинических испытаниях, Аллан пришёл к выводу: регулярно принимая цинкосодержащие препараты, дети снижают среднегодовой риск заболеть примерно в 1,5 раза. Школьники простужаются примерно от 6 до 8 раз в году.

На основе полученных данных сделан вывод, что цинк способен ускорить выздоровление примерно на один день. Но учитывая, что препараты, содержащие цинк, имеют горький вкус и принимать их надо на протяжении всего года, доктор Аллан сомневается, что стал бы рекомендовать это средство.

Зато рекомендует... «не полностью отказываться от алко-

ля. «Кажется, бокал вина вам не повредит». Возможно, продолжает профессор, мы рассматриваем отказ от алкоголя как своего рода жертву здоровому образу жизни. Согласно широко распространённому мнению, дружеская пирушка с обильными возлияниями ослабит вашу иммунную систему и сделает её более подверженной вирусным заболеваниям. Однако этот вопрос пока не был достаточно изучен и экспериментально проверен.

В настоящее время помимо доктора Аллана три независимые исследовательские группы пришли к выводу, что при регулярном (но умеренном!) потреблении алкоголя риск заболевания простудой снижается. Многие зависят, конечно, от напитка. Например, употребление вина имеет положительный эффект, а пива – отрицательный. Однако поскольку это всего лишь предварительные данные, их нельзя воспринимать без доли скептицизма. Но по крайней мере можно не винить выпитый накануне бокал вина в вашей сегодняшней простуде.

При простуде вместо антибиотиков лучше принимать жаропонижающие средства: нет никаких подтверждений тому, что антибиотики помогают избавиться от простуды. Антибиотики борются с бактериями, в то время как простуда – это вирусное заболевание. По мнению Аллана, «приём антибиотиков в таких случаях скорее приводит к побочным эффектам, таким как диарея».

Гораздо разумнее с вашей стороны будет попытаться облегчить симптомы протекания болезни. Продаваемые без рецепта в любой аптеке разнообразные таблетки «от простуды», воздействующие комплексно, действительно могут немножко помочь, но скорее

взрослым, чем детям. К тому же эффективность их применения сильно зависит от того, кто их принимает, и от разного типа инфекций, считает Майкл Аллан.

Остерегайтесь лечения травами, лучше принимайте по столовой ложке мёда. В ходе трёх различных исследований было выяснено, что ложка мёда поможет перед сном успокоить кашель куда эффективнее, чем различные сиропы от кашля. Правда, такой результат получен при наблюдениях за детьми. Кроме этого, оказалось, что сочетание мёда и кофе помогает избавиться от кашля взрослым. Каким образом это помогает, пока не понятно. «Но если за этим будет стоять серьёзное исследование, то стоит попробовать», считает Аллан.

На процесс вашего выздоровления большое влияние оказывает общение с близкими и вообще – сочувствующими вам людьми. Как минимум они смогут утешить, даже когда другие средства не действуют. Пациенты, которые в большей степени испытали сочувствие со стороны врача, преодолевают болезнь быстрее. Этот вывод основан на объективных данных об изменениях активности иммунной системы пациентов.

Остаётся ещё много нерешённых вопросов, нуждающихся в дальнейших исследованиях. Вся информация, содержащаяся в настоящей статье, приводится исключительно для общего сведения и не может рассматриваться как альтернатива рекомендациям вашего лечащего врача или иного медицинского работника. ВВС, опубликовавшая её, предупреждает, что не несёт ответственности за информацию, размещённую на своём сайте. В случае появления проблем со здоровьем немедленно обратитесь к своему терапевту.

По ту сторону

Человек состоит из более чем 100 трлн клеток. И у каждой клетки – своя жизнь, своя смерть. Но есть и общее – на 60% все клетки состоят из воды, а остальные 40% веса – это белки, жиры, минеральные вещества и углеводы, углеродные соединения.

Всё это давно известно и... непонятно. Жизнь возникла почему-то на углеродной основе. В земной тверди и в атмосфере углерода немного – около 0,14% по весу. И всё же в сочетании с водородом, кислородом, азотом, серой и фосфором он образовал почти 3 млн соединений! Своим многообразием растительный и животный мир нашей планеты обязан лишь одному классу соединений углерода. На его основе строится жизнь.

