

# Медицинская

7 марта 2018 г.  
среда  
№ 9 (7825)

# Газета®

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

Накануне

## С праздником весны и любви!

Искренне рады поздравить прекрасную половину отечественного здравоохранения с наступающим днём 8 Марта! Всех вас объединяет принадлежность к самой гуманной и благородной профессии, которая всегда вызывала уважение своей душевной щедростью и милосердием. Эти гуманистические ценности несёте в жизнь вы – врачи и медицинские сёстры, чья доброта и бесконечное терпение, участие и заботливое внимание ежедневно нужны пациентам.

Позвольте выразить вам глубокую признательность за самоотверженный труд, верность профессии, за стремление к новым знаниям, за ту созидательную силу, которая заставляет преодолевать любые невзгоды, не терять надежду, верить в лучшее и всегда быть на высоте.

В этот день в ваш адрес будет много тёплых поздравлений. Присоединяемся к ним. Желаем вам успехов и гармонии в нашей нелёгкой профессии и личной жизни. И пусть ваша жизнь будет прекрасной, как цветы, которые вам дарят эти праздничные дни! Будьте любимыми, красивыми и желанными!

Счастья вам, отличного настроения и здоровья!

Редакционная коллегия «Медицинской газеты».

Деловые встречи

## Передавая эстафету...

Под таким девизом прошёл XX Конгресс педиатров России



Если попытаться коротко охарактеризовать атмосферу, царившую на конгрессе, то она была созидательной и коллегиальной. Уровень форума был, несомненно, высоким. Программа оказалась обширной, а главное, построенной на внедрении принципов доказательной медицины в систему непрерывного медицинского образования.

Отличительной особенностью конгресса стала демонстрация огромного количества клинических случаев. Более 10 тыс. докторов, участвовавших вживую, и ещё столько же врачей, смотревших форум в режиме реального времени, смогли пополнить багаж своих знаний, послушать авторитетные мнения ведущих отече-

Вручение наград лауреатам конкурсов. Врач из Самары Надежда Кольцова (в центре) получает диплом из рук А.Баранова

ственных и зарубежных специалистов, порадоваться успехами коллег, поделиться достижениями и проблемами. Здесь не было парадных рапортов. Шёл деловой разговор о том, как улучшить оказание медицинской помощи детям.

– Мы видим поступательное движение здравоохранения за минувшие 5 лет, хотя никто не отрицает имеющиеся проблемы, – сказала руководитель Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина в своём докладе.

По её словам, хорошими темпами снижается младенческая смертность. Ещё более значимы показатели снижения смертности у детей до 4 (на

30% с 2012 г.) и 18 лет (на 31%). Существенно сократилась больничная летальность. А вот смертность на дому, особенно детей первого года жизни, практически стагнирует.

Что же касается заболеваемости, то она тоже в целом снижается. Отметим это, Е.Байбарина выделила ряд тревожащих показателей. Так, наблюдается рост болезней нервной системы, глаз, кожи и мочевой системы у глубоко недоношенных детей. Не сокращается и процент врождённых аномалий, хотя с развитием пренатальной диагностики можно было бы ожидать других результатов.

(Окончание на стр. 4-5.)



Татьяна СЕМЁНОВА,  
директор Департамента  
медицинского образования  
и кадровой политики в  
здравоохранении Минздрава  
России:

В повседневную жизнь медицинских работников вошли два новых термина – порядок допуска к профессиональной деятельности и аккредитация медицинских специалистов.

Стр. 6

Елена АВДЕЕВА,  
заведующая кафедрой педагогики и  
психологии Красноярского ГМУ  
им. В.Ф.Войно-Ясенецкого,  
доктор философских наук:

Сегодня очень редко встретишь лектора, который на занятиях говорит живым могучим русским языком.

Стр. 10



«Добро пожаловать, фестиваль!»

XIII Всероссийский фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников (с международным участием) пройдет в Ярославле.

Стр. 11

Проекты

## Здоровое сердце ребёнка

В Алтайском крае реализуется новый медицинский проект «Здоровое сердце ребёнка». В его рамках в течение 4 дней врачи провели осмотр 520 подростков из Каменского района. Мероприятие организовано благодаря межведомственному взаимодействию Министерства здравоохранения Алтайского края, администрации центральной районной больницы, а также краевого центра медицинской профилактики.

Новый проект направлен на профилактику, диагностирование и раннее выявление сердечно-сосудистых заболеваний у детей в возрасте 12 лет.

Для осмотра первых маленьких пациентов приехали кардиологи и специалисты региональной профилактической службы. Они провели целый комплекс лабораторных исследований, в том числе измерения на кардиовизоре и пульсоксиметре, биоимпедансометрию и электрокардиограмму. Дети, у которых выявлены серьёзные отклонения, направлены на дообследование в краевую детскую клиническую больницу. Также по результатам осмотра в крае будет сформирован регистр детей с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний.

«Сегодня центр здоровья работает по расширенному алгоритму, который направлен на выявление группы детей высокого кардиоваскулярного риска. Увы, сердечно-сосудистые заболевания имеют отчётливую тенденцию к омоложению, и такие факторы, как высокий уровень сахара, избыточный вес, ожирение и высокое артериальное давление, являются фундаментом для развития этих заболеваний», – рассказывает главный специалист детский кардиолог Минздрава Алтайского края Ольга Григорьевская.

Необходимость разработки программы «Здоровое сердце ребёнка» прокомментировал депутат Государственной Думы РФ Валерий Елькомов:

«Так сложилась практика здравоохранения, что дети проходят медицинские осмотры, как правило, при поступлении в детский сад, в первый класс, а затем уже на выходе из школы. Подростковый возраст, когда как раз идёт активное развитие организма, выпадает из поля зрения медиков. А именно сейчас важно предупредить и предотвратить развитие болезней сердечно-сосудистой системы, чтобы ребёнок вошёл во взрослую жизнь здоровым человеком».

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Алтайский край.

**Новости**
**Быстрее и без ошибок**

Исключить вероятность ошибок, почти в пять раз повысив при этом производительность, сократить время получения результатов исследований и передачи их лечащему врачу до 2-3 часов позволяет автоматизация и информатизация, завершившаяся в централизованной диагностической лаборатории Костромы.

Сегодня эта лаборатория – одна из лучших в Центральном федеральном округе, как по организации работы, так и по перечню исследований и оснащению специализированным оборудованием стоимостью 40 млн руб. Наряду с бюджетными, оно приобретено и на средства самого медицинского учреждения.

Централизованная лаборатория обслуживает 35 медицинских организаций областного центра и близлежащих к нему районов, а также проводит исследования для тех районов, которые не могут выполнить их самостоятельно. В день здесь проводится порядка 3,5 тыс. проб и более 40 тыс. тестов по более чем 200 видам анализов. Это треть всех исследований, что делается в области – от простых биохимических на содержание глюкозы до редких на витамин «Д». В этом году здесь планируют запустить программу скрининга жидкостной цитологии для женщин.

Константин ШАРЬИН.

Кострома.

**Исключить или выявить**

Во Владивостокской поликлинике № 1 открылся кабинет видеокOLONOSКОПИИ. Диагностика и лечение заболеваний толстого кишечника – одни из самых востребованных медицинских услуг для жителей района. Теперь все необходимые процедуры, включая консультацию проктолога и колоноскопию, можно пройти в одном месте, что существенно повысит доступность и качество оказания медицинской помощи.

По словам главного врача поликлиники № 1 Ольги Перовой, основная задача – исключить или выявить рак кишечника на ранней стадии, который становится наиболее опасной и часто встречающейся онкопатологией. Кабинет колоноскопии оснащён новым гибким видеодоскопом от ведущего мирового производителя.

«Среди неоспоримых преимуществ колоноскопии – высокая информативность и точность диагностики, – напоминает Ольга Яковлевна. – Эндоскоп оснащён специальной видеокамерой, которая передаёт изображение внутренних тканей на монитор, что позволяет врачу максимально детально изучить каждый сантиметр слизистой кишки и выявить малейшие нарушения и новообразования.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

**К больным на дом**

Впервые выездная служба паллиативной помощи городской больницы № 2 Калининграда получила специализированный автомобиль. За 2 недели его работы бригада медиков осуществила 73 выезда на дом к тяжелобольным пациентам.

Сама выездная паллиативная служба в регионе начала свою работу с октября 2017 г., рассказал главный врач городской больницы № 2 Степан Миракян. За это время выполнено 260 выездов к больным, нуждающимся в медицинской помощи этого профиля, из которых более 80% – с онкологическими заболеваниями.

Выездная служба состоит из двух врачей паллиативной медицинской помощи, двух медицинских сестёр и водителя-санитара. Специализированный автомобиль оснащён лекарственными средствами, перевязочным материалом, инструментарием для оказания необходимой паллиативной медицинской помощи больным в амбулаторных условиях. «Здесь есть всё для проведения обезболивания, дезинтоксикации, лечения инфицированных ран, катетеризации, – отметил главный врач, демонстрируя возможности новой техники. – Также наши специалисты обучают родственников уходу за тяжелобольными».

Ирина СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

**Мальчика научили дышать**

Из Детской республиканской клинической больницы в Марий Эл выписан мальчик, который из 10 месяцев своей жизни 8 находился на искусственной вентиляции лёгких. Врачи сделали практически невозможное, сохранив жизнь ребёнку с тяжёлой патологией.

Дима Яндукин появился на свет с врождённым пороком развития верхних дыхательных путей – редкой патологией, которую до рождения обнаружить невозможно. По мнению врачей, в этой ситуации мало шансов на то, что новорождённый выживет.

Месяц ребёнок находился в Перинатальном центре на искусственной вентиляции лёгких, затем его перевели в Детскую республиканскую клиническую больницу.

Для уточнения диагноза ребёнок был направлен в ДРКБ Казани. Мальчик находился там 3 месяца, где также был на искусственной вентиляции лёгких. Татарские коллеги установили ребёнку трахеостому и перевели в отделение реанимации ДРКБ Йошкар-Олы.

Три месяца в реанимации оказались непростыми: за это время мальчик несколько раз находился в критическом состоянии, когда жизнь висела на волоске. Но каждый раз профессионализм персонала отделения не давал ребёнку умереть.

Повезло Диме ещё и в том, что в больницу при поддержке Министерства здравоохранения республики как раз закупили современный аппарат искусственной вентиляции лёгких с возможностью проведения ИВЛ в высокочастотном режиме. Малыш был первым, кого к нему подключили. Славшиеся лёгкие на новом аппарате расправились, дыхание восстановилось. Диму сняли с ИВЛ, и он начал учиться дышать самостоятельно. Недавно его выписали домой, и у мальчика наконец-то начинается нормальная жизнь ребёнка, которого без всякого преувеличения спасли доктора.

Ольга БИРЮЧЁВА.

Йошкар-Ола.

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

**Перемены**

# Совершенствуя диагностику рака

Сахалинские онкологи готовятся выехать в самые отдалённые места области

По словам представителей Минздрава Сахалинской области, переломный момент в диагностике рака молочной железы в регионе наступил в последние 2-3 года, благодаря установке маммографов в районных больницах и специализированных отделениях медицинских учреждений областного центра, модернизации хирургической службы онкологического диспансера.

С этого года диагностический процесс будет ещё более усовершенствован. В ближайшее время в первые рейсы отправятся три мобильных комплекса, оборудованных передвижными флюорографами и маммографами. Они будут курсировать по отдалённым населённым пунктам с целью проверки здоровья у сельских жителей.

«Из всех случаев выявленного в прошлом году рака молочной железы 73% приходится на I и II стадии, когда заболевание успешно лечится, – отмечает заведующий маммологическим отделением областного онкологического диспансера Анатолий Проненко. – Заботу о собственном здоровье больше проявляют молодые женщины. Статистика говорит о том, что с возрастом пациентки меньше обращают внимание на себя, запускают патологические процессы».

Каждую неделю в онкологическом диспансере проводится 5-7 операций на молочных железах.



В онкологическом диспансере идёт очередная операция

Часть из них связана с доброкачественными изменениями, но большинство вызвано запущенными, угрожающими формами болезни.

«Современные технологии позволяют проводить щадящие операции – не с полным, а частичным удалением поражённого органа. С открытием нового хирургического корпуса у нас стало возможным внедрить новые методики. Часто одновременно с удалением производят реконструкцию – устанавливаем имплантаты. Наша задача не только продлить жизнь пациента, но и сохранить её качество. Имплантация по медицинским

показаниям проводится бесплатно», – поясняет Сергей Старцев, главный онколог областного Минздрава здравоохранения.

В настоящее время все специалисты женской консультации владеют методом проведения кольпоскопии, позволяющей обследовать шейку матки и обнаружить патологические процессы. В дневном стационаре успешно применяют для лечения аппарат радиоволновой хирургии.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

**Профилактика**

## Высокое доверие надо оправдать

Более половины россиян одним из главных источников получения информации о здоровье считают врача. Об этом было заявлено на представительной пресс-конференции в столице. Она была посвящена изучению уровня информированности населения о вирусе папилломы человека (ВПЧ) и ассоциированных с ним заболеваний. И такой кредит доверия надо использовать, – считают эксперты Всероссийского центра изучения общественного мнения.

Недавно ВЦИОМ, при поддержке Союза педиатров России, опросил 1800 человек разного возраста и пола, пытаясь выяснить, что им известно о ВПЧ. Оказалось, что 44% опрошенных слышали о вирусе, причём наиболее осведомлены были девушки в возрасте 25-34 лет. По мнению директора по исследованиям ВЦИОМ кандидата социологических наук Елены Михайловой, это можно рассматривать как результат эффективной работы медиков, потому что они активно взаимодействуют с молодыми женщинами.

– Сегодня люди информированы о ВПЧ гораздо лучше, чем 10 лет назад, – заметила профессор кафедры акушерства и гинекологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова Галина Минкина.

Однако о связи вируса папилло-

мы человека и рака шейки матки знает 39% опрошенных женщин, а о том, что ВПЧ может вызвать рак мужских половых органов, – лишь 15% мужчин (и 17% женщин).

Осведомлённость об эффективных способах профилактики ВПЧ тоже невысока – о вакцинации упомянули только 24% респондентов. Следовательно, работа предстоит ещё очень большая.

Во многих странах от ВПЧ широко прививают. В России же вакцинация проводится только в отдельных регионах, например, в Подмоскovie, Екатеринбурге или же по индивидуальной просьбе на платной основе.

– Значимость вакцины против ВПЧ трудно переоценить, она не только спасёт многие жизни, но и упростит многие протоколы, сделает их экономически более эффективными, позволит контролировать заболеваемость раком шейки матки и другими ассоциированными заболеваниями, – сказала Г.Минкина.

По её мнению, помимо вакцинации, необходимо внедрение государственной программы скрининга цервикального рака. В тех странах, где такие программы есть, заболеваемость раком шейки матки существенно снизилась.

Г.Минкину поддержал директор Института онкогинекологии и маммологии Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова академик РАН Лев Ашрафян, на-

звав вопросы, связанные с профилактикой рака шейки матки, важной общегосударственной задачей

– Считаю, что проблема не должна концентрироваться ни вокруг одного только рака, ни вокруг одного только пола. Мужчины тоже заслуживают того, чтобы быть защищёнными от вируса, который может вызвать рак, – полагает главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Минздрава России профессор Михаил Гомберг.

– Проблема ВПЧ и ассоциированных заболеваний стоит в нашей стране очень остро. В 2018 г. около 7 тыс. россиян погибли из-за рака шейки матки – заболевания, которое можно было предотвратить своевременными профилактическими интервенциями, в основе которых корректная и полная информация, доступная человеку на каждом этапе его жизни, – считает председатель исполкома Союза педиатров России, главный детский специалист по профилактической медицине Минздрава России, академик РАН Лейла Намазова-Баранова. – Данное исследование ВЦИОМ вновь обращает внимание общественности на то, что именно врачи играют главную роль в повышении грамотности населения в вопросах здоровья.

Валентина ЗУЕВА, МИА Cito!

Из первых уст

## Финансирование медицины увеличить в два раза

**Президент России Владимир Путин в своём послании к Федеральному Собранию подчеркнул, что важнейшая задача для государства – доступность современной медицинской помощи и для реализации этой задачи финансирование медицины необходимо увеличить вдвое.**

«В населённых пунктах с численностью от 100 до 2 тыс. человек в течение 2018–2020 гг. должны быть созданы фельдшерско-акушерские пункты и врачебные амбулатории. А для населённых пунктов, где проживают менее 100 человек, организовать мобильные медицинские комплексы, автомобили с повышенной проходимостью со всем необходимым диагностическим оборудованием», – сказал В.Путин.

Кроме того, Президент России предложил принять Национальную программу по борьбе с онкологическими заболеваниями.

Глава государства поставил задачу войти по продолжительности жизни в клуб стран «80+». «В последние годы темпы роста средней продолжительности жизни в России – одни из самых высоких в мире. Нам удалось этого до-

биться, – напомнил он. – В 2000 г. продолжительность жизни россиян составляла немногим более 65 лет, а у мужчин – порядка 60. За 7 лет показатель удалось увеличить до 73. Сегодня мы обязаны поставить перед собой цель принципиально нового уровня: к концу следующего десятилетия Россия должна уверенно войти в клуб стран, где продолжительность жизни превышает 80 лет. Это такие страны, как Япония, Франция, Германия».

Ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова академик РАН Пётр Глыбочко так прокомментировал задачу перед медицинским сообществом, которые поставил глава государства:

«Президент РФ Владимир Путин сказал о двух важных социальных проблемах современной России: о продолжительности жизни наших граждан и привлечении науки к борьбе с онкологическими заболеваниями».

Задача повышения продолжительности жизни тесно увязана с вопросом активного долголетия и является одной из главных социальных проблем в мире. Решение данного вопроса невозможно без

применения новых медицинских технологий и главное без реализации перехода на новую модель медицины – от реактивной к превентивной. Это требует широкого внедрения подходов персонализированной медицины в области геномной диагностики, таргетной терапии, дистанционного мониторинга и др. Но, в первую очередь, акцент должен быть направлен на раннюю профилактику заболеваний.

Трансформацию образовательной модели на уровне университета мы строим именно на этой основе. С 2018 учебного года в Сеченовском университете можно освоить такие профессии как специалист по тканевой инженерии, IT-медик, молекулярный диетолог и сетевой врач. Это врачи будущего, которые будут в совершенстве владеть инструментами генетических исследований, анализом Big Data, которые будут формировать возможности для ранней диагностики, выявления болезни, что естественно будет способствовать увеличению продолжительности жизни россиян.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Решения

## Подтверждаем мировое лидерство

**Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова избрана сопредседателем Независимой комиссии высокого уровня ВОЗ по неинфекционным заболеваниям, которая была основана Генеральным директором ВОЗ Тедросом Адханом Гебрейесусом в минувшем году.**

Целью создания комиссии является подготовка к совещанию высокого уровня по неинфекционным заболеваниям Генеральной Ассамблеи ООН.

Напомним, что Российская Федерация входит в число мировых

лидеров по эффективности мер профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. В стране действуют современные массовые скрининги здоровья, позволяющие предотвратить развитие заболеваний на ранних стадиях.

Благодаря принимаемым мерам в России наблюдается рост продолжительности жизни населения, которая с 2012 г. выросла на 2,44 года до 72,68 лет.

Смертность населения за 12 месяцев 2017 г., по сравнению с 2012 г., снизилась на 6,8% и составила 12,4 случаев на 1000 населения (2012 – 13,3). Младенческая

смертность снизилась на 36% с 8,6 (в 2012) до 5,5 на 1000 родившихся живыми в 2017 г. Материнская смертность снизилась на 37% с 11,5 (в 2012) до 7,3 на 100 тыс. родившихся живыми, по данным 12 месяцев 2017 г. На 20,6% сократилась смертность от болезней системы кровообращения с 737,1 до 584,7 на 100 тыс. населения.

Показатель смертности населения трудоспособного возраста в январе – июне 2017 г. снизился по сравнению с 2012 г. на 17% и составил 480,6 на 100 тыс. населения (2012 г. – 575,7).

Соб. инф.

Перспективы

## У гарантий – надёжная основа

**На оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи жителям Смоленской области в этом году будет направлено почти 13 млрд руб.**

Объём финансирования по сравнению с прошлым годом увеличен

на 15,6%. Выделенные средства планируется распределить на оказание всех видов медицинских услуг.

На 51 млн увеличено финансирование оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Это гарантированно позволит дополнительно провести более 300 сложных операций сердечно-сосудистого профиля.

Как сообщили корреспонденту «МГ» в Департаменте по здравоохранению, в 2018 г. запланирован рост нормативов финансирования на одного жителя области. Данный показатель будет увеличен с 11,2 до 13,1 тыс. руб.

Владимир КОРОЛЁВ,  
соб. корр. «МГ».

Смоленская область.

Пресс-конференции

## Югра подаёт пример

**По недавним сведениям, в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре рождаемость вдвое превышает смертность. При этом низкий показатель позволил округу войти в пятёрку лучших в стране. В регионе почти в два раза реже люди умирают от онкологии и сердечно-сосудистых заболеваний, чем в среднем по России.**

«Это объективные показатели, которые вполне справедливо относят регион к ведущим

субъектам в системе развития здравоохранения», – прокомментировал директор Департамента здравоохранения Югры Алексей Добровольский в ходе пресс-конференции, которая состоялась в окружном центре. Он отметил, что автономный округ владеет такими технологиями, которые позволяют системе здравоохранения показывать высокие результаты. В частности, в прошлом году введена новая больница в Сургуте, там же продолжается строительство центра охраны материнства и детства,

который планируется открыть уже в этом году. В Нижневартовске и Талинке строят новые медицинские учреждения, часть больниц округа реконструируется.

«Здравоохранение Югры не стоит на месте, оно прирастает новыми высокопрофессиональными кадрами, внедряются уникальные технологии. Мы активно подключились к реализации проекта «Бережливая поликлиника», что позволяет нашим пациентам за короткий срок получить весь необходимый перечень медицинских услуг», – отметил А.Добровольский.

Елена ЛЬВОВА.

МИА Сити!

Ханты-Мансийск.

События

## Редкие болезни – исключения из правил

**В столице состоялась пресс-конференция, приуроченная к Международному дню редких заболеваний и посвящённая проблемам российских пациентов.**

Ежегодно в последний день февраля во всём мире отмечается День редких заболеваний. В настоящее время известно около 7 тыс. таких болезней. В России определение редких (орфанных) болезней законодательно установлено в 2011 г., тогда же создан их перечень.

Об особенностях диагностики и доступности инновационных методов лечения редких заболеваний в Российской Федерации рассказал главный специалист по медицинской генетике Минздрава России, директор Медико-генетического научного центра (МГНЦ), член-корреспондент РАН Сергей Куцев. Он отметил, что уже сегодня в рамках государственного финансирования на базе МГНЦ и Томского НИИ генетики возможно на бюджетной основе получить консультацию врача-генетика и пройти генетическое тестирование на несколько сотен наследственных заболеваний. В 2017 г. только на бюджетной основе были продиагностированы 17 тыс. пациентов.

Заместитель председателя Комиссии по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни граждан Общественной палаты РФ Екатерина Курбангалеева рассказала об изменениях в правилах признания лица инвалидом. Это набравшая тема для семей, где инвалидность детей с редкими заболеваниями приходится подтверждать ежегодно. «Теперь этим детям не придётся проходить ежегодные освидетельствования, для многих из них инвалидность будет устанавливаться до 18 лет», – отметил эксперт.

Сопредседатель Всероссийского союза пациентов, президент Всероссийского общества гемофилии, заместитель руководителя экспертного совета по редким заболеваниям

при Государственной Думе РФ Юрий Жулев отметил: «Мы готовы поднимать вопрос о необходимости федерального финансирования для самых «дорогостоящих» редких болезней. Сформировалась устойчивая группа из нескольких высокотратных нозологий, расходы на лекарственную терапию которых составляют почти 70% от совокупного годового бюджета программы «Семь высокотратных нозологий». Наша задача, чтобы у всех больных был равный доступ к лекарственным препаратам, а значит, к полноценной жизни».

Председатель правления Всероссийского общества редких (орфанных) заболеваний Ирина Мясникова, член Экспертного совета по редким заболеваниям при Государственной Думе РФ Наталья Смирнова и директор Центра помощи пациентам «Геном» Елена Хвостикова рассказали о проблемах больных, которые не имеют возможности получать лекарства в рамках государственных программ.

– Создание прозрачных критериев формирования перечня редких болезней, клинических протоколов по диагностике и лечению редких болезней, крайне необходимы для пациентов и врачей уже в ближайшее время, – отметила И.Мясникова. – Их отсутствие критично для получения лечения, а значит и жизни пациентов.

Все участники пресс-конференции отметили, что в России уже многое сделано для помощи больным с редкими заболеваниями, но прогресс в этой области медицины столь стремительный, что необходимо постоянно совершенствовать законодательство и медицинскую систему оказания помощи этим больным. Только командный подход органов власти, специалистов и общественных организаций позволит пациентам с орфанными заболеваниями получать необходимое лечение и чувствовать себя необходимыми обществу.

Ирина АНДРЕЕВА.

МИА Сити!

Ну и ну!

## Опасные эксперименты



**Некоторые представители сильного пола идут на довольно рискованные процедуры ради получения сексуального удовольствия. Одним из наиболее распространённых способов увеличения полового члена остаются инъекции вазелина. Оказывается, мужчины прибегают к экспериментам подобного рода, не задумываясь какую они представляют опасность.**

Так, недавно на операционном столе урологов Тюменской областной больницы № 4 (Ишим) с олеогранулемой оказался 42-летний пациент. Напомним, что олеогранулема – доброкачественное новообразование полового члена, развивающееся после введения под кожу пениса инородных тел: различных гелей, пластмассовых или металлических шариков и др.

Мужчине была проведена операция Сапожкова – Райха. Сейчас пациент выписан на амбулаторное лечение. Через 2-3 месяца ему будет проведено ещё одно хирургическое вмешательство.

«Обратись пациент через неделю-две, нам бы пришлось прибегнуть к кардинальным мерам – полной ампутации полового органа, – рассказывает заведующий урологическим отделением больницы Андрей Федоровский. – Да и сейчас, после операции, прогнозы неутешительные – как правило, после олеогранулемы мужчины не могут вернуться к нормальной половой жизни. Многие также начинают страдать психологическими расстройствами».

Жанна СТРИЖАК.

Тюменская область.

(Окончание. Начало на стр. 1)

Беспокойство вызывает рост заболеваемости среди подростков 15-17 лет по многим классам болезней. Это, по мнению Е.Байбариной, тесно связано со школьными факторами, низкой физической активностью, нерациональным питанием. Для изменения ситуации необходимо развивать школьную медицину, профилактику, способствовать приверженности детей здоровому образу жизни, внедрять современные технологии в организацию работы учреждений первичного звена.

## Реальная картина

Обеспокоенность здоровьем подростков, высказанная руководителем детского «главка» Минздрава России, имеет реальные основания. Об этом рассказала в своём докладе председатель исполкома Союза педиатров России академик РАН Лейла Намазова-Баранова, представившая результаты обследования 3 тыс. подростков 11 и 15 лет из 8 регионов страны. Выездными бригадами специалистов Национального центра здоровья

видна, – говорит Л.Намазова-Баранова. – Значит, начинать профилактику нужно в младшем школьном возрасте, не позже.

Мы, к сожалению, обнаружили, что наша страна плавно «вползла» в эпидемию ожирения. Каждый пятый ребёнок школьного возраста имеет индекс массы тела, превышающий нормальное значение. Если у 15-летних детей цифры ещё терпимые, то у 11-летних они значительно хуже. Каждое следующее поколение становится, грубо говоря, всё толще, причём у мальчиков тенденция более выраженная, чем у девочек, следовательно, нужно больше заниматься образованием детей и их родителей, – поведала Л.Намазова-Баранова.

Определение антител к инфекционным болезням показало, что

партамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России попросила обратить внимание на повышение качества оказания помощи в своих регионах, глубоко изучить клинические рекомендации, проверить, как они выполняются в субъектах и постараться сделать всё, чтобы врачи им следовали.

– Это сложно, – заметила она. – Порой даже проще внедрить какой-то новый препарат в клиническую практику, чем убрать из неё старый, неэффективный. Но именно для того и собираются такие конгрессы, чтобы не оставаться в плену застывших стереотипов.

Комментируя клинические случаи, о которых доложили сотрудники Национального медицинского

### Мнение участника конгресса Екатерина МАРКЕЛОВА, клинический фармаколог детской городской больницы (Краснодар):

Конгресс примечателен разнообразием лекций, симпозиумов, «круглых столов». Он предоставляет возможность выбора темы. Мне кажется, любой доктор найдёт для себя тот симпозиум, который отвечает его профессиональным запросам. Моё особое внимание привлекла секция, посвящённая первичным иммунодефицитам, доклад, который сделала Анна Щербина, а также сообщения её коллег. Я в первый раз на столь замечательном форуме, но надеюсь не в последний, хотелось бы и в будущем его посещать.

данной теме, рассматривались наиболее сложные аспекты: реакции и осложнения, медотводы и работа с родителями, вакцинация подростков и борьба с антивакцинальным лобби, возможность модернизации Национального календаря прививок и региональный опыт.

ции будущих выпускников ординатуры, то есть врачей стационаров. В отличие от действующего сейчас стандарта «Врач-педиатр участковый», он в большей степени акцентирован на диагностику, лечение, реабилитацию, нежели на профилактику.

## Деловые встречи

# Передавая эстафету...

### Мнение участника конгресса

#### Елена БАЙБАРИНА, директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России:

Благодарю Александра Баранова и Лейлу Намазову-Баранову за организацию потрясающего форума. Я знала, что будет очень много людей, но что в 9 утра соберётся полный зал, никак не ожидала. Очень приятная неожиданность.

детей оценивалось физическое, психоневрологическое, психологическое, когнитивное состояние учащихся.

И проблема не в том, что у детей были обнаружены отклонения в состоянии или даже хронические болезни, а в том, что в школах не знают, что происходит со здоровьем детей, которые в них учатся, а значит, и не готовы оказать им адекватную медицинскую помощь в случае обострения заболевания или возникновения какой-либо экстренной ситуации. Столь удручающая обстановка сложилась с тех пор как по закону об образовании медицинские кабинеты перестали быть обязательными для каждой образовательной организации, а педагогов перестали учить навыкам оказания экстренной помощи учащимся.

Одной из задач проекта является усовершенствование существующей схемы диспансеризации школьников, ведь зная реальную структуру заболеваемости, можно эффективно внедрить таргетные профилактические технологии. В ходе экспедиций в регионы у каждого двенадцатого ребёнка выявлена патология органов желудочно-кишечного тракта, у каждого шестого – ортопедическая патология, у каждого третьего – аллергия, у каждого второго – глазная. Три четверти детей имеют фоновые проблемы со стороны нервной системы. У каждого восьмого – патология щитовидной железы, причём наибольшая концентрация таких детей в регионах, эндемичных по йододефициту, а ведь это отражается, в том числе и на снижении когнитивных функций. К сожалению, в РФ до сих пор не принят закон об обязательном йодировании соли.

Каждый второй ребёнок имеет изменения на ЭКГ, причём у каждого шестого такие, которые могут быть жизнеугрожающими, и требуют дополнительного обследования. К сожалению, все они впервые выявленные.

– То, что это отмечено только нами и только по результатам банальной ЭКГ, говорит о скрытых резервах системы наблюдения за детьми, – считает Л.Намазова-Баранова.

У каждого третьего школьника, особенно младшей группы, обнаружены изменения пульсового давления, что может свидетельствовать об уже начавшемся ремоделировании сосудов.

– То есть к 11 годам дети имеют сформированную сердечную патологию. Просто она ещё не очень

по некоторым позициям положение просто катастрофическое.

– Мы видим снижение коллективного иммунитета, потому что родители сегодня плохо отвечают на наши призывы вакцинировать детей. А это грозит серьёзными эпидемиями, – отметила докладчик.

– Главный вывод заключается в том, что фактическое состояние здоровья школьников гораздо хуже, чем представляет официальная статистика, – прокомментировал высказанное академик РАН Александр Баранов.

По словам главного внештатного педиатра Минздрава России, смысл исследования не в том, чтобы констатировать факты, а в том, чтобы на их основании разработать программу действий, определить вектор усилий по улучшению ситуации, конечно же с учётом выявленных региональных особенностей.