## Похождения углерода

Пепел, алмаз и медные трубы

Менделеев писал, что «ни в одном из элементов такой способности к усложнению не развито в такой мере, как в углероде». Добавим, что печная зола, графит и алмаз – всё это разные ипостаси одного вещества – углерода. То есть из пепла покойного технология позволяет выделить углерод, при температуре более 4000°C сделать из него графит, а потом – из-под горячего пресса с огромным давлением выходит натуральный алмаз.

Вот где раздолье коммерции. И она не преминула явиться в наше время. Алмаз дают огранщику и в результате получают гранёный бриллиант. Такое родня уже возьмёт с удовольствием, будет бриллиант носить и вспоминать покойного добрым словом. Если этого человека было много, то и бриллиант будет крупнее. Стоит это, правда, недёшево – более 20 тыс. долл. За такие деньги можно и напоздней, природный бриллиант купить, да ещё какой, голубой воды! Но такой покупной бриллиант никем раньше не был, а этот...

Например, швейцарская компания Algordanza обращает прах умершего человека в алмаз по заказу его родственников. Эта услуга пользуется особой популярностью в Европе. Алмазы получают ве-

сом порядка одного карата. Сейчас число клиентов фирмы составляет около 60 человек в месяц, в то время как 4 года назад за то же время поступало не более одного заказа. По словам представителя компании, родственники усопших обычно вставляют такие алмазы в ювелирные изделия. Некоторые проявляют оригинальность. Так, группа англичан вмонтировала драгоценный камень в стол в пабе, за которым покойный любил выпить пиво. Отечественный Интернет полон подобных предложений.

Далеко не всем такая метаморфоза по душе. В известном аукционе Сотбис работал специалист по охотничьим ружьям. Перед смертью он завещал смешать себя с дробью и пыжами и на ближайшей охоте на куропаток буквально взлетел на воздух. Американский писатель Филип Пульман из пепла своего отчима изготовил начинку сорока ракет и шутки и потом устроил из них красивейший салют.

Мне нравится органический путь – стать деревом. Кладут тебя в землю в картонном гробу, а сверху сажают дуб, и становишься ты дубом. Или ясенем. Впрочем, тут же другая мысль – когда-то ты можешь быть спилен на дрова. Конец тот же – пепел. Или алмаз.

Кстати

## На полпути к небесам

В связи с отсутствием места на кладбищах в Вероне планируют построить первое в Италии вертикальное кладбище, где поместятся 24 тыс. могил на 33 этажах. Проект футуристической башни с часовой на вершине представила фирма Cielo Infinito («Бескрайние небеса»), говорится в статье.

Чтобы получить «могилу с видом», клиенты могут отдать на хранение свой пепел либо предпочесть захоронение в гробу или в одной из 2 тыс. семейных капелл. По заявлению официального представителя города, окончательное решение по проекту ещё не принято: для этого необходимо голосование городского совета. Он же пояснил, что предложение по оплате наличными земли под строительство «помогло одержать верх над чиновниками, поскольку городской совет страдает от безденежья».

«Те, кто будет покоиться на высоких этажах здания, будут ближе к Богу, но я надеюсь, у них не закружится голова», – пошутил член городского совета, попросивший об анонимности.

Скандал

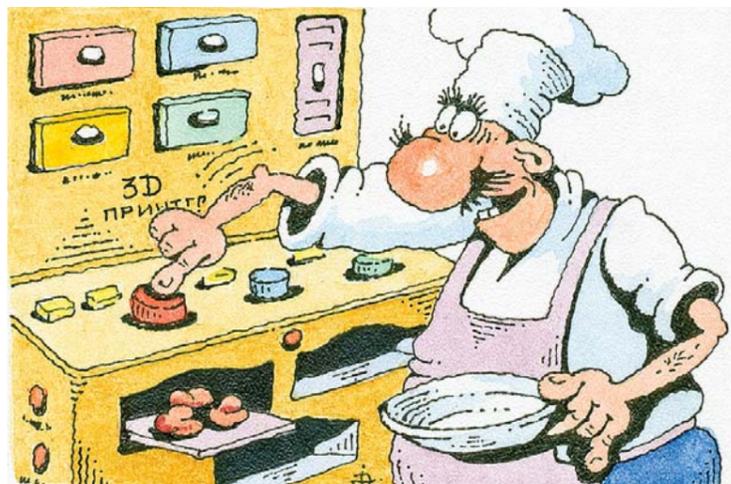
**Оказывается, большинство французских шеф-поваров заказывают лучшие блюда национальной кухни по каталогу, а затем просто разогревают их в микроволновке.**

Кулинарный истеблишмент Франции взбешён тем, что парижский ресторатор Ксавье Денамюр выдал профессиональные тайны: «Разоблачения Денамюра прозвучали в момент, когда французская гастрономия пытается восстановить свою репутацию после утверждений, что многие другие национальные кухни превзошли французскую».

По оценкам Денамюра, 7 из 10 блюд во французских ресторанах, бистро и кафе изготовлены на пищевых комбинатах, а на кухне их только разогревают. «Микроволновка стала лучшей подружкой повара», – заявляет он. Дело в том, что полуфабрикаты дешев-

# Жертвы кухонного прогресса

Разоблачено жульничество шеф-поваров



ле, чем приготовление блюд на месте.

Компания Davigel производит для марокканских ресторанов тажин из ягнёнка помарракешки. «Однако мясо ягнёнка поступает из Новой Зеландии, Уругвая или Чили, а само блюдо готовят в Бретани», – пишет автор, ссылаясь на каталог компании.

Пока французские гурманы разбираются с микроволновками, каталонская компания

Natural Machines начинает продажу первого 3D-принтера еды. Точнее, производство устройства вскоре начнётся в Китае. Поступило уже 400 заказов из разных стран – от США и Китая до Бразилии и России.

Цена принтера – около 1 тыс. евро. Агрегат оснащён сенсорным экраном для выбора рецептов или разработки оригинальных блюд. Вместо «чернил» – капсулы с ингредиентами.

Подготовил Юрий БЛИЕВ,  
обозреватель «МГ».  
По материалам The Times, BBC.

События

# Музей распахнул двери

Здесь представлено много раритетных экспонатов

В Алтайском государственном медицинском университете открылся музей истории и медицины Алтая для жителей всего края. Формирование экспозиции музея начиналось с военной кафедры медицинского института, а некоторые раритетные экспонаты перешли в фонд музея из семейных архивов тех, кто многие годы хранил у себя старинные инструменты.

В церемонии открытия музея приняли участие ректор АГМУ профессор Игорь Салдан, директор музея Иван Беккер, ветеран Великой Отечественной войны Михаил Жуков, студенты и сотрудники медуниверситета.

Почётное право перерезать красную ленту было предоставлено Михаилу Жукову, который в течение 15 лет был заведующим кафедрой детской хирургии, и затем впервые для всех гостей были распахнуты двери музея. С приветственным словом ко всем присутствующим обратился Игорь Салдан:

— Первая экспозиция посвящена 70-летию Победы. Здесь представлены экспонаты времён Великой Отечественной войны: палата, операционная полевого подвижного госпиталя, инструменты, собранные преподавателями нашего вуза в разные периоды времени. Это свидетельство мужества, подвига медиков, работавших на фронтах, в госпиталях в годы войны.

Сюда, в Барнаул, в стены АГМУ музей переехал из города Рубцовска. А там он был организован по инициативе врача И. Беккера в 1993 г. Всего в коллекции более 23 тыс. экспонатов: старинные инструменты и лекарства, редкие приборы, которые собирались более 40 лет.

Для первых посетителей музея



Идёт первая экскурсия по музею в стенах медицинского университета

Иван Генрихович провёл экскурсию. Он с любовью и душевным трепетом рассказал о судьбе некоторых экспонатов. Одна часть экспозиции была сформирована силами студентов и преподавателей АГМУ в то время, когда в университете существовала военная кафедра. Другую — представляют вещи, собранные в госпиталях Алтайского края, которых, по разным подсчётам, насчитывалось от 53 до 68. Цифра колеблется, так как не все госпитали были развернуты в зданиях, некоторые были передвижными и располагались в железнодорожных вагонах прямо на вокзале. Иван Генрихович наглядно продемонстрировал оборудование такого передвижного вагона-госпиталя. Одна из его особенностей — кровати. За считанные минуты их можно было сложить до очень компактных размеров или же вернуть им первоначальный вид.

В музее представлено множество раритетных экспонатов. Среди них и наркозный аппарат старого образца:

— Как вы видите, он представляет собой обыкновенную проволочную маску с шестью слоями марли, сверху на которую просто капал эфир. Тогда не было анестезиологов, наркоз пациентам ставила медицинская сестра, иногда санитарка, — комментирует директор музея.