Академик призвал при формировании стратегических документов, и в частности программы «Десятилетие детства», не забывать о

### Мнение участника конгресса

#### Леонид РОШАЛЬ, президент Национальной медицинской палаты:

Думал, на заключительном заседании будет от силы половина зала заполнена, а оказалось, зал полон.

То, что делает Союз педиатров, с каждым годом становится всё весомее. Вы, доктора, разъедаетесь по стране, но всё доброе, что услышали здесь, останется с вами.

предупреждении детской инвалидности. В России сейчас 640 тыс. детей-инвалидов, 250 тыс. детей фактически инвалиды, но пока не признаны таковыми.

– Истоки детской инвалидности примерно в 50% случаев лежат в перинатальном периоде, – подчеркнул А.Баранов.

Он считает, что при оценке деятельности перинатальных центров нужно отслеживать не только снижение материнской и младенческой смертности, но и влияние на детскую инвалидность.

– Вы совершенно правы, инвалидов у нас много. Но первичная инвалидность на 10 тыс. детского населения имеет тенденцию к снижению, за что я благодарю педиатрическое сообщество и акушерское тоже, – ответила Е.Байбарина.

## Работать по-новому

Разговор продолжился на совещании главных специалистов. Обращаясь к ним, директор Де-



Педиатров приветствует представитель Европейского бюро ВОЗ Жоао Бреда

исследовательского центра здоровья детей на примере пациентов, поступивших из регионов, Е.Байбарина отметила, что сократить количество ошибок может помочь создание референс-центров, более широкое использование возможностей федеральных учреждений. Если ребёнок сложный, почему бы ни обратиться посредством телемедицины за консультацией к более опытным коллегам из федеральных клиник, где есть специализированные отделения.

Важность коллегиального подхода подчеркнул и заведующий отделением дерматологии НИИЦ

здоровья детей Николай Мурашкин на примере пациентов, страдающих буллёзным эпидермолизом, псориазом и другими заболеваниями.

К сожалению, в стране нет полноценной детской дерматологической службы. Между тем, по словам академика А.Баранова, проблема кожных заболеваний у детей вопиющая. Болезни кожи и подкожной клетчатки вышли на третье место по распространённости (после заболеваний органов дыхания и травм).

## Победа там, где есть движение вперёд

Организационные моменты детского здравоохранения на конгрессе поднимались, наверное, не реже научных.

Значительное место в программе форума всегда занимают вопросы вакцинации, много внимания было уделено и на сей раз. На симпозиумах, посвящённых

Популярностью у докторов пользовалась сессия по питанию детей, особенно первого года жизни. Участники симпозиума «Банки молока как уникальная технология поддержки грудного вскармливания» особый акцент сделали на вскармливании недоношенных детей. Как отметил профессор Жан-Шарль Пико (Франция), в последние десятилетия использование донорского грудного молока стало стандартной практикой для глубоко недоношенных младенцев в тех случаях, когда материнское молоко не доступно. В мире сейчас более 500 банков грудного молока, в Европе – 225. В России – 2. Первый в стране банк был открыт в 2014 г. в Национальном центре здоровья детей. Он функционирует в условиях многопрофильного педиатрического стационара на базе отделения для недоношенных детей. Донорами являются матери младенцев, находящихся на лечении в этом отделении. Реципиенты – тоже пациенты центра.

– В год мы собираем более 100 л грудного молока, – рассказала заведующая отделением профессор Ирина Беляева. – Кбору подходим крайне тщательно, сортируем молоко по сроку лактации и степени зрелости, что позволяет осуществлять персонализированное его использование с учётом индивидуальных особенностей ребёнка. Надеюсь, что наш опыт будет воспринят и другими стационарами страны.

Однако пока лишь Уфа присоединилась к этой инициативе. Мешают несоответствия между Порядками оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» и СанПиНами.

– Документы, которые позволили в XX веке решить актуальные тогда проблемы, сегодня являются сдерживающим моментом, из-за чего по ряду позиций мы не можем сильно продвинуться вперёд, – отмечали эксперты, выражая надежду на пересмотр нормативно-правовых актов.

Одним из вопросов, волнующих педиатрическое сообщество, можно смело назвать аккредитацию.

На конгрессе был представлен проект нового профессионального стандарта «Врач-педиатр», который станет основой первичной специализированной аккредита-



Выступает Л.Намазова-Баранова

Соответственно и образовательный стандарт претерпит изменения.

Между тем Ассоциацией семейных врачей подготовлен профессиональный стандарт «Врач общей практики», где записано, что в амбулаторных условиях ВОП обслуживает детей.

– Я дал резко отрицательное заключение на этот проект, – рассказал А.Баранов. – Очень деструктивную позицию в данном направлении занимает московское здравоохранение, планируя большой заказ на подготовку врачей общей практики. Это глупость, в условиях города заменять участковую педиатрическую службу врачом общей практики. Даже американцы – апологеты ВОП, идут по пути создания нашей системы: первичный контакт больного ребёнка у них уже в 80% случаев происходит с педиатром. Англичане доказали, что врач общей практики, общаясь с детьми, делает ошибки в 2 раза чаще, чем педиатр.

Не мудрено. Между функциями терапевта и педиатра большая разница.

## Попали в точку

Вообще этот конгресс запомнился обилием ярких выступлений и неординарных идей.

Небывалый ажиотаж вызвало выступление главного врача городской детской больницы Ростова-Дону Владимира Шина, поделившегося опытом реорганизации работы участковой службы и кабинета неотложной медицинской помощи поликлиники.

### Мнение участника конгресса

#### Людмила АСТРАХАНЦЕВА, заведующая отделением медико-социальной помощи городской поликлиники (Санкт-Петербург):

Объём полученной на конгрессе информации колоссальный. Очень понравился доклад академика Л.Намазовой-Барановой, посвящённый изучению здоровья российских школьников, а также выступление Л.Макарова на тему «Синдром внезапной смерти», да и в целом симпозиум по кардиологии. Мне, как бывшему участковому врачу, эта тематика близка. Было много полезного. Программа конгресса обширная, невозможно объять необъятное. Бесконечно довольна, что сюда попала.

**Мнение участника конгресса**  
**Хава АБАДИЕВА, педиатр Республиканской детской клинической больницы (Ингушетия):**

Конгрессы просвещают нас, докторов, чтобы мы не отставали от передовых практик, от западных коллег. Для меня интерес представляли лекции ведущих профессоров, где они приводят новейшие данные, основанные на принципах доказательной медицины.

Самой увлекательной и полезной оказалась совместная секция лор-специалистов и педиатров под названием «Борьба за респираторный тракт». Есть несколько спорных нозологий (например, отит), которые педиатры могут сами диагностировать и лечить, но общепринято направлять таких пациентов к лор-врачу, а это – дополнительные расходы. В шуточной форме, соблюдая, конечно, принципы взаимного уважения, каждый отстаивал свои позиции. В результате дискуссии всем всё стало ясно. Был дан своеобразный алгоритм действия.

– Ранее рабочее время участкового педиатра распределялось следующим образом: 3,5 часа работы в поликлинике (это 30-35 пациентов, 6-7 минут на человека), 3,5 часа – на участке (15-17 вызовов на дом), час работы с документацией (если останется время), – рассказал доктор-новатор. – Мы задумались, как педиатр может выдержать такой натиск пациентов в поликлинике, насколько качественно может оценить состояние больного и назначить лечение за 6-7 минут, как долго будет ходить по домам, чтобы просто послушать и принести справку или направление, и вообще насколько правильно он может поставить диагноз без обследования. Эти вопросы сподвигли к изменениям.

Работу педиатра разбили на три сектора. Первый – профилактическая деятельность, куда входит диспансерное наблюдение за детьми до года, вакцинопрофилактика, профилактические осмотры несовершеннолетних, ведение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, санпросветработа. На это врачу выделено 4-5 часов приёма в поликлинике по предварительной записи.

Второй сектор – работа в кабинете неотложной медицинской помощи: первичный приём детей с острыми инфекционными заболеваниями вне зависимости от участка и повторный приём пациентов со своего участка. Это занимает час, максимум – 1,5.

**Мнение участника конгресса**  
**Зарема АБДУЛКАРИМОВА, заведующая отделением Республиканской детской клинической больницы им. Е.П.Глинка (Грозный):**

Мы приехали большой делегацией, разделились на группы, чтобы охватить как можно больше залов, а потом обменяться увиденным и услышанным. Получили очень много нужной информации. Меня больше всего интересовали заседания по рациональной антибиотикотерапии. Уже второй год у нас проводится аудит с участием специалистов Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей. Благодаря чему многое изменилось в нашей практике. Вначале врачи с трудом отказывались от привычных стереотипов. Теперь радуются, что могут работать по-новому, назначая щадящее лечение, больше внимания уделяют общению с мамами.

Третий сектор – работа непосредственно на участке: патронаж новорождённых, детей, находящихся в социально опасном положении, осмотр и лечение пациентов с карантинными заболеваниями (например, ветряной оспой), которых не хотелось бы приглашать в кабинет неотложной помощи, а также детей, родители которых по разным причинам не смогли посетить поликлинику.

Следует отметить, что все вызовы на дом по неотложным состояниям принимаются старшим фельдшером-диспетчером, а не сотрудником регистратуры. Он на этапе общения решает приглашать ли пациента в кабинет неотложной помощи поликлиники, направлять ли медработника к больному на дом или вызывать бригаду скорой медицинской помощи.

Нововведение неоднозначно было встречено родителями (основная претензия: почему мы должны больного ребёнка тащить в поликлинику), но практика показала целесообразность такого подхода.

– В год в нашей стране регистрируется более 30 млн вызовов участковых педиатров, – прокомментировал А.Баранов. – На одного педиатра приходится тысячи посещений. Несколько лет назад я заявил на пресс-конференции, что мы будем проводить новую по-

литику, сокращать число визитов на дом. Это вызвало бурю эмоций в обществе. Но опыт ростовчан показал, что так и нужно действовать. Посещения на дому были оправданы в 30-е годы прошлого столетия, когда младенческая смертность достигала колоссальных цифр, а жизненный уклад был совершенно иным. Сегодня многое изменилось.



Радость живого общения

– Надо ломать потребительское отношение к медработникам, – поддержала академик А.Баранова заместитель директора «детского департамента» Минздрава России Ольга Чумакова. – К нам ежегодно поступает множество обращений с фразой типа: «Почему к моему

15-летнему мальчику с температурой 37,2 не пришёл врач». Профессор Таточенко уже много лет говорит о том, что, придя в поликлинику с заболевшим ребёнком, пациент получает более полноценную и квалифицированную помощь. Есть возможность оценить состояние ребёнка, тут же провести неотложные диагностические исследования, проконсультироваться у специалистов, взять кровь на анализ и т.д. При вызове же на дом, у врача в арсенале только фонендоскоп, в лучшем случае добавляется ещё отоскоп.

По мнению ряда экспертов, перестройка работы участкового педиатра позволит повысить качество, безопасность неотложной помощи, а также освободить участковых врачей от нерациональной траты рабочего времени и направить их потенциал на профилактическую деятельность.

**Мнение участника конгресса**  
**Саида ЛИБЕВА, заведующая детским диагностическим центром на базе РДБ (Адыгея):**

Прежде всего, хотела бы отметить прекрасную организацию конгресса. Всё продумано, предусмотрено, учтено. На форуме я впервые и, наверное, потому такая восторженная. Мне всё понравилось! Было приятно слушать вживую корифеев, по книгам которых мы учились, учимся и работаем, таких как Таточенко, Чучалин, Намазова-Баранова.

Я получила ответы на все свои вопросы.

**Желания и возможности**

С 1 января нынешнего года вступил в силу долгожданный приказ Минздрава № 514н, которым отменены предварительные и периодические осмотры и оставлены только профилактические. Многие доктора связывали с новым документом большие надежды. Однако познакомившись поближе, чувства облегчения не ощутили.

Главный врач поликлиники № 37 Санкт-Петербурга Андрей Ким, произведя расчёт, наглядно показал, что существующие штатные нормативы не позволяют в полном объёме обеспечить исполнение

начиная с первого пленарного заседания и заканчивая вручением дипломов молодым учёным, эта мысль проследивалась всюду. Профессор Валерий Альбицкий, делая доклад, посвящённый 100-летию государственной советской системы охраны здоровья матери и ребёнка, отметил:

– Опыт прошлого – одна из фундаментальных причин эффективности и успехов в сфере сохранения и укрепления здоровья детей в СССР. Вот также и мы должны (обязаны!) использовать опыт советской педиатрии.

Молодые учёные, участвуя в многочисленных симпозиумах

**Мнение участника конгресса**  
**Ольга ВОЛКОВА, заведующая педиатрическим отделением детской городской поликлиники им. Валерия Ковалёва (Тамбов):**

Всё совершенствуется, меняются подходы к диагностике, терапии заболеваний, и чтобы быть хорошим специалистом, нужно учиться. Мы здесь узнаем немало нового. Кроме того, для меня встреча с ведущими специалистами страны – праздник. После этого хочется работать(!) и приносить ещё большую пользу детям. Конгресс даёт импульс.

(которых в рамках форума было более сотни), демонстрировали результаты своих исследований, базировавшиеся на фундаменте, возведённом предыдущими поколениями. Состоялась и отдельная сессия под названием «Молодые учёные – опытным педиатрам», собравшая столько слушателей, что зал «Амфитеатр» едва вместил всех желающих. Особый интерес вызвало сообщение Андрея Якушина из Новосибирска, посвящённое пересадке кишечной

**Мнение участника конгресса**  
**Лилия ГОЛОВКОВА, невролог из подмосковного Сергиева Посада:**

Я занимаюсь реабилитацией детей раннего возраста. И для меня важно быть в курсе всех новшеств, касающихся патологии раннего возраста. Конгресс – это учёба. Приехала сюда в свой выходной день. И не пожалела. Очень информативным, просто великолепным (!) оказался симпозиум по рахитоподобным заболеваниям и их дифференциальной диагностике.

микробиоты – нового направления в науке. Метод, подразумевающий доставку фекальной микробиоты от здорового донора в толстую кишку пациента, почти 50 лет изучался на взрослых. Только к 2014 г. он был детально описан у 11 пациентов детского возраста. На сегодняшний день признано, что трансплантация фекальной микробиоты является перспективным способом лечения клостридиальной инфекции. А вот в отношении его применения при воспалительных заболеваниях кишечника дела обстоят немного иначе, так как пересадка фекальной

микробиоты проводилась всего у 25 таких пациентов. Столь малая доказательная база не позволяет внедрять новшество в рутинную практику педиатра. Мешают и другие проблемы, например, поиск здорового донора (в идеале возраст донора и реципиента должны совпадать), отсутствие законодательного регулирования. Пока этот метод рекомендован для использования только в рамках клинических исследований.

Делая обзор литературы, представляя опыт коллег, молодые исследователи высказывали свою точку зрения, порой парадоксальную, на первый взгляд неприемлемую, но интересную.

Оказалось, сложные клинические случаи. «Приеду домой, расскажу доктору. Я им обещала!» – ответила З.Сиротина. А вот педиатр из Назрани Хава Абдиева делает только первые шаги в профессии, за плечами – ординатура и всего лишь полгода трудовой деятельности. Поэтому на форуме старается почерпнуть как можно больше информации. Выходит, конгресс, инициатором проведения которого стал Союз педиатров России, удовлетворяет профессиональные интересы самых разных участников: и опытных специалистов, и начинающих. На его площадке идёт не только обмен знаниями, но и формирование нравственных ориентиров. Как было отмечено в приветственном адресе министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, «проведение мероприятия способствует формированию положительного образа системы здравоохранения».

Эта же мысль звучала и в приветствии патриарха Московского и всея Руси Кирилла: «Отрадно свидетельствовать, что, заботясь о повышении уровня оказываемой пациентам помощи, вы также уделяете внимание этическим аспектам лечебного дела».

– Наша сила – в связи поколений, – подчеркнула председатель исполкома Союза педиатров России академик РАН Л.Намазова-Баранова.

**P.S.** Получив диплом 2-й степени за научную работу «Внутрипроектное лечение стригулы пищевода у детей при буллезном эпидермолизе», Артём Тупыленко признался корреспонденту «МГ», что это для него – стимул к дальнейшему покорению высот. Значит, эстафета продолжается...

Валентина ЕВЛАНОВА, Александр ХУДАСОВ (фото), корреспонденты «МГ».

**Сила – в связи поколений**

Стоит особо подчеркнуть, свой девиз «Передавая эстафету» конгресс полностью оправдал. На-

**Служу педиатрии**

В прошлом году на таком же февральском мероприятии, посвящённом 90-летию Союза педиатров России, А.Баранов сказал: «В зале находится человек, кото-

**Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова открыла совместное заседание Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья и Совета ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений России. Она сообщила, что теперь за образовательный блок в Минздраве России будет отвечать заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева.**

### По единым требованиям

В. Скворцова обратила внимание собравшихся, что впервые в нашей стране выстраивается система, когда качество медицинской помощи не зависит от места проживания граждан. Раньше, когда речь шла о её доступности, считалось приемлемым, что медицинская помощь может предоставляться совершенно по-разному в городе и сельской местности. Теперь здравоохранение настроено на работу по единым типовым требованиям. Экспертное сообщество разрабатывает 7 тыс. клинических протоколов по 60 медицинским профилям. Отличие может быть только в том, как выстроена логистика, чтобы проживающий получал эту помощь своевременно.

В завершение своего выступления министр наградила медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением» ректора Воронежского государственного медицинского университета профессора Игоря Есауленко.

«В этом году будет отмечаться 260-летие со дня основания Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, – напомнил ректор университета академик Пётр Глыбочко. – В течение юбилейного года в праздничные мероприятия будут вовлечены все студенты и студенческие объединения вуза. Завершатся торжества в октябре 2018 г. установкой памятника выдающемуся российскому хирургу, который внёс огромный вклад в становление и развитие Сеченовского университета – Николаю Васильевичу Склифосовскому».

### Бизнес-сообщество и образовательные программы

Первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Наталья Санина, выступавшая перед аудиторией, предложила уточнить в Трудовом Кодексе РФ порядок направления медицинских работников на обучение.

Каждый работодатель должен чётко понимать, какие именно образовательные мероприятия он может и должен оплатить для медицинского работника, – отметила она. – Думаем внести в Правительство РФ подобную законодательную инициативу. Кроме того, статью 82 Федерального закона № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» также необходимо дополнить положением о придании посещениям школ, конгрессов, профессиональных съездов статуса полноценных образовательных циклов.

Сопредседатель региональной штаба ОНФ в Томской области, член Комитета Госдумы по охране здоровья Татьяна Соломатина инициативу в части конкретизации гарантий оплаты обучения поддержала. «Мы получаем достаточно большое количество обращений, что отныне мероприятия, связанные с повышением квалификации, являются платными. Это очень деликатный вопрос. Он связан с тем, что в процессе подготовки медицинских кадров участвует также и бизнес-сообщество. Нужно обсуждать, кто будет платить, за что, каким образом».

### Прогнозы ЮНЕСКО и современные вызовы

Новым вызовам в системе НМО посвятила своё выступление директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова. Она

напомнила, что в 2018 г. эксперты ЮНЕСКО определили основные тенденции в медицинском образовании до 2028 г. Многие из них прочно входят в систему НМО. Например, выбор учебной траектории, или другое предложение – мобильное, игровое обучение. В 2016 г. начал реализовываться приоритетный проект Минобрнауки «Современная образовательная цифровая среда». Так создавалась единая веб-платформа для онлайн курсов, которой стали пользоваться все вузы, реализующие программы высшего профессионального образования. С 2018 г. – проверка знаний и компетенций должна проводиться по аналогичной схеме уже по программам среднего профессионального образования. Речь идёт о вовлечении к 2030 г.

стандарты третьего поколения. С 2019 г. аккредитацию будут проходить и ординаторы. А периодическая аккредитация, о которой так много говорится в последнее время, ожидает всех медицинских работников с 2021 г.

Татьяна Семёнова остановилась и на возможностях портала, который стал неотъемлемой частью единой информационной системы здравоохранения. Регистрация и вход на него сегодня может осуществляться через портал госуслуг. Соответственно пользователи, которые входят с помощью указанного алгоритма, быстрее идентифицируются на портале, который связан с федеральным регистром медицинских работников.

Портал создавался для главной группы пользователей – медицин-

ского работника, что можно считать хорошим показателем, к которому должны стремиться и другие.

### НМО в разрезе социологических опросов

Как показывают социологические исследования, 51% респондентов подтвердили, что они уже участвуют в повышении своей квалификации через портал НМО. В очередном опросе участвовало 4276 человек. Переход на новую систему считают необходимым – 39%. Однако 38% заявили, что предыдущая система их отчасти устраивала. На новую у них есть определённые нарекания. Специалисты в возрасте, составляющие «основной костяк» работающих в отрасли, к прохождению некоторых занятий, лекций

охранения серьёзно не занимаются волонтерством. Примерно 8% расходуют на эти цели государственные средства. Минздрав России выделяет ежегодно субсидии для организации работы по профилактике заболеваний. Эти средства могут быть потрачены, в том числе и на поддержку волонтерских организаций. Всего в нашей стране их, активно работающих, насчитывается 470. В них состоят порядка 12 тыс. волонтеров, которые учатся или работают в подведомственных Минздраву России высших образовательных учреждениях. Эта благородная деятельность охватывает около 4 млн человек. Прежде всего волонтеры выбирают содействие в оказании медицинской помощи. Медицинским волонтерам доверено сопровождение массовых

### В центре внимания

# Новая система повышения квалификации

Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений поддержал изменения в сфере непрерывного медицинского образования



Заседание ведёт Пётр Глыбочко

ских работников. Важным моментом стал ввод в эксплуатацию поисковой системы и платформы дистанционного обучения. Были рассмотрены отдельные кабинеты для организаций, осуществляющих образовательную деятельность. Плюс к этому разработана система анализа активности слушателей и образовательных организаций.

В результате появилась возможность быстрого распространения образовательного контента, который доходит до каждого слушателя. Главное же преимущество – это происходит вне зависимости от региона, в котором работают специалисты. Повышение квалификации становится доступным даже в том случае, если рядом нет медицинского вуза. При этом контент портала делится на 3 большие группы: программа повышения квалификации, содержащая очные семинары, мастер-классы, интерактивные модули. Здесь содержится образовательный материал по утверждённому клиническому протоколу, требуемым компетенциям, по наиболее актуальным проблемам здравоохранения. В большинстве своём – это достаточно короткие образовательные курсы, которые содержат модули и контрольно-измерительные задачи. Если такие образовательные курсы удаётся объединить в крупные блоки, то они становятся наиболее приемлемыми. Примером является разработанная программа по онкологической настороженности, демонстрирующая эффективность освоения образовательного курса в районе 80%. Его уже прослушали более 25 тыс. врачей первичного

в интернете относятся настороженно. И их можно понять. Другое дело, когда молодёжь, немыслимая свою повседневную жизнь без гаджетов, ориентированная на то, что интернет предоставляет множество полезных вещей, не спешит высказать положительную оценку новой системе. Почему так происходит? Отчасти потому что с момента введения аккредитации не прошло ещё и 5 лет, многие просто не сталкивались с новым порядком, который приходит на смену старому.

Обучение с помощью интерактивных модулей прошло 40 тыс. врачей. Мнение этих респондентов больше всего интересовало разработчиков портала. Выяснилось, что они советуют подумать, как обеспечить взаимозачёт между программами, модулями по нескольким специальностям. Ещё из предложений слушателей – увеличить возможности выбора траектории, в зависимости от исходного уровня квалификации, то есть предлагать большее количество дистанционных программ и модулей.

По словам Т. Семёновой, портал будет дорабатываться, улучшаться его адаптивные свойства, актуальность, наполняться структурированным, формализованным контентом, усиливаться авторитетными источниками, авторами и действующими нормативными документами. Удобный интерфейс должен помогать быстрой экспертной оценке, а прозрачный механизм оценки знаний и чётко установленные временные рамки, подталкивать врачей принципиально изменить уровень своей квалификации. Минздрав считает основным – наполнять контент актуальной информацией, позволяющей каждому врачу в тот момент, когда это необходимо, проверить себя, чтобы продолжить свой профессиональный рост, совершенствовать качество и доступность медицинской помощи.

Очевидно, что работа волонтеров, некоммерческих организаций требует определённой поддержки и со стороны государства. В рамках проекта была разработана стратегия предоставления субсидий НКО. По поручению министра были зарезервированы средства в размере 40 млн руб. на поддержку наиболее интересных проектов в этой области.

Добровольческое движение должно поддерживаться и вузами. Такие благородные порывы должны находить отражение и в оценке волонтеров со стороны образовательных организаций.

– Мы посмотрели, насколько качественно учатся образовательные организации эту деятельность в рамках индивидуальных достижений, – сказал О. Салагай. – Как проводить этот учёт, как обеспечить его единство и трансферт полученных баллов, когда студент переходит из одного вуза в другой – одна из тех задач, которая стоит перед ректорским сообществом в рамках подготовки нового порядка по ординатуре.

Совет ректоров поддержал четыре проекта, которые будут реализовываться в рамках этой общественной организации. Один из них – проведение Всероссийского фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников в Ярославле. «Медицинская газета» входит в состав учредителей конкурса. И приглашает коллег выступить на престижном мероприятии. Мы ждём встречи талантов в городе на Волге!

Алексей ПАПЫРИН,  
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

В Общественной палате РФ прошёл международный форум «Культура жить. Активное долголетие», посвящённый заботе о человеке, повышению качества и благополучия жизни. В этом россиянам помогает передовой зарубежный опыт, в частности, Страны восходящего солнца. Японское общество – структурированное, мононациональное, традиционное, хранящее уникальную древнюю культуру, при этом государство находится в авангарде мировой цивилизации.

Российско-японские отношения имеют длительную историю. Но, являясь соседями, люди мало информированы друг о друге. Неслучайно решением Президента РФ Владимира Путина и премьер-министра Японии Синдзо Абэ 2018 г. объявлен перекрёстным Годом Японии в России и России в Японии, который пройдёт под лозунгами: «Япония, которую вы не знаете. Россия, которую вы не знаете». Желание обоих лидеров – чтобы перекрёстный год послужил дальнейшему укреплению взаимопонимания между народами обеих стран.

Одни из важнейших вопросов, ставших темой форума в Общественной палате РФ, – медицина, наука, инновации, активное долголетие. В этом нет ничего удивительного, ведь в Японии концепция активного долголетия близка к национальной философии. Страна восходящего солнца – мировой лидер по продолжительности жизни.

Организатором мероприятия выступила уполномоченный по правам человека в РФ Татьяна Москалькова при поддержке Общественной палаты РФ. «Для меня как уполномоченного по правам человека важны все права, но самое главное для каждого – право на жизнь, право на здоровье. Без этого всё остальное теряет смысл. Сегодня Президент РФ В. Путин как никогда продвигает идею долголетия, в связи с чем реализуется комплекс программ в области фундаментальной медицины, биомедицины, биоинженерии, биоинформатики и т.д.»

Первый заместитель председателя Правительства РФ, со-

## Сотрудничество

# Жить активно, долго, интересно...

Таков основной посыл международного форума



Е. Диброва открывает форум

председатель организационного комитета перекрёстного года Игорь Шувалов в своём приветствии отметил: «Символично, что проект «Культура жить. Активное долголетие» предвзвешивает основную часть мероприятий перекрёстного года. Консолидация усилий даст более ощутимый, синергетический эффект».

О состоянии и перспективах сотрудничества стран рассказал Чрезвычайный Посланник и Полномочный министр Посольства Японии в России Хитоси Одава: «Проект в области экологии и культуры жизни, активного долголетия проводится уже давно российской медицинской компанией RHANA, деятельность которой заключается в передаче лучшего опыта, лучших научных разработок Японии в области активного долголетия на российскую почву».

Заместитель секретаря Общественной палаты РФ Сергей Орджоникидзе особо заметил,

что «задача российско-японских отношений – отстаивать право на конструктивное взаимовыгодное и долгосрочное сотрудничество, утвердить право на жизнь. Важно сделать жизнь рядовых людей одного и другого государства лучше. Я считаю, нынешний форум явно выходит за рамки международных отношений. Не случайно он проходит в Общественной палате РФ, ибо касается жизни общества, жизни каждого человека».

О том, что между нашими странами ведётся осязаемое сотрудничество в области улучшения доступа к качественным медицинским услугам россиян, увеличения продолжительности их жизни, сказала в своём приветствии заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева.

Серьёзные открытия в сфере фундаментальной и практической медицины сделаны и в РФ. Есть повод гордиться нашими

достижениями, в частности, в области биоплацентарных технологий, которые развивает медицинская корпорация RHANA. Кстати, инициатором проведения форума «Культура жить. Активное долголетие» выступила её президент, член-корреспондент РАЕН, действительный член Международной академии наук, кандидат экономических наук Екатерина Диброва, которая на протяжении 20 лет успешно развивает это перспективное направление. Как подчеркнул председатель Комитета Госдумы РФ по международным делам Леонид Слуцкий, «клиника RHANA в последние десятилетия ворвалась в наши российские реалии и является флагманом на пути к подлинному искусству жить».

Екатерина Александровна рассказала о роли регенеративной медицины в здоровье человека и активном долголетии, как важной составляющей обществен-

ного здоровья. «У медицины нет границ, – констатировала она. – Всех нас – учёных, политиков, общественных деятелей, бизнесменов, каждого неравнодушного человека – объединяет одна задача: активное, здоровое долголетие».

Высокий научный статус мероприятия подтвердили выступления проректора по стратегическому развитию, заведующего кафедрой онкологии, гематологии и лучевой терапии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, члена-корреспондента РАН Сергея Румянцева и главного пластика здравоохранения РФ, заведующей кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доктора медицинских наук Натальи Мантуровой, рассказавших о направлениях и перспективах российско-японского сотрудничества. Главный научный консультант Центра стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровья академик РАН Юрий Рахманин рассказал о сотрудничестве по вопросам здоровья, активного долголетия и жизнедеятельности человека. Представитель японской стороны, исполнительный директор Японо-Российского фонда медицинских обменов Акира Сакай детально остановился на особенностях системы здравоохранения и государственного страхования.

В рамках проекта «Культура жить. Активное долголетие» запланировано проведение ряда форумов, которые пройдут в течение года в Москве, Санкт-Петербурге, Сочи и Владивостоке. У медицинского сообщества появятся новые возможности для обмена опытом с японскими коллегами в области активного долголетия.

Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».

## Проекты

Программа Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями может быть принята Правительством РФ в ближайшее время. Надежду на это даёт послание Президента России Владимира Путина Федеральному Собранию. Выступая 1 марта 2018 г. перед российским истеблишментом, глава государства отдал распоряжение срочно принять национальную антираковую программу.

Сам факт, что для утверждения документа, от которого зависят жизни сотен тысяч россиян ежегодно, и который уже давно готов к утверждению, Правительству потребовалась столь внушительная «розовая тяга», вызывает недоумение. Проект Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями в прямом смысле слова выстрадан врачами и поллит слезами их пациентов.

Впервые с необходимостью принять государственную антираковую стратегию, бывший директор

# С шага – на рысь, а теперь – галопом?

Готовится государственная антираковая стратегия

Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина академик РАН Михаил Давыдов начал говорить минимум 10 лет назад, привлекая к этой теме внимание профессионального сообщества и руководителей медицинской отрасли. Год назад, в феврале 2017 г. в интервью «Медицинской газете» Михаил Иванович с удовлетворением отметил, что разработка стратегии наконец-то стартовала. Специально для подготовки данного документа была создана профильная комиссия по специальности «онкология», в состав которой вошли все главные региональные специалисты, а также ведущие онкологи страны. В июне 2017 г. на IX съезде онкологов России профессиональное сообщество обсудило и в целом одобрило проект этой важнейшей долгосрочной программы.

– Мы движемся вперёд уже не шагом, а бодрой рысью, – именно так тогда характеризовал ситуацию вокруг создания Национальной противораковой программы главный онколог Минздрава России, директор РОНЦ им. Н.Н.Блохина, академик РАН Михаил Давыдов.

В итоге с учётом всех дополнений и предварительных согласований готовый проект Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями был ещё в ноябре 2017 г. направлен в Министерство здравоохранения РФ. Но процесс принятия документа в Правительстве почему-то затянулся ещё на 3 месяца. И вот теперь, получив «отмашку» Президента, кабинет министров готов, наконец, обратить внимание на проблему высокой онкологической смертности в

нашей стране и быстро-быстро начать делать то, что надо было сделать давным-давно? С рыси перейдём в бодрый галоп? Хотелось бы верить, что именно так и произойдёт.