Иван Генрихович поблагодарил всех присутствующих и конечно же всех, кто способствовал открытию музея.

— Нам очень повезло, — сказал он, — ведь медуниверситет пошёл навстречу, выделил помещения и сделал всё для того, чтобы музей медицины края продолжал жить и развиваться, помогая студентам изучать историю медицины.

Анна СЕМИНА.

Барнаул.

Былое

## «В холоде сам себе скальпелем»

### Уникальный случай хирургической практики

Отслужив в армии и окончив Ленинградский педиатрический медицинский институт (лечебный факультет), хирург Леонид Рогозов в 1960 г. отправился в Антарктиду в качестве врача 6-й Советской Антарктической экспедиции. Именно там, в Антарктике, полугодом позже произошло событие, сделавшее имя Рогозова известным всему миру. Этот врач сам себе провёл операцию аппендэктомии — удалил свой аппендикс.

Приступ всегда неожиданный

Во время той зимовки на новой советской антарктической станции Новолазаревская хирург Рогозов сначала почувствовал слабость и усталость, потом — резкую боль, разливавшуюся в правой части живота. Ему не составило труда диагностировать у себя приступ аппендицита. Такую операцию он проделывал много раз, да и во всём мире этот вид хирургического вмешательства давно стал обыденным. Но здесь, вдали от цивилизации, посреди полярной пустыни, где рядом не было других таких специалистов, было очевидно, что помощи ждать неоткуда. Путешествие через океан займёт не одну неделю, а перелёт был невозможен из-за погодных условий.

Выбор был непростым. Было понятно, что надо попытаться прооперировать себя самому: состояние ухудшалось, боли усиливались. Но чем это может

закончиться — Леонид понимал, что аппендикс может лопнуть во время операции, а перитонит убьёт его.

Хирург-пациент

Рогозов принял решение: лучше оперировать, чем ждать собственной смерти от перитонита. «Я не спал в эту последнюю ночь. Болело дьявольски, — писал Рогозов в своём дневнике. — Это почти невыполнимо... но я не могу просто опустить руки и сдаться...»

Врач разработал детальный план операции. Были назначены два «ассистента» — метеоролог Александр Артемьев и инженер-механик Зиновий Теплинский. Первый подавал инструменты, второй направлял свет настольной лампы и держал зеркало. Предусмотрительно дежурил рядом и начальник станции Владислав Гербович на случай, если кому-то из них, никогда не имевших отношения к медицине, станет плохо. Ассистенты были также проинструктированы на случай, если оперирующий хирург потеряет сознание — как сделать укол адреналина и искусственное дыхание.

В лежачем положении, с полуклоном на левый бок, врач произвёл местную анестезию раствором новокаина, после чего сделал 12-сантиметровый разрез в правой подвздошной области. Временами смотря в зеркало, временами на ощупь он сумел удалить воспалённый аппендикс и ввести антибиотик в брюшную



полость. Спустя 30-40 минут от начала операции развилась выраженная общая слабость, возникло головокружение, из-за чего приходилось делать паузы для отдыха. Тем не менее к полноте операция, длившаяся 1 час 45 минут, была завершена. Температура нормализовалась, ещё через 2 дня были сняты швы. На полное восстановление Леониду Рогозову понадобилось 2 недели.

Документальное свидетельство

Позже хирург вспоминал: «Я не позволял себе думать ни о чём, кроме дела... В случае, если бы я потерял сознание, Саша Артемьев сделал бы мне инъекцию — я дал ему шприц и показал, как это делается... Мои бедные ассистенты! В последнюю минуту я посмотрел на них: они

стояли в белых халатах и сами были блее белого. Я тоже был испуган. Но затем я взял иглу с новокаином и сделал себе первую инъекцию. Каким-то образом я автоматически переключился в режим оперирования, и с этого момента я не замечал ничего иного».

И ещё. «Добраться до аппендикса было непросто, даже с помощью зеркала. Делать это приходилось в основном на ощупь. Внезапно в моей голове вспыхнуло: «Я нанюшу себе всё больше ран и не замечаю их...» Я становлюсь слабее и слабее, моё сердце начинает сбоить. Каждые 4-5 минут я останавливаюсь отдохнуть на 20-25 секунд. Наконец вот он, проклятый аппендикс!.. На самой тяжёлой стадии удаления аппендикса я пал духом:

моё сердце замерло и заметно сбавило ход, а руки стали как резина. Что ж, подумал я, это кончится плохо. А ведь всё, что оставалось, — это собственно удалить аппендикс! Но затем я осознал, что вообще-то я уже спасён!»