Реализация программы Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями рассчитана на период до 2030 г. Она предусматривает системное развитие онкологической службы в России и обеспечение равной доступности эффективной онкопомощи для всех жителей страны. Программа аккумулирует лучший опыт регионов по организации оказания онкологической помощи и строится на принципах сбалансированного подхода, а не выборочного решения локальных задач. По мнению разработчиков, инвестиции должны быть всеобъемлющими: и в под-

готовку кадров для онкослужбы, и в техническое оснащение профильных учреждений, и во внедрение новых медицинских технологий, и в лекарственное обеспечение онкобольных.

В том же интервью «МГ» академик Давыдов привёл следующие данные: расходы на оказание онкологической помощи в РФ в два раза ниже, чем в не самой богатой стране Европы – Польше, и в 8 раз ниже, чем в Германии. Комментарии, как говорится, излишни. Остаётся надеяться, что с принятием Национальной антираковой стратегии российская онкослужба сможет гордиться не только умением хирургов творить чудеса в безвыходных ситуациях, но и другими ресурсами и достижениями.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 8 (2133)

(Окончание. Начало в № 5 от 07.02.2018.)

## Профилактика

Работа логопеда в остром периоде направлена на восстановление нарушенных функций, что позволяет предотвратить развитие необратимых последствий расстройств речи, голоса и глотания.

1. Логопедическая работа по восстановлению нарушения глотания является профилактикой таких серьёзных осложнений, как асфиксия и аспирационная пневмония, что **уменьшает количество летальных исходов**.

2. Восстановление речи и других ВПФ препятствует развитию социальной и психической дезадаптации, астено-депрессивных и невротических состояний, что в свою очередь **снижает уровень инвалидизации населения**.

3. Решающее значение для восстановления нарушенных функций принадлежит **раннему началу** логопедических мероприятий, основной целью которых является «профилактика образования устойчивых патологических систем... или уменьшение степени выраженности их за счёт активации саногенетических механизмов и разрушения патологических систем с привлечением как медикаментозных, так и не медикаментозных методов воздействия» (В.Гудкова, Л.Стаховская, Т.Кирильченко, Е.Ковражкина, Н.Чекнева, О.Квасова, Е.Петрова, Г.Иванова, 2005).

Опасностью развития и прогрессирования вторичных патологических состояний в речевой функции может стать появление и закрепление словесных эмболов, штампов, «телеграфного стиля» общения, ненормативного речевого дыхания и др.

4. Для результативности логопедических занятий важным условием является участие родных и близких больного. Ведение **профилактической работы с родственниками пациентов** и разъяснения их роли в реабилитации и реадaptации больных (беседы, лекции, информационные стенды), является неотъемлемой частью профессиональной деятельности логопеда.

Исходя из вышеизложенного, основной логопедической работы в остром периоде является:

- установление контакта с больным;
- диагностика нарушений речи, голоса и глотания;
- составление индивидуальных медико-психолого-педагогических программ;
- проведение восстановительных занятий;
- консультирование и психологическая поддержка больного и его окружения;
- обучение коммуникативным стратегиям и формирование благоприятной среды для речевого общения (Глозман, 1983; Prigatano, 1999; Wilson, 2008).

Важно не только предоставлять соответствующую информацию пациентам и родственникам, но и эмпатично выслушивать их опасения, давать обратную связь о переживаемых эмоциях, и разрешать вопросы, касающиеся заболевания, лечения, восстановления и плана дальнейших действий после выписки из острого отделения (Johnson, Valachovic, & Gerge, 1998).

Помощь, которую оказывает логопед на самых ранних этапах заболевания больному с нарушениями речи, голоса и глотания, является ключом к успешному ведению пациента на дальнейших этапах реабилитации, достижению им максимального уровня функционирования, социального участия и тем самым улучшения качества его жизни (Цветкова, Глозман, Калита, Максименко, Цыганок, 1980; Шкловский, 2003; Шохор-Троцкая (Бурлакова), 2001).

Приложение 1

### НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЛОГОПЕДА

#### I. Положение о логопедии

Утверждено Приказом Министерства здравоохранения РФ № 383 от 28.12.1998 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций».

#### 1. Общие положения

1.1. Логопед – специалист с высшим педагогическим дефектологическим образованием по специальности логопедия, владеющий методами нейропсихологического обследования больных с нарушениями речи и других высших психических функций, индивидуального и группового восстано-

вительного обучения, теоретическими и практическими знаниями в области дефектологии, предусмотренными программой подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики, и получивший сертификат по логопедии.

1.2. В своей работе руководствуется действующим законодательством Российской Федерации по вопросам образования и охраны здоровья граждан, приказами Минздрава, Минобразования России, органов управления образованием и здравоохранением и настоящим Положением.

1.3. Подчиняется руководителю учреждения и его заместителю.

1.4. Назначается на должность и увольняется с должности в соответствии с действующим законодательством.

# Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с повреждениями головного мозга в остром периоде

## Федеральные клинические рекомендации

### 2. Обязанности

2.1. Проводит диагностическое обследование больных с нарушениями речи и других высших психических функций.

2.2. Совместно с врачом составляет индивидуальные программы медико-педагогической реабилитации больных с нарушениями речи и других высших психических функций (афазии, дизартрии, агнозии, апраксии, дислексии, дисграфии, заикание, задержки речевого развития и др.).

2.3. В соответствии с намеченными программами проводит индивидуальные и групповые занятия с больными.

2.4. По мере необходимости организует консультации с врачами и другими специалистами.

2.5. Проводит консультативную работу с родственниками больных, в том числе в части рекомендаций относительно занятий с больными в домашних условиях.

2.6. Имеет график работы непосредственно с пациентами в соответствии с действующими штатными нормами педагогической работы в учреждениях здравоохранения.

Подготовка пособий, оформление документации, работа с родственниками, консультации со специалистами и другие виды деятельности осуществляются вне графика работы с пациентами.

2.7. Совместно с врачом участвует в ведении медицинской документации с записями содержания консультации, результатов логопедического обследования, индивидуальной программы педагогической реабилитации, этапных эпикризов с указанием динамики состояния пациента не реже 1 раза в 5-7 дней, заключительного эпикриза. Ведёт дневник работы логопеда.

2.8. В конце календарного года представляет годовой отчёт о работе главному логопеду органа управления здравоохранением.

2.9. Повышает свою квалификацию по дефектологии на циклах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.

2.10. Внедряет в практику современные методы логопедической помощи.

### 3. Права

3.1. Принимает участие в совещаниях, научно-практических конференциях врачей и педагогических работников по профилю своей работы.

3.2. Участвует в работе общественных профессиональных организаций.

### 4. Ответственность логопеда

В случае нарушений прав граждан в области охраны здоровья, недобросовестного выполнения своих профессиональных обязанностей и нарушения педагогической этики несёт ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

### II. Квалификационная характеристика

Утверждено Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 761н от 26.08.2010 «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников образования».

Квалификационная характеристика каждой должности имеет три раздела: «Должностные обязанности», «Должен знать» и «Требования к квалификации».

В разделе «Должностные обязанности» содержится перечень основных трудовых функций, которые могут быть полностью или частично поручены работнику, занимающему данную должность, с учётом технологической однородности и взаимосвязанности работ, позволяющих обеспечить оптимальную специализацию по должностям служащих.

В разделе «Должен знать» содержатся основные требования, предъявляемые к работнику в отношении специальных знаний, а также знаний законодательных и иных нормативных правовых актов, положений, инструкций и других документов, методов и средств, которые работник должен при-

и становления учебной самостоятельности, формирования компетентностей, используя разнообразные формы, приёмы, методы и средства обучения, современные образовательные технологии, включая информационные, а также цифровые образовательные ресурсы, обеспечивая уровень подготовки обучающихся, воспитанников, соответствующий требованиям федерального государственного образовательного стандарта, федерального государственного требованиям. Проводит учебные занятия, опираясь на достижения в области методической, педагогической и психологической наук, возрастной психологии и школьной гигиены, а также современных информационных технологий. Соблюдает права и свободы обучающихся, воспитанников, обеспечивает охрану жизни и здоровья обучающихся, воспитанников в период образовательного процесса. Участвует в работе педагогических, методических советов, других формах методической работы, в работе по проведению родительских собраний, оздоровительных, воспитательных и других мероприятий, предусмотренных образовательной программой, в организации и проведении методической и консультативной помощи родителям (лицам, их заменяю-

менять при выполнении должностных обязанностей.

В разделе «Требования к квалификации» определены необходимые для выполнения должностных обязанностей уровень профессиональной подготовки работника, удостоверяемый документами об образовании, а также требования к стажу работы.

Согласно приказу, в пункте III о должностных обязанностях и требованиях к компетенциям логопеда:

**Учитель-дефектолог, учитель-логопед (логопед)** (Наименование должности «Логопед» в образовательных учреждениях не применяется, а используется в учреждениях здравоохранения и социального обслуживания.)

**Должностные обязанности.** Осуществляет работу, направленную на максимальную коррекцию недостатков в развитии у обучающихся, воспитанников с нарушениями в развитии, в том числе находящихся в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях, создаваемых для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья (для глухих, слабослышащих и поздноослепших детей, детей с тяжёлыми нарушениями речи, с нарушением опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, умственно отсталых и других детей с ограниченными возможностями здоровья). Осуществляет обследование обучающихся, воспитанников, определяет структуру и степень выраженности имеющегося у них нарушения развития. Комплекует группы для занятий с учётом психофизического состояния обучающихся, воспитанников. Проводит групповые и индивидуальные занятия по исправлению недостатков в развитии, восстановлению нарушенных функций. Работает в тесном контакте с учителями, воспитателями и другими педагогическими работниками, посещает занятия и уроки. Консультирует педагогических работников и родителей (лиц, их заменяющих) по применению специальных методов и приёмов оказания помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Ведёт необходимую документацию. Способствует формированию общей культуры личности, социализации, осознанного выбора и освоения профессиональных программ. Реализует образовательные программы. Комплекует группы для занятий с учётом психофизического состояния обучающихся, воспитанников. Изучает индивидуальные особенности, способности, интересы и склонности обучающихся, воспитанников с целью создания условий для обеспечения их развития в соответствии с возрастной нормой, роста их познавательной мотивации

шим). Выполняет правила по охране труда и пожарной безопасности.

### Должен знать:

- приоритетные направления развития образовательной системы Российской Федерации;
- законы и иные нормативные правовые акты, регламентирующие образовательную, физкультурно-спортивную деятельность;
- Конвенцию о правах ребёнка;
- возрастную и специальную педагогику и психологию;
- анатомию-физиологические и клинические основы дефектологии;
- методы и приёмы предупреждения и исправления отклонений в развитии обучающихся, воспитанников;
- нормативные и методические документы по вопросам профессиональной и практической деятельности;
- программно-методическую литературу по работе с обучающимися, воспитанниками, имеющими отклонения в развитии;
- новейшие достижения дефектологической и педагогической наук;
- правила по охране труда и пожарной безопасности; теорию и методы управления образовательными системами; современные педагогические технологии продуктивного, дифференцированного, развивающего обучения, реализации компетентностного подхода;
- методы убеждения, аргументации своей позиции, установления контактов с обучающимися, воспитанниками разного возраста, их родителями (лицами, их заменяющими), коллегами по работе;
- технологии диагностики причин конфликтных ситуаций, их профилактики и разрешения; основы экологии, экономики, социологии;
- трудовое законодательство;
- основы работы с текстовыми редакторами, электронными таблицами, электронной почтой и браузерами, мультимедийным оборудованием;
- правила внутреннего трудового распорядка образовательного учреждения; правила по охране труда и пожарной безопасности.

**Требования к квалификации.** Высшее профессиональное образование в области дефектологии без предъявления требований к стажу работы.

### III. Номенклатура должностей педагогических работников

Постановление Правительства РФ № 678 от 08.08.2013 «Об утверждении номенклатуры должностей педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность, должностей руководителей образовательных организаций».

1. Должности педагогических работников организаций, осуществляющих образовательную деятельность.

2. Должности иных педагогических работников:

Логопед, Учитель-дефектолог, Учитель-логопед.

Примечания: 2. Наименование должности «логопед» предусмотрено для организаций сферы здравоохранения и социального обслуживания, осуществляющих образовательную деятельность в качестве дополнительного вида деятельности.

**IV. Норма продолжительности рабочего времени логопеда учреждений здравоохранения РФ**

Утверждено Приказом Министерства образования и науки РФ № 1601 от 22.12.2014 «О продолжительности рабочего времени (нормах часов педагогической работы за ставку заработной платы) педагогических работников и о порядке определения учебной нагрузки педагогических работников, оговариваемой в трудовом договоре».

Продолжительность рабочего времени (нормы часов педагогической работы за ставку заработной платы) педагогических работников:

2.8.1. Норма часов учебной (преподавательской) работы 18 часов в неделю за ставку заработной платы устанавливается: – логопедам медицинских организаций и организаций социального обслуживания.

**V. Норма нагрузки логопеда учреждений здравоохранения РФ**

Утверждено Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 383 от 28.12.1998 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций».

Расчётные нормы нагрузки логопедов устанавливаются:

1. Для взрослых пациентов:  
1.1. При индивидуальной работе с больными, имеющими тяжёлые расстройства (афазии, дизартрии, дислексии, дисграфии, логоневрозы, дисфонии и др.) – 1,5 посещения в час.  
При работе с больными на дому – 1 посещение в час.

1.2. При проведении групповых логопедических занятий с больными с афазией, дизартрией, дислексией, дисграфией, дисфонией – 6 – 8 посещений в час, с больными, страдающими логоневрозом (заикание и др.) – 8-10 посещений в 1,5 часа.

**VI. Продолжительность ежегодного основного удлиненного оплачиваемого отпуска логопеда**

Постановление Правительства РФ № 466 от 14.05.2015 «О ежегодных основных удлиненных оплачиваемых отпусках»

Наименование должностей работников	Продолжительность ежегодного основного удлиненного оплачиваемого отпуска
IV. Организации, осуществляющие обучение	
2. Педагогические работники, должности которых указаны в разделе I номенклатуры должностей, работающие в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, организациях, осуществляющих лечение, организациях, осуществляющих социальное обслуживание, а также в центрах психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, создаваемых в соответствии со статьёй 42 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации»	56

**VII. Надбавка к зарплате дефектологам, логопедам и другим педагогическим работникам системы здравоохранения РФ**

Письмо Минобрнауки России № 10-32-Т от 12.01.1993 – учителям-дефектологам и

Коды по МКБ-10  
K76.8 – Другие уточнённые болезни печени.

P57 – Ядерная желтуха.

**Некоторые соображения о сути синдрома**

Данный тип заболевания назван синдромом Криглера – Найяра (СКН), по фамилиям авторов, впервые их описавших. По данным литературы, он был в 1952 г. и считается заболеванием, отличающимся от СЖ. В то же время здесь есть очень много дискуссионного. Дело в том, что у этой болезни та же этиология и тот же патогенез, что и при СЖ, только степень проявления иная. Однако основание ли это, чтобы считать болезнь другой, чем СЖ? Например: разные ли болезни железододефицитная анемия (ЖДА) от хронических кровопотерь с гемоглобином 105 г/л и 25 г/л? И в этом примере, в первом случае развивается анемия с лёгкой симптоматикой, мало отражающаяся на общем состоянии организма, системах его жизнеобеспечения, требующая небольшого

логопедам повышение оклада в связи с особо тяжёлыми условиями труда на 15%.

Дополнения № 41-18-532 от 03.10.2005 «О внесении изменений и дополнений в Постановление Правительства РФ» – с 1 августа 2005 г. введён коэффициент к ставке Единой тарифной сетки учителям-дефектологам, логопедам и другим педагогическим работникам системы здравоохранения в размере 1, 15 (т.е. 15%)

Постановлением Правительства Москвы № 671-ПП от 06.09.2005 «О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Москвы от 19 июля 2005 г. № 523-ПП» для учителей и других педагогических работников учреждений здравоохранения: специализированных домов ребёнка, детских больниц (отделений), санаториев и других учреждений здравоохранения введён коэффициент к ставке (окладу) Единой тарифной сетки в размере 1, 15

Надбавки, в том числе стимулирующего характера и доплаты, установленные нормативными актами Российской Федерации по оплате труда, рассчитывать этим работникам с учётом коэффициента 1, 15

**VIII. Нормативы потребления этилового спирта для учреждений здравоохранения, образования и социального обеспечения РФ**

№ п/п	Наименование учреждения	Наименование отделений (палат), кабинетов	Показатели обслуживания	Норматив в граммах
1-3	Больничные учреждения, амбулаторно-поликлинические учреждения (подразделения)	– логопедический	на 1-го первичного больного	20

**IX. Порядок оказания ранней нейрореабилитационной помощи**

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 245 от 30.08.1991 «О нормативах потребления этилового спирта для учреждений здравоохранения, образования и социального обеспечения».

В целях улучшения качества медицинской помощи населению и более рационального использования спирта утверждаю:

**Ориентировочные нормы расхода этилового спирта в подразделениях лечебно-профилактических учреждений**

Приложение № 2

**Нозологические единицы: I.63 Инфаркт мозга**

Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усреднённый показатель частоты предоставления	Усреднённый показатель кратности применения
A13.23.001	Медико-логопедическое исследование при дисфагии	0,7	3
A13.23.002	Медико-логопедическое исследование при афазии	0,4	3
A13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	0,3	3

В целях совершенствования нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы приказываю:  
1. Утвердить:

1. Утвердить:

# Синдром Криглера – Найяра

лечения (так сказать, «СЖ»), а во втором – тяжелейшая болезнь, угрожающая жизни её обладателя при принятии срочных мер, резко поражающая весь организм (полиорганные изменения, множество систем его жизнеобеспечения) («СКН-1»). Более того, при железододефицитной анемии разных степеней тяжести имеются ясно определяемые различия в изменении гемопозитических факторов: железа сыворотки крови, ферритина, трансферрина, процента его насыщения железом, гепсидина, гефестина, ферропортина и ряда других факторов обмена железа. И всё равно, мы числим эти анемии одним названием – ЖДА. При СЖ же и СКН пока различия очень и очень нечёткие.

**Определение**  
СКН – генетическая болезнь дефекта фермента, связывающего некоьюгирован-

ной, в том числе ранней нейрореабилитационной, помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы согласно приложению № 1.

1. Настоящий порядок регламентирует основные положения оказания нейрореабилитационной, в том числе ранней нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы, в том числе ранней нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы, в том числе ранней нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы.

2. Оказание нейрореабилитационной, в том числе ранней нейрореабилитационной помощи больным с последствиями инсульта и черепно-мозговой травмы начинается осуществляться в реанимационных отделениях или в палатах интенсивной терапии.

При стабилизации жизненно важных функций и выхода из коматозного состояния пациенты переводятся из реанимационного отделения или блока интенсивной терапии в неврологическое, нейрохирургическое, реабилитационное отделения, в которых при благоприятном прогнозе определяются в палаты ранней нейрореабилитации для оказания ранних нейрореабилитационных мероприятий.

Показаниями для перевода больных в палаты ранней нейрореабилитации являются:

нарушения глотания, выраженные нарушения двигательных и высших психических функций, в том числе речи, с благоприятным прогнозом; ясное сознание с уровнем бодрствования, достаточным для выполнения инструкций; отсутствие выраженных психических расстройств.

3. Палаты ранней нейрореабилитации осуществляют деятельность по:

– профилактике тяжёлых последствий инсульта и черепно-мозговой травмы и проведению восстановительных мероприятий больным с выраженными нарушениями

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Усреднённый показатель частоты предоставления	Усреднённый показатель кратности применения
A13.23.001	Медико-логопедическое исследование при дисфагии	0,7	3
A13.23.002	Медико-логопедическое исследование при афазии	0,4	3
A13.23.003	Медико-логопедическое исследование при дизартрии	0,3	3

двигательных и высших психических функций в максимально ранние сроки. При этом в неврологических, нейрохирургических и реабилитационных отделениях, в которых создаются палаты ранней нейрореабилитации, устанавливается дополнительная численность медицинского и другого персонала (инструктор по лечебной физкультуре, медицинский психолог и логопед);

– проведению комплексных медицинских, медико-психологических, медико-педагогических и медико-социальных мероприятий, включающих медикаментозное лечение, физиотерапию, лечебную физкультуру и массаж, систематическую работу по стабилизации функции дыхания, восстановлению

глотания, нарушенных когнитивных функций (внимания, восприятия, памяти, праксиса и гнозиса). При необходимости используются приёмы растормаживания речи с помощью средств невербальной коммуникации.

4. Палаты ранней нейрореабилитации комплектуются оборудованием в соответствии с примерным перечнем, предусмотренным приложением № 5.

5. При наличии реабилитационного отделения в составе лечебно-профилактического учреждения больные переводятся из неврологического, нейрохирургического отделений в палаты нейрореабилитации этого отделения.

6. Больные со стойкими нарушениями речи и других высших психических функций, нарушениями опорно-двигательного аппарата из вышеуказанных отделений могут быть направлены в отделения Центра патологии речи и нейрореабилитации: стационар на дому, стационар с круглосуточным пребыванием, дневной стационар.

**X. Стандарт специализированной медицинской помощи**

Приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1740н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга» (Зарегистрировано в Минюсте России 05.03.2013 N 27483)

Утвердить стандарт специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга согласно приложению.

Приложение: Стандарт специализированной медицинской помощи при инфаркте мозга.

**Категория возрастная:** взрослые  
**Пол:** любой  
**Фаза:** острая  
**Стадия:** любая  
**Осложнения:** вне зависимости от осложнений  
**Вид медицинской помощи:** специализированная медицинская помощь  
**Условия оказания медицинской помощи:** стационарно  
**Форма оказания медицинской помощи:** неотложная  
**Средние сроки лечения (количество дней):** 30

**Код по МКБ 10** (Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра).

**XI. Оборудование логопедического кабинета**

Утверждено Приказом Министерства здравоохранения РФ № 383 от 28.12.1998 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций». Примерный перечень оборудования логопедического кабинета в приложении № 3.

Под редакцией главного специалиста по медицинской психологии Минздрава России профессора Юрия ЗИНЧЕНКО

пациентов с болезнью 2-го типа. Секвенирование выявило сочетание гетерозиготных мутаций с.211G > A (p. G71R), с.1470C > T (p. D490D) и нормальную гомозиготность по A (TA) 6TAA. Авторы пишут, что подобный случай не описан в мировой литературе и, учитывая специфические клинические признаки и терапевтическую эффективность, у их пациента имелся особый тип СКН. Фенотип этого необычного пациента может быть связан с выявленным у него конкретным генотипом.

(Продолжение следует.)

Ибрагим ШАМОВ, профессор.

Дагестанский государственный медицинский университет.

Отсутствие у молодых людей желания учиться – проблема, которую в последние годы отмечают преподаватели разных вузов, включая медицинские. И если индифферентное отношение к учёбе студентов, допустим, консерватории или торгового института не будет сопряжено с пугающими последствиями для всего общества, то о медицинских университетах этого не скажешь. Здесь вопрос «вялого» отношения к учёбе напрямую перекликается с темой общественной безопасности: студент, который без интереса посещает занятия по терапии или хирургии, вряд ли станет хорошим врачом, и перспектива оказаться на приёме у такого врача не радует никого. Вот почему данной теме уделили особое внимание на завершившейся в Красноярске Всероссийской конференции «Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании».

Чем же обусловлено снижение интереса российской молодёжи к процессу получения знаний, и можно ли исправить ситуацию? Своё видение причин этого явления и возможностей его преодоления представила участница форума заведующая кафедрой педагогики и психологии Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого доктор философских наук Елена Авдеева. Педагогический диагноз, который можно поставить современным студентам, она формулирует так – «информационная интоксикация». А коль скоро речь идёт о диагнозе, то должны быть и способы лечения «больных».

### Поколение постмодерна

– Начну с того, что почему-то всю ответственность за успеваемость возлагают на преподавателей. Однако это не справедливо. У нас хорошие педагоги, просто их методики преподавания направлены на тех студентов, которые были раньше, а не на тех, кто учится сегодня. К нам пришли другие студенты. Их называют поколением next, Z, Y, или студентами постмодерна. Особенности этого поколения хорошо прослеживаются на трёх уровнях: психическом, соматическом и педагогическом, – говорит Елена Авдеева и далее разъясняет сказанное.

Первый уровень – психический. В последнее время можно заметить у студентов признаки забывчивости, невнимательности, рассеянности. Молодые люди делают элементарные ошибки, путаются в простых вещах, совершают неадекватные действия, эмоционально срываются. Есть ощущение, будто значительная часть их внимания поглощена кем-то или чем-то.

Второй уровень – соматический. У нынешних студентов на занятиях всё чаще происходят учащение сердцебиения, подъём артериаль-

### Точка зрения

# «Информационная интоксикация»

## Педагогический диагноз для современных студентов-медиков неутешителен



Пассивный слушатель или активный ученик?

ного давления, приступы удушья или гипервентиляции. Они жалуются на мелькающие звёздочки перед глазами и звон в ушах, проявляют признаки нервного тика, совершают бесконтрольные машинальные движения.

Наконец, третий уровень – педагогический. Изменяется лексика молодых людей, у них отсутствует способность строить осмысленные фразы. Десять лет назад обычный словарь молодого человека составлял более 40 тыс. слов, сегодня – около 10 тыс. и меньше. Причём, как ни странно это прозвучит, лексика поколения NEXT «высушивается» в том числе языком, на котором сегодня разговаривают с подрастающим поколением взрослые – родители, педагоги в школах, а затем и преподаватели в вузах.

– Об этом, кстати, в своих книгах говорит известный американский лингвист Диана Равич, что подчёркивает схожесть проблем в российской и американской системах образования. На протяжении ряда лет из образовательных материалов направленно исключались любые явные и скрытые неоднозначные суждения, образность, нестандартность и художественность. Из текстов, с которыми имеют дело студенты, было исключено всё, что могло бы пробудить у них мысль или поразить своей красочной яркостью. Сегодня очень редко встретишь лектора, который на занятиях говорит живым могучим русским языком. Всё это привело к совершенно незапланированно-

му результату: появились единообразие, одинаковость выражения мыслей, общие речевые клише, шаблоны. Речь и тех, кто учит, и тех, кто учится, становится сухой, казённой и формальной. Читать такие тексты и слушать такую речь очень тяжело, это требует высокой концентрации внимания и усилий воли. А у сегодняшних студентов, как было сказано выше, нет ни того, ни другого. Поэтому не заставила себя долго ждать утрата интереса студентов к учёбе, – подчёркивает Е.Авдеева.

### Куда ведёт отрыв от реальности

Далее она обращает внимание на то, что в техногенной или насыщенной информационной среде головной мозг не развивается, а претерпевает изменения, причём, не в лучшую сторону. И самую главную роль в этом негативном процессе, по её мнению, играет интернет.

– Имея массу достоинств, этот институт в то же время приводит не к развитию личности, а к искажению её развития, к манипуляции её сознанием, переформатированию поведения под влиянием виртуальной среды. На наших глазах рождается цифровое поколение, адаптированное к виртуальной среде и не адаптированное к среде живого человеческого взаимодействия. Такой человек, сидя на занятиях, изнывает, потому что от него требуют мыслить и общаться, а для него это

трудно, – добавляет заведующая кафедрой педагогики и психологии КрасГМУ.

Итак, с появлением новейших средств коммуникации на молодого человека обрушилась мощная лавина информации, в значительной мере экологически грязная, неструктурированная. Началась в буквальном смысле информационная интоксикация – именно такой диагноз выставляется современной молодёжи, в том числе студентам, на основе собранного педагогического анамнеза. Интоксикация сознания происходит, когда человек начинает в огромных объёмах поглощать контент, не наладив его фильтрацию. Отравление информацией проявляется в расстройстве мышления, отличительными признаками которого являются примитивность, отрыв от реальности, отсутствие критики и всеядность.

– На наш взгляд, также к признакам информационной интоксикации у студентов необходимо отнести следующие поведенческие признаки: отсутствие мотивации совершать действия, провалы в памяти, раздражительность, конфликтность, хроническая усталость. Есть у этой «болезни» и соматические симптомы – головные боли и тошнота, сбои в работе эндокринной системы. Утомлённые поглощением огромных массивов ненужной информации, студенты просто не в состоянии воспринимать нужную информацию, которую им дают в процессе учёбы, – резюмирует специалист.

### За теорией – практика

Что же, исходя из всего сказанного, необходимо изменить в практике обучения студентов-медиков, чтобы обратная реакция с их стороны была не «не хочу», а «мне интересно»?

На конференции прозвучало, в частности, предложение изменить традиционную последовательность процесса обучения и контроля знаний в медицинском вузе. Сейчас она выглядит так: теоретический опрос, потом – практика.

– Давайте попробуем наоборот: начнём с практики, а потом с помощью теории объясним, зачем и как мы это делали. Занятие, которое построено именно так, меняет позицию студента: из пассивного слушателя он превращается в активного ученика, задающего вопросы. При таком построении занятия мозг вынужден будет включиться и работать так, как положено, а не выполнять функцию «складского помещения», – убеждает коллег преподаватель Красноярского медицинского университета.

Второй приём связан со сменой формы обучения. Обычно система принуждает студента запоминать большие объёмы материала и затем отчитываться перед преподавателем по поводу выученного. А если предложить студенту не отчитываться, а учить других? В этом случае он становится преподавателем для других студентов. Ещё одна хорошая форма передачи и усвоения знаний – дискуссия, когда студенты обнаруживают и отстаивают разные взгляды на одну и ту же медицинскую проблему. В будущей работе им это очень пригодится, ведь врачи нередко демонстрируют разные точки зрения в сложных клинических случаях.

– При таких изменениях в образовательной работе происходит чудо, мы неоднократно убеждались в этом. Те студенты, кто обычно на занятиях предпочитал молчать, начинают говорить. И говорят страстно, убедительно, потому что им становится интересно учиться, – подытоживает Е.Авдеева.

Вероятно, есть и другие приёмы, методы и технологии «лечения» информационной интоксикации, которыми владеют преподаватели медицинских университетов России. О них непременно нужно рассказывать в рамках конференций по вузовской педагогике, если мы не хотим, чтобы год от года белые врачебные халаты надевало всё больше людей случайных, учившихся медицине безо всякого интереса, ремесленников из поколения NEXT.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

### События

В санатории «Звенигород» Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова прошла Зимняя школа для стажёров олимпиады «Я – профессионал» по таким важным направлениям, как «лечебное дело» и «стоматология».

В насыщенной программе Зимней школы приняли участие представители медицинских вузов из Сибири, Краснодара, Дальнего Востока, Башкирии, Санкт-Петербурга, Казани, Курска, Рязани, Самары, Твери, Саратова и Москвы.

«Основная цель олимпиады убрать все барьеры, которые сегодня существуют на пути молодого специалиста», – отметил на открытии школы ректор Сеченовского университета Пётр Глыбоч-

# Для будущих врачей

## Подмосковье встретило финалистов студенческой олимпиады

ко. – Очень важно, чтобы ребята чувствовали себя нужными в своей профессии и понимали, чего хотят достигнуть. Сегодня поступить в ординатуру не так просто. Нужно иметь хорошее портфолио, которое складывается из отличной учёбы, активной позиции в общественной жизни и участия в олимпиадах. Это возможность для них стать специалистами высокого уровня и реализовать себя через специализацию в медицине и науке».

Зимняя школа позволяет студентам лучше познакомиться не только с будущей профессией и её

наиболее яркими представителями, но пообщаться друг с другом.

В церемонии открытия принял участие лауреат Нобелевской премии по химии 2004 г. Авраам Хершко (Израиль), который так же является консультантом Сеченовского университета. Он выступил с лекцией о своём исследовании.

В формате открытого диалога между ведущими экспертами и участниками школы по вопросам, интересующим студентов, прошли встречи с Иваном Дедовым, главным эндокринологом Министерства здравоохранения РФ; Владимиром

Садовским, президентом Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России»; Геннадием Онищенко, президентом общероссийской общественной организации «Медицинская лига России»; Дмитрием Морозовым, председателем Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья и Сергеем Готье, главным трансплантологом Минздрава России.