Жизнь после подвига

Леонид Рогозов вернулся в Советский Союз героем, его имя стало известно всему миру. Больше в Антарктике доктор никогда не был. Поступил в аспирантуру, защитил диссертацию, работал хирургом в различных клиниках Ленинграда, на протяжении 14 лет заведовал отделением хирургии лимфоабдоминального туберкулёза НИИ фтизиопульмонологии. Ещё в 1961 г. хирург Рогозов был награждён орденом Трудового Красного Знамени.

Умер доктор Леонид Рогозов в 2000 г., и нынче не узнать, какая награда ему дороже: орден или всемирная известность. Или песня, на которую вдохновил хирург Владимира Высоцкого. Там есть такие строки:

Пока вы здесь в ванночке с кафельем

Моетесь, нежитесь, греетесь, — Он в холоде сам себе скальпелем

Там вырезает аппендикс.

Про отечественные медицинские анналы не скажу, но это событие описано, помимо песни барда, в «Информационном бюллетене Советской Антарктической экспедиции» (1962, вып. 37, стр. 42-44). Да в петербургском музее Арктики и Антарктики имеется экспозиция, представляющая хирургические инструменты, которыми Леонид Рогозов выполнил эту операцию.

Юрий БЛИЕВ, обозреватель «МГ».

XXI век – век высоченных скоростей, бешеного ритма, профессионализма и прагматизма. В этом стремительном беге человеческие качества постепенно сходят с дистанции, уступая дорогу не на шутку разогнавшемуся прогрессу, хотим мы этого или нет. И даже специализация врача – наиболее гуманная и нравственная среди прочих – всё чаще и чаще попадает под цензуру холодного расчёта. Смена поколений в медицине – одна из наиболее уязвимых точек здравоохранения. Своими размышлениями на эту и другие темы с читателями «МГ» охотно поделился один из ведущих терапевтов нашей страны, воспитанный в лучших традициях отечественной медицинской школы, академик РАН Николай ПАЛЕЕВ, который ныне является, можно уверенно сказать, корифеем врачебного дела и патриархом Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского. Интервью мы публикуем в романе дня рождения Николая Романовича.

– Николай Романович, вашим учителем был выдающийся отечественный учёный-клиницист – академик Александр Леонидович Мясников. Какова его роль в вашем становлении как специалиста?

– Я бы сказал, решающая. Моё первое знакомство с ним состоялось при поступлении в аспирантуру Института терапии АМН ССР, которым он руководил. Экзамен проходил под его председательством. Должен вам сказать, что он сразу произвёл на меня колоссальное впечатление: гладко выбритый, белоснежный халат, под которым такого же цвета сорочка, галстук. Краток, чётко, вежлив. Истинный академик. Самое забавное, что, вынося вердикт относительно моего будущего, он поставил мне «хорошо», а не «отлично». Уже и не помню, за что (смеётся). Однако это не помешало мне поступить в аспирантуру.

Уже с первых дней в мясниковской клинике я понял, что Александр Леонидович – учёный с необычайно глубоким подходом к своему делу, а также с невероятной широтой профессиональным кругозором. Он был терапевтом в классическом понимании этого слова. Настоящим интернистом, рассуждающим о лечении пациентов с физиологической и патологической точек зрения.

Ни дня я не жалел о том, что пошёл именно к нему. Можно сказать, что мне достался счастливый лотерейный билет. Мне действительно улыбнулся его величество случай, когда я попал в Институт терапии. Именно годы работы там сделали из меня клинициста, сформировав моё врачебное мышление. Опыт работы под руководством академика Мясникова переоценить не представляется возможным даже при большом на то желании. Его клинические разборы, обходы больных, выступления на учёных советах никого не оставляли равнодушными.

Не могу не отметить его начитанность, эрудицию. Александр



Леонидович блестяще разбирается в классической музыке, живописи, литературе. Даже по-человечески он вызывал у меня восхищение: Мясников не перед кем не склонял головы. Не боялся высказывать своё мнение в присутствии самого высокого начальства. Он умел говорить прямо и в то же время тактично, не обижая никого. Он был со всеми одинаков: от ординаторов и аспирантов до руководителей государства.

– Выходит, что наставничество в медицине имеет огромное значение...