В рамках школы состоялось обсуждение ключевых особенностей развития современного медицинского образования, разбор новых

подходов к формированию моделей здравоохранения, разговор об укреплении индивидуального качества в становлении профессионального самосознания.

Как сами студенты оценили работу школы? Вот как прозвучал отзыв студентки 6-го курса лечебного факультета Казанского ГМУ Анны Лазаревой: «Хочется выразить благодарность руководству Сеченовского университета и всем организаторам олимпиады «Я – профессионал» за незабываемо проведённое время. За этот короткий период мы многое для себя открыли: расширили границы своих знаний, наместили чётко цели, к которым теперь будем стремиться».

Вячеслав СВАЛЬНОВ,  
корр. «МГ».

Москва.

Очередной – уже XIII – Всероссийский фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников (с международным участием), учредителями и организаторами которого являются Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений страны, Профсоюз работников здравоохранения РФ и редакция «Медицинской газеты» в этом году пройдет 9-12 апреля на базе Ярославского государственного медицинского университета при поддержке правительства области и мэрии города Ярославля.

Ректоратом ЯГМУ разработано положение о проведении XIII фестиваля, которое утверждено на общем собрании ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений» 25 января этого года. Полностью этот документ с формами заявок см. на сайте ЯГМУ <http://ysmu.ru> и официальном паблике фестиваля <https://vk.com/yarmedfestival13>.

### Условия участия

К участию в фестивале по заявке, поданной в оргкомитет не позднее 15 марта, допускаются следующие категории исполнителей (конкурсантов): обучающиеся медицинских и фармацевтических высших и средних образовательных учреждений, медицинских факультетов общеобразовательных (многопрофильных) вузов; сотрудники медицинских и фармацевтических высших и средних образовательных учреждений, медицинских факультетов общеобразовательных (многопрофильных) вузов; сотрудники медицинских и фармацевтических организаций.

Подтверждением статуса участника фестиваля является предъявление при регистрации в оргкомитет фестиваля следующего пакета документов: для студентов – паспорт, справка с места учёбы, студенческий билет (зачётная книжка); для ординаторов, аспирантов – паспорт, справка с места учёбы; для сотрудников учебных заведений и медицинских (фармацевтических) организаций – паспорт, справка с места работы.

В составе коллектива-участника, заявленного в одном из творческих направлений, должно быть не менее 80% обучающихся и (или) сотрудников данного образовательного учреждения или медицинской организации.

В составе дуэта-участника, должно быть 100% обучающихся и (или) сотрудников данного образовательного учреждения или медицинской организации.

Состав коллектива, состоящий на 100% из участников-медиков, имеет преимущества при спорном распределении мест.

Очередность выступлений участников конкурсов устанавливается по результатам жеребьевки.

Участники предшествующих фестивалей, вошедшие в «Зал фестивальной славы медиков», не могут принимать участие в фестивале в качестве конкурсантов. Коллективы, вошедшие в «Зал фестивальной славы медиков», имеют возможность принять участие в конкурсе только при условии обновления состава не менее чем на 50%.

В одном направлении один участник может выступить не более чем в двух творческих номерах.

В одной номинации (или конкурсе, если он не подразделяется на номинации) вуз-участник может выставить не более одного творческого номера. Исключение составляют конкурсы вокала и хореографии: вуз-участник может выставить не более 8 творческих номеров в рамках соответствующих конкурсов, независимо от количества номеров в рамках номинаций.

Конкурс обучающихся в медицинских и фармацевтических вузах проводится отдельно от конкурса сотрудников медицинских и фармацевтических организаций.

ные обучающиеся в российских вузах, участники из зарубежных стран.

Продолжительность исполняемого произведения в каждом туре должна составлять не более 4 минут.

На конкурсе исключается использование звуковой реверберации.

Если для выступления используется фонограмма, то она должна быть записана на

Время звучания конкурсной программы – не более 7 минут (включая выход и уход со сцены).

Исполнение конкурсной программы по нотам в сольном выступлении не допускается.

**Требования и регламент проведения хореографического конкурса.**

Конкурс проводится в два тура.

Хореографический конкурс включает состязания по следу-

Тема конкурса: «Год добровольца (волонтера)».

Тема видеоконкурса для ЛПУ на выбор: «Коллектив: лица и судьбы» или «Судьба врача».

Конкурс оценивается редколлегией «Медицинской газеты» и проводится в один тур.

Направление «журналистика» включает конкурсные состязания по следующим номинациям: публикация (не менее 3 материалов) и регулярное печатное

### Досуг и творчество

# «Добро пожаловать, фестиваль!» — приглашает Ярославль

## Скоро в городе на Волге пройдет смотр художественных талантов будущих и нынешних медиков

### Номинации и творческие направления

Программа фестиваля состоит из конкурса вокально-инструментальных ансамблей, вокального, инструментального, хореографического, театрального конкурсов, конкурса исполнителей оригинального жанра, видеоконкурса и конкурса журналистского мастерства (медицинские СМИ).

Направления – эстрадный вокал; академический вокал; народный вокал; авторская, бардовская песня; классический танец; народный танец; современная хореография; бальный танец; театральный конкурс; конкурс исполнителей оригинального жанра (жонглирование, фокусы, хула-хуп и др., выступления в жанре клоунады, сценические постановки художественных гимнастов, акробатов, театр пластики и т. п.); журналистика; видеоконкурс.

### Конкурсные требования

**Требования и регламент проведения конкурса вокально-инструментальных ансамблей.**

Количественный состав ансамбля – до 12 человек.

**Требования и регламент проведения вокального конкурса.**

Вокальный конкурс включает состязания по следующим направлениям: эстрадный вокал, академический вокал, народный вокал, авторская, бардовская песня на медицинскую тематику.

Участники номинации авторская, бардовская песня на медицинскую тематику представляют к прослушиванию одно произведение. Конкурс в номинации проводится в один тур.

Участники номинаций: академический вокал, народный вокал, эстрадный вокал – представляют к прослушиванию два произведения. Конкурс в этих номинациях проводится в два тура: конкурсанты готовят к исполнению два произведения (одна песня в первом туре, вторая песня – во втором), одно из произведений должно быть исполнено на русском языке. Исключение составляют иностран-



Эмблема фестиваля-2018

USB-накопителе в формате MP3, обязательно с собой иметь резервную копию.

Фонограмма должна иметь следующую маркировку: «№ тура – фамилия, имя участника – название произведения».

В номинации авторская, бардовская песня на медицинскую тематику произведение обязательно должно соответствовать медицинской тематике. Текст выступления должен быть представлен организаторам вместе с заявкой от исполнителя.

**Требования и регламент проведения инструментального конкурса.**

Конкурс проводится в один тур.

Участники представляют к конкурсному прослушиванию одно произведение.

В номинации соло разрешается использование фонограммы. Фонограмма должна быть записана на USB-накопителе в формате MP3, обязательно с собой иметь резервную копию.

Фонограмма должна иметь следующую маркировку: «название вуза – фамилия, имя участника – название произведения».

ющим направлениям: классический, народный, современный, бальный танцы.

Конкурсанты готовят к выступлению две разнохарактерные хореографические постановки (одна постановка в первом туре, вторая – во втором).

Продолжительность хореографической постановки в каждом туре должна составлять не более 4 минут.

Разрешается использование спецэффектов, безопасных для жизни и здоровья выступающих и зрителей (решение о безопасности спецэффекта выносится оргкомитетом).

**Требования и регламент проведения театрального конкурса.** Конкурс проводится в один тур.

Театральное направление включает конкурсные состязания по следующим номинациям: художественное слово, театр малых форм (драматические постановки, инсценировки, СТЭМ, этюды, пантомима и т.д.).

**Требования и регламент проведения конкурса журналистика и видеоконкурс.**

издание (на материале 3-5 номеров).

Конкурсы проводятся заочно, его участники отправляют свои работы на электронную почту: 677286@mail.ru, Королёву Владимиру Владимировичу до 17.03.2018. Материалы на бумажном носителе конкурсанты привозят с собой и представляют их в оргкомитет 9 апреля, во время регистрации.

### Оргкомитет, жюри, оценки

Оргкомитет утверждается приказом ректора ЯГМУ профессора Алексея Владимировича Павлова.

Состав жюри конкурса утверждается оргкомитетом фестиваля по согласованию с учредителями Фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников.

В состав жюри входят деятели культуры и искусств, имеющие соответствующее профессиональное образование и опыт работы в данной сфере.

Заявка на участие подается в оргкомитет фестиваля по электронной почте: yarmedfest@mail.ru, в формате PDF. Прием заявок прекращается 15 марта 2018 г.

Проезд, проживание и питание осуществляется за счёт направляющей стороны.

Сообщения о месте и времени прибытия, отбытия, видах транспорта, номерах рейсов, поездов, вагонов; пожелания по свету (световая партитура), список реквизита и иные пожелания следует направлять на электронный адрес фестиваля: yarmedfest@mail.ru, не позднее 15 марта 2018 г.

Участникам предоставляется стандартный театральный свет (заливки, лучи, возможность полного затемнения) и набор реквизита сцены (столы, стулья), прочий необходимый реквизит готовится участниками самостоятельно.

Регистрация прибывших делегаций будет проводиться 09.04.2018, в понедельник. Начало регистрации – 09:00.

**Форму заявки смотрите на сайте ЯГМУ <http://ysmu.ru> и официальном паблике фестиваля <https://vk.com/yarmedfestival13>.**

Редколлегия «МГ».

Об этом курьёзном медицинском случае нередко вспоминают в Брянске. Выехавшая по вызову в Бежицкий район города бригада «скорой», увидела в квартире горько плачущего мужчину, который стыдливо сжался в комочек на диване. На первый взгляд всё было в порядке: нормальное давление, не учащённый пульс... Однако мужчина был весь, с ног до головы – синий. Смущаясь, он поведал медикам, что уже сутки испражняется исключительно синим, да и плакал он горючими, донельзя синими слезами. Осматривавшая тогда необычного пациента врач первой категории Надежда Цветкова, рассказала корреспонденту «МГ», что ни до, ни после ничего подобного в её немалой медицинской практике не было. Оказывается, люто маясь с похмелья, хозяин квартиры «тянул» бутылку морилки для окраски мебели.

Наталья Дмитриевна доставила его в Брянскую городскую больницу № 1, где долго и безуспешно пытались вернуть пациенту нормальный цвет кожи. Надо ли особо говорить о том, что посмотреть на необычного больного ходили, как на экскурсию, из всех отделений?! Выписавшись из стационара, выпивоха ещё долго ходил по улицам города, пряча, наподобие человека-невидимки из известного романа Герберта Уэллса, руки в перчатки, а лицо плотно укутывая в шарф. Потом, слава Богу, всё обошлось.

Впрочем, шуточного тут мало. Сводки о несчастных последствиях от употребления «за воротник» суррогатного пойла просто удручают. И это на фоне истинных героических усилий государства по уменьшению алкоголизации населения. Причём в последние годы эти самые усилия, официально объясняемые борьбой с пьянством, заключались в неуклонном повышении акцизов, которые, как ожидалось, увеличат доход казны и заставят население пить меньше. Однако результат получился прямо противоположный. Пить меньше вовсе не стали, зато существенно выросли доходы теневого сектора, участились случаи летального исхода от употребления всего того, что горит. Та же Наталья Цветкова рассказала мне, что для «увеличения кайфа» в спиртное стали добавлять четырёххлористый углерод. Пластиковые же зонды для промывания желудка так окрашивались стеклоочистителем или

## Ситуация

# Койко-место для выпивохи

## Где «здоровый смысл» в борьбе с алкоголизацией населения?



Времена меняются, а острейшая проблема общества остаётся

другими жидкостями, что не помогало никакое кипячение. Наконец Владимир Путин не поддержал на заседании Госсовета идею об очередном повышении цен на алкогольные напитки, поскольку это, по его словам, только действительно увеличивает потребление суррогата. Глава государства подчеркнул, что с «зелёным змием» бороться нужно «здоровыми способами». Какими же?

Несколько лет назад, помнится, решили избавиться от медицинских вытрезвителей. При этом цели перед преобразованием поставили очень даже перспективные: повысить качество оказания медицинской помощи не в меру захмелевшим и избавить полицию от несвойственных ей функций. Причём намечалось поступать следующим образом: если человек находится в лёгкой стадии опьянения и не нарушает общественный порядок, его нужно попросту доставить домой. Если же выпивший буянит, то ему уготовано место в отделе внутренних дел. Те же, кто не в состоянии передвигаться самостоятельно, должны быть доставлены в ЛПУ для оказания им нужной медицинской помощи.

Однако на практике сразу же возник закономерный вопрос: кто должен проводить ту самую «дифференциацию» охмелевших? По-

лицейские в массе своей вряд ли разбираются в степени опьянения попавших им в руки и в отличие, скажем от американских стражей порядка, не умеют оказывать им первую медицинскую помощь. Словом, всех (подчеркнём это!) пришлось возить в лечебные учреждения.

Чем это оборачивается, проиллюстрируем на примере увиденного недавно в той же Брянской городской больнице № 1. В приёмном покое, а также в травматологическом отделении этот покой тут только снится. Когда «скорая» доставляет сюда не в меру перебравшего гражданина с улицы, он, очнувшись после оказанной ему необходимой в таких случаях медицинской помощи, вдруг нередко начинает буянить и демонстративно, «кто есть кто». Люди в белых халатах, верные клятве Гиппократова, вышибли из него алкогольные яды, однако в ангела «зелёный змий» превратиться пациенту не дал. Например, недавно в здешней больнице, когда пациенты мирно почили, пришедший в себя алкаш вдруг потребовал нож, чтобы «пимпушку с трусов срезать». Причём он разорвал пододеяльник и требование своё выразил в диком крике. Было понятно, что пациента посетила «белочка» (так в обиходе называют белую

горячку) и его надо немедленно усмирять. Что и было, разумеется, сделано. Однако не всегда подобные психозы кончатся столь благополучно. К примеру, один из пациентов устроил такой дебош, что ухитрился даже разбить медицинскую аппаратуру. Лечебное учреждение вынуждено было подать на него исковое заявление в суд. Но ответчик, признанный по результатам проведённой медицинской экспертизы невменяемым, никакой ответственности не понёс. Вообще же в этой больнице пришлось только за последнее время поменять три стеновые панели, которые разбила подобная дебоширы, время от времени заменяют тут и стеклопакеты. Не госпитализировать же подобных пациентов нельзя.

Нельзя тут не вспомнить, как прежде в медицинских вытрезвителях были специалисты, которые могли профессионально определить, нужно ли человеку просто «проспать» или ему действительно необходима врачебная помощь. Иными словами, хотели, как лучше, а получилось, как всегда....

Чтобы как-то выйти из положения, по инициативе главного врача Брянской городской больницы № 1 заслуженного врача РФ Константина Воронцова лечебное учреждение заключило договор с частным охранным агентством. При необходимости охранника можно вызвать и в отделения больницы. Однако услуги-то подобные – исключительно за счёт лечебного учреждения. Понятно, что не всем ЛПУ это по карману. Так что же – круг замкнулся?

Не надо думать, что безудержно пьянствовать стали лишь в наши дни. Например, по подсчётам академика Фёдора Углова, в царской России было среди мужчин всего 46% трезвенников. А в до-революционном Брянске создали даже комитет народной трезвости, при котором был и сад народной трезвости. И вход туда был бесплатным. Здесь проводили различные антиалкогольные беседы, ставили любительские спектакли, а городское духовенство организовало общество трезвости имени брянских святых Олега и Поликар-

па. Но, наверное, изгонять «зелёного змия» не помогли и святые.

Однако времена поменялись, а проблема осталась. И сегодня только на Брянщине состоят на учёте больше 30 тыс. человек, которые страдают хронической алкогольной зависимостью. Причём, больше тысячи из них – с алкогольными психозами. Как снежный ком, разрастается и количество злоупотребляющих алкоголем женщин и подростков. Подумать только: несколько лет назад пришлось даже открыть в областном наркологическом диспансере специальное женское отделение! Словом, речь идёт уже не о ротах или батальонах, а даже о полнокровных дивизиях деградирующих личностей. И что, повторимся, прикажете делать?

Директивно пытались не раз. Достаточно вспомнить, например, печальную память постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР от мая 1972 г. «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма» или Указ Президента Верховного Совета СССР от июня 1985 г. «О мерах по преодолению пьянства и алкоголизма и искоренению самогонварения». Чем это кончилось (при советской жестокости!) – всем хорошо известно.