– А как же! Хотя, смотря какое наставничество (смеётся). Безусловно, без хорошего наставника не стать высококвалифицированным специалистом. Это, если хотите, залог успеха в выбранной профессии. Казалось бы, собрать анамнез – пустяковое дело. Но, хочу заметить, единой методологии этого нет. Очень важно расположить к себе пациента, чтобы не упустить ни одной тонкости, которая при дальнейшем ведении больного может сыграть ключевую роль в процессе лечения. К сожалению, сейчас в медицине господствует весьма формальный подход к пациентам. Иными словами – лечат болезнь, а не больного...

– Какие человеческие качества, на ваш взгляд, наиболее важные для личности врача?

– Человек, выбравший профессию врача, вне всякого сомнения, должен быть добрым. Врача определяет человечность. А ещё – ответственность и гибкость. Необходимо уметь находить общий язык с разными социальными слоями людей – все болеют одинаково. Независимо от того, кто пациент – народный артист или слесарь – врач должен располагать к себе, вызывать доверие. Испокон веков в нашей стране врач был интеллектуалом и интеллигентом. Нравственным примером. А профессионализм при добросовестном отношении к делу обязательно придёт с опытом.

– Вы не раз рассказывали о своей работе в Заполярье после вуза. Что это дало вам как в профессиональном, так и в общечеловеческом плане?

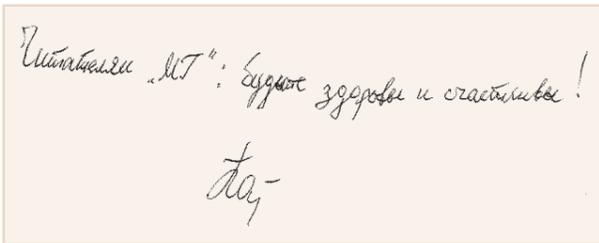
– Вы знаете, я никогда не думал, что окажусь там. Начну с общего: с ранних лет я восхищался природой, а пейзажи Крайнего

Севера, я вам скажу, завораживают. И хоть работы там было непочтатый край, я не переставал восхищаться местными географическими особенностями: полярный день, полярная ночь, северное сияние... Такое не может не очаровать. А люди, жившие и работавшие там!.. Открытые, приветливые, добрые. В атмосфере Заполярья тех лет царили доверие и товарищеское отношение. А когда узнавали, что я врач, пусть и молодой, отношение ко мне было просто потрясающее: мне верили, ко мне прислушались, со мной считались. Я же, в свою очередь, понимал, что на моих плечах лежит неимоверная ответственность.

Что касается профессиональных навыков, то я там научился, прежде всего, самостоятельности: обратиться к старшим коллегам не было невозможно. Выше тебя специалиста нет. Мы с моим товарищем – тоже выпускником медвуза – были и акушерами, и хирургами, и педиатрами, и терапевтами, и офтальмологами и т.д. в одном лице. Помню, как мы оперировали, раскрыв атлас по оперативной хирургии и топографической анатомии... И ничего – справились (улыбается). Один случай из «заполярной» практики я вспоминаю часто: мне пришлось ампутировать обе руки рыбаку в связи с обморожением тканей. Я справился, но было жутко. Это будни тогдашних дней, но я о чём не сожалею.

– Ваша супруга, Наталья Николаевна – культуролог, историк, писательница. В чём секрет долголетия вашего союза?

– Великий композитор Людвиг ван Бетховен назвал первую часть своей пятой симфонии «Так судьба стучится в дверь». 40 с лишним лет назад судьба постучала в дверь моего рабочего кабинета: Наташа пришла ко мне по поводу госпитализации своей мамы. Я увидел её – и замер. И она замерла. Это была любовь с первого взгляда. А дальше меня ещё больше поразили её интеллект и уровень образования. Её суждения ещё в совсем юные годы были суждениями зрелого, опытного человека. Я бы даже сказал – мудрого. Природа дала ей всё: наградила яркой и привлекательной внешностью и колоссальным, незаурядным умом. Я бы назвал её интеллект «бес-



Николай ПАЛЕЕВ:

## Врача определяет человечность

полым». Наташа мне не только супруга и любимая женщина, но и большой друг и единомышленник, она удивительный человек: не усложняет простых вещей и не упрощает сложных. Пожалуй, это и есть залог успеха нашего с ней союза.

– У вас двое сыновей, пятеро внуков. Вы – строгий отец и дедушка?

– (Улыбается). Совершенно нет. Я ни разу не прибежал к физическим наказаниям. Дисциплина моих мальчиков держалась на сознательности и ответственности. Иногда я мог «гаркнуть», но эти случаи можно пересчитать по пальцам одной руки. Спустя годы, я могу похвалить нас с супругой: мы правильно воспитали наших детей.

Что же до внуков, то они могут из меня, что называется, верёвочки вить. Я очень добрый и всепозволяющий дед, а Наташа – такая же бабушка. Казалось бы, у наших внуков всё есть, они ни в чём не нуждаются, а мы постоянно их чем-то одариваем. Любим их даже больше, чем детей. И ничего не можем с собой поделать.

– Какие имеются хобби у академика Палеева?

– Ещё в школьные годы я собирал марки. Мы тогда жили во Львове, это были 1939-1941 гг. Я очень увлёкся филателией в то время. Но потом пришла война, нас эвакуировали в Сибирь. А затем отец пропал без вести на полгода. У нас отобрали продуктовые карточки, оставив такую роскошь лишь младшему брату. Мы со средним братом тоже были детьми: ещё не могли работать, чтобы кормить себя и маму. Я был вынужден обменивать самые свои ценные марки на эти продуктовые карточки, чтобы как-то кормить семью. Надо сказать, что в этом я преуспел. Ну, а потом, по приезде в Москву после войны с оставшимися марками, оказалось, что моя коллекция – вторая по величине в столице.

Кроме того, с 4 лет я начал читать. Чтение также было моим большим увлечением. Бывало, по ночам я прятался под одеяло и читал с фонариком в руках. Результат – близорукость с юности (смеётся). Уже в школьные годы я прочитал практически всю классику литературы: и отечественную, и зарубежную.

А ещё всегда любил музыку и

даже самостоятельно научился играть на фортепиано в студенческие годы. Играл довольно-таки сложные произведения. Сейчас уже за инструмент не сажусь, однако регулярно посещаю концерты симфонической музыки, хожу в оперу, на балет.

И последнее пристрастие – путешествия. С детства я увлекался географией, грезил посещением разных стран под впечатлением от прочтения о путешествиях

Колумба, Магеллана, Васко да Гамы... Жизнь была благосклонна ко мне в этом отношении: ещё в советские годы благодаря командировкам я посетил множество стран, исколесил практически весь бывший Советский Союз...

– Что вы считаете своим главным недостатком?

– Полагаю, что это недостаточная твёрдость характера. Мне это иногда мешает. Порой, нужно на чём-то настоять, что-то отстаивать, потребовать. Но при встрече сопротивления я отступаю. Ничего не могу с собой поделать.

– Каким вы видите абсолютное счастье?

– Счастье – это любовь, причём в широком смысле этого слова. К примеру, если человек не восхищается природой – он не живёт с любовью в душе. Музыка, поэзия, живопись – всё это делает человека счастливым. И ещё – красота. И это не только красивые женщины (смеётся). На мой взгляд, счастливым может быть лишь тот, кто способен ощутить чувство восхищения.

– Какое качество в людях вы цените больше всего?

– Альтруизм. Жизнелюбие. Готовность пожертвовать чем-либо ради другого человека.

– Общеизвестно, что вы – человек отходчивый и снисходительный. Существует ли в природе то, чего вы не можете простить?

– Я не могу простить подлости, предательства, зависти и вранья.

– Ваш любимый композитор?

– Одного не назову. Бах, Бетховен, Моцарт, Чайковский и Брамс.

– Кому из литературных персонажей вы больше всего симпатизируете?

– Мой герой – Дон Кихот.

– Если бы у вас была возможность начать жизнь сначала, кем бы вы стали?

– Тем, кем я стал. Врачом. Не вижу себя в других ипостасях.

– О чём вы больше всего сожалеете?

– Мне очень не хватает родителей. Они довольно рано ушли из жизни. Также я сожалею о том, что активная жизнь у людей коротка. В старости ничего хорошего нет.

– Ваш девиз по жизни?

– Я люблю вас, люди!.. Хотя – не всех.

Беседу вёл  
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».

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

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

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

Дежурный член редколлегии – В.ЗАЙЦЕВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.  
Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.  
Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.  
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.  
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).  
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru  
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-04-00494  
Тираж 31 140 экз.  
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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