Практика, думаю, показала, что одними лишь карательными мерами тут не обойтись. Без активизации на этом направлении современной медицинской помощи никакой отдачи не будет. На одной из встреч главного врача областного наркологического диспансера кандидат медицинских наук Владимир Харитоненков с болью сказал мне, что в ряде районов Брянщины даже нет пока специалистов-наркологов, и больных там принимают врачи, работающие по совместительству.

Однако все проблемы создают люди, и решать их приходится тоже людям. А если речь идёт о здоровье и будущем нации ни денег, ни усилий жалеть не надо.

**Василий ШПАЧКОВ,**  
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

## Тенденции

Жителям Находки, перенёшим травмы, операции и инсульты, теперь доступна полная программа восстановления работоспособности в родном городе. Эта работа направлена на то, чтобы как можно больше людей не становились инвалидами, а возвращались к полноценной жизни. Находкинская городская больница Приморья выучила специалистов, оснастила свои подразделения уникальным оборудованием, получила соответствующую лицензию и теперь (одна из немногих в Приморском крае) имеет возможность оказывать помощь по медицинской реабилитации комплексно.

Как рассказали в ЛПУ, в службе задействованы физиотерапевт, рефлексотерапевт, терапевт, массажист, врач ЛФК, психолог и другие специалисты. Находка имеет очень высокий показатель по восстановлению самообслуживания и работоспособности больных, не уступая в этом направлении Владивостоку.

Так, с пациентами, перенёшими инсульт, врачи начинают

# Комплексная реабилитация на деле

## Пациенты снова «осваивают» своё тело

заниматься ещё во время лечения в первичном сосудистом отделении, далее их направляют на следующий этап реабилитации в неврологическое отделение, где для этого предусмотрено 10 коек. И уже после выписки из стационара люди проходят курс необходимой реабилитации в отделении восстановительного лечения.

Здесь пациенты, перенёвшие тяжёлые травмы и заболевания, снова учатся чувствовать своё тело и управлять им с помощью уникального тренажёрного комплекса нового поколения, основанного на биологически обратной связи. Людям помогают развивать память, возвращают бытовые и трудовые навыки.

Это подразделение поликлинической службы было открыто 2 года назад. За минувший отрезок времени здесь получили необходимую помощь более 3 тыс.

больных, перенёвших травмы и заболевания опорно-двигательного аппарата, различные переломы, тотальное эндопротезирование крупных суставов, острое нарушение мозгового кровообращения. Также здесь «ведут» пациентов с остеохондрозами, грыжами суставных дисков, невралгиями, полинейропатиями, больных с хирургическими, гинекологическими и лор-заболеваниями.

– Реабилитации уделяется повышенное внимание на всех уровнях, – рассказывает Николай Кучеренко, заведующий отделением восстановительного лечения № 2, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ. – Высокотехнологичная помощь сегодня позволяет спасать самых тяжёлых больных, и государство всерьёз задумалось о том, как возвращать их к полноценной жизни. Медицинские реабилитационные

услуги сегодня входят в программу госгарантий. Поэтому пациентам, прикрепленным к нашему учреждению, большинство услуг оказывается по полису ОМС. Необходимо лишь направление участковых терапевтов или узких специалистов на основании рекомендаций врачей стационара Находкинской городской больницы. Первый и второй этапы реабилитации проходят в стенах стационара, а вот для третьего как раз и формируются такие отделения, как наше. То есть упор делается на стационарозамещающие технологии. Ведь без реабилитации, труд моих коллег – травматологов, неврологов и других специалистов – будет не до конца реализован.

– При помощи краевой власти у нас созданы все условия для полного курса реабилитации пациентов, перенёвших тяжёлые травмы, инсульты, а также полу-

чивших высокотехнологичную медицинскую помощь по федеральным квотам в различных клиниках страны, – отмечает главный врач Находкинской городской больницы Владимир Якушин. – Сегодня жителям округа нет необходимости ехать на реабилитацию в другие города. Конечно, каждый выбирает сам, где лечиться. Но люди должны понимать, что возвращение утраченных организмом функций – длительный и трудоёмкий процесс, и пройти его за 5-6 дней (например, в корейской клинике) нереально! Мы же имеем возможность восстанавливать пациента поэтапно, курсом от 3 до 6 месяцев, с перерывами на отдых.

**Николай РУДКОВСКИЙ,**  
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

**Рак мочевого пузыря (РМП) входит в группу наиболее распространённых злокачественных новообразований, причём за последнее десятилетие его частота, особенно у мужчин, выросла на 15%. Летальность от РМП на первом году с момента установления диагноза составляет в России 32%, поэтому ранняя диагностика и лечение больных РМП являются одной из актуальных проблем онкоурологии.**

Основным и обязательным методом диагностики РМП – это цистоскопия с биопсией. Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование биоптата позволяет уточнить вид и гистогенез опухоли, что не всегда возможно при гистологическом исследовании, а также оценить злокачественный потенциал новообразования и прогнозировать течение заболевания. Так ошибки в гистологической диагностике уротелиального рака мочевого пузыря без применения ИГХ исследования, по данным двухлетнего опыта школы патоморфологии, допускались в 7-10% случаев.

ИГХ исследование – это один из методов патологоанатомического (морфологического) исследования, способ выявления того или иного антигена с его точной локализацией в клетках и тканях, в гистологических срезах путём связывания искомого антигена с мечеными антителами. Этот метод давно стал рутинным в международной онкоморфологии, нередко без него невозможно верифицировать вид опухоли по современным классификациям.

В последние десятилетия в результате бурного развития молекулярной онкологии, изучения механизмов канцерогенеза и внедрении в практику современных молекулярно-биологических методов, было показано, что каждая опухоль имеет индивидуальный профиль геномных нарушений, который влияет на клинический характер заболевания и определяет его прогноз. Это дало возможность включать в клинические классификационные критерии молекулярно-цитогенетические и молекулярно-биологические характеристики опухоли, которые диагностируются при ИГХ исследовании.

Интерес исследователей давно сосредоточен на поиске различных молекулярных маркеров РМП, в связи с тем, что уротелиальная карцинома обладает рядом определённых особенностей биологического поведения. К ним относят

**В клиниках и лабораториях**

# Точно выявить и локализовать

**Иммуногистохимическое исследование должно стать рутинным при морфологической диагностике рака мочевого пузыря**

высокий процент рецидивов РМП, диффузный характер неопластических изменений слизистой оболочки и наличие возможных очагов Tis, не верифицированных в ходе оперативного вмешательства, а также возможность имплантации опухолевых клеток во время эндовезикального хирургического лечения. Кроме того, бывает крайне затруднителен дифференциальный диагноз между пограничными изменениями уротелия и его злокачественной трансформацией.

По клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов прогрессирование опухоли при Ta развивается в 6-20% случаев, при T1 в 27-48% при любой степени дифференцировки опухолевой ткани. Американская и Европейская урологические ассоциации считают TUR золотым стандартом лечения поверхностного РМП. Однако процент рецидивов таких опухолей после выполнения TUR достаточно высок и составляет от 51 до 95%. При этом примерно 50% рецидивов возникает в течение первого года наблюдения. Также доказано, что каждый последующий рецидив обладает большим потенциалом злокачественности, следовательно, имеет тенденцию к снижению дифференцировки и к инвазии в мышечный слой.

Поэтому, для своевременной диагностики РМП, точного установления стадии заболевания, причин рецидивирования, определения биологического потенциала опухолевых клеток при рецидиве возникла необходимость в широком использовании ИГХ исследования. Своевременная молекулярная характеристика рецидивирующей опухоли позволяет отбирать больных для органосохранного лечения и проводить радикальную цистэктомию пациентам с высоким потенциалом рецидивирования.

В настоящее время при ИГХ исследовании биоптатов различных опухолей принято выявлять онкомаркеры (онкогены и др.). Наиболее важными онкогенами, приводящими к злокачественной трансформации уротелия мочевого пузыря, являются *ras*, *erb-B2*, *EGF/EGFR*, *c-myc* и *mdm-2*. К наиболее эффективным и широко применяемым маркерам прогрессии РМП относят рецептор эпидермального фактора роста (*EGFR*). Это трансмембранный тирозинкиназный рецептор, связывающий эпидермальный фактор роста (*EGF* и *TGF*). ИГХ исследования показали прямую зависимость между экспрессией *EGFR* и степенью клеточной атипии, а также стадией РМП.

Наиболее изученными генами, вовлечёнными в регуляцию клеточного цикла, являются гены-супрессоры опухоли *p53* и *p21*. Мутантный белок *p53* участвует в опухолевой трансформации клеток. Мутация *p53* связана со стадией и степенью дифференцировки РМП и является прогностически неблагоприятным фактором, характерным для высокого риска опухолевой прогрессии. Определение этого маркера имеет прогностическое значение в отношении частоты рецидивов, реакции на химиотерапию, показателя выживаемости при раке мочевого пузыря.

Пролиферативную активность клеток новообразований принято оценивать с помощью антител к ядерному негистоновому белку *Ki-67*. Прогностическая ценность такой оценки доказана при поверхностном РМП, как фактора, связанного с глубиной инвазии и степенью дифференцировки новообразования. Исследование экспрессии *Ki-67* позволяет прогнозировать темп роста опухоли и её реакцию на проводимую хи-

миотерапию. *Ki-67* также является независимым прогностическим фактором в отношении рецидивирования у больных с поверхностными формами РМП, имеющих высокий риск. По мнению некоторых авторов, гиперэкспрессия *Ki-67* при переходноклеточном РМП связана с глубокой инвазией, более высокой степенью злокачественности (*Grade*) опухоли, лимфоваскулярной инвазией и метастазами в лимфоузлы.

Большое значение в онкогенезе придано нарушению механизмов апоптоза, связанного с мутациями в генах, контролирующим суицидальную программу клетки. Апоптоз регулируется семействами протеинов, к которым относятся системы *bcl-2* и *bax*. Экспрессия *bcl-2* чаще встречается в опухолях с неблагоприятным прогнозом и агрессивных, низкодифференцированных опухолях. Обнаружена связь между экспрессией маркеров апоптоза и рецидивированием РМП, не зависящая от глубины инвазии и степени дифференцировки опухоли. Отмечена также высокая экспрессия *bcl-2* в мышечно-инвазивных опухолях (63%), что определяет более низкий местный контроль за заболеванием и низкую трёхлетнюю выживаемость, а наличие сочетания экспрессии *bcl-2* и *p53* у пациентов, страдающих инвазивным РМП, обусловило значительное снижение 3-летней выживаемости и безрецидивной выживаемости.

Для ИГХ верификации опухоли человека широко используют антитела к белкам промежуточных филаментов (ПФ), которые участвуют в создании внутриклеточного каркаса и механического поддержания цитоплазматической мембраны, ядерной оболочки всех эукариотических клеток. К белкам ПФ относят семейство цитокератинов, которое пред-

ставляет собой сложный мультигенный комплекс полипептидов. Цитокератины (СК) являются фундаментальными маркерами эпителиальной дифференцировки клеток. Набор экспрессируемых в клетке цитокератинов отражает клеточный тип и дифференцировку эпителия.

Уротелий имеет уникальный и сложный набор цитокератинов. Для диагностики уротелиального рака наиболее часто является информативной коэкспрессия СК 13 и 20 (или 7), кроме того, определение данных маркеров служит хорошим прогностическим признаком. Эта комбинация цитокератинов редко наблюдается в других типах рака, что позволяет отличить переходноклеточные раки от аденокарцином предстательной железы и неороговевающих плоскоклеточных карцином в тех случаях, когда первичная локализация опухоли неизвестна. Начало экспрессии СК 14 в уротелиальной карциноме свидетельствует о плоскоклеточной дифференцировке и неблагоприятном прогнозе.

В последние годы первоочередной задачей ИГХ диагностики является поиск дополнительных и объективных прогностических критериев, которые могли бы позволить раньше выявлять больных РМП с высоким и низким рисками опухолевой прогрессии и рецидивирования для своевременного и радикального лечения. Перспективным является не просто суммарное выявление тех или иных ИГХ маркеров в опухоли, а их коэкспрессии в клетках новообразования.

Таким образом, в современной патологической анатомии, особенно в онкоморфологии при исследовании биопсийного и операционного материала, ИГХ исследование стало рутинным и обязательным, как и при диагностике многих других опухолей. К сожалению, в отечественной патологической анатомии его внедрению уже много лет мешает неудовлетворительная материально-техническая база и кадровые проблемы. Однако особое внимание, которое уделяет в настоящее время Минздрав России развитию онкологической помощи населению, позволяет надеяться на приведение в соответствие с международными стандартами морфологической диагностики РМП и других опухолей.

**Елена ЦМОКАЛЮК, ассистент кафедры патологической анатомии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.**

## Акценты

**Завершился очередной этап реорганизации бывшего Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. На его руинах появился ещё один «новодел» – Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины (ФИЦ ФТМ), который объединил четыре новосибирские научные организации: НИИ экспериментальной и клинической медицины, НИИ молекулярной биологии и биофизики, НИИ биохимии, НИИ молекулярной патологии и патоморфологии.**

С 1970 г., когда был организован первый объект Академии медицинских наук в Сибири – Институт клинической и экспериментальной медицины – и вплоть до начавшейся в 2013 г. «реформы» российской науки, эти исследовательские центры жили автономно друг от друга, занимаясь каждый своей тематикой научного поиска и не пересекаясь в них. В стремлении оптимизировать финансирование работы отечественных учёных, «реформаторы» из Федерального агентства научных организаций сразу нашли общие

# Конец научной автономии

**Какими будут последствия рискованного поступка**

темы, которые могут объединить исследовательские ресурсы столь разнопрофильных институтов в единый центр.

Как сказано в официальной информации ФАНО, работа ФИЦ ФТМ направлена «на получение новых знаний в области фундаментальной, персонализированной и трансляционной медицины, а также разработку на их основе прорывных профилактических, диагностических и лечебных технологий для медицины и здравоохранения». Далее следуют принятые в этих случаях словесные штампы о том, что «создание федерального исследовательского центра позволит организовать полный цикл работ от проведения экспериментальных исследований до разработки новых средств и способов диагностики, профилактики и лечения социально

значимых заболеваний», а также о перспективе «внести вклад в решение вопроса импортозамещения лекарственных средств и медицинских технологий».

Остаётся только вопрошать, что мешало коллективам объединённых институтов продолжать заниматься получением новых знаний и разработкой прорывных медицинских технологий, оставаясь самостоятельными научными организациями? И ответ очевиден: угроза остаться без финансовой поддержки госбюджета в случае неповиновения. Между тем любая реорганизация всегда даёт возможность существенной экономии денег за счёт сокращения штатов.

Следует напомнить, что к началу 2013 г. Сибирское отделение РАН объединило 24 научно-исследовательских института разных профилей. Самое большое их

количество было сосредоточено в Новосибирске и Томске. Институты бывшего Томского научного центра СО РАН два года назад волевым решением ФАНО слиты в Федеральный исследовательский центр (в прямом смысле слова здесь объединили акушеров с психиатрами), часть новосибирских научных институтов медицинского профиля в поисках лучшей жизни (прежде всего финансовой) добровольно присоединились к институтам «Большой» академии. Увы, парадных реляций ФАНО о небывалом скачке российских научных прорывов в области медицины, которые стали бы именно результатом всех этих разрушений и реорганизаций, пока нет.

К сегодняшнему дню единственным новосибирским учреждением бывшего СО РАН, которое ещё сохраняет свою самостоятель-

ность, является Научно-исследовательский институт физиологии и фундаментальной медицины. Вероятнее всего, право новосибирских физиологов на независимость обусловлено не только тем, что в силу тематики исследований институт просто не к кому присоединить, но также тем, что НИИФМ является реальным, неоспоримым лидером в области экспериментальной, трансляционной и клинической нейронауки в России и полноценным партнёром в целом ряде международных исследовательских проектов. Попытка «затолкать» институт физиологии в один из ФИЦев по какому-нибудь формальному признаку будет для ФАНО весьма рискованным поступком.

**Елена СИБИРЦЕВА, МИА Сито!**

В три раза выросла в прошлом году заболеваемость корью в Евросоюзе: в 27 входящих в Европейскую экономическую зону странах зарегистрировано более 14,4 тыс. случаев этого инфекционного заболевания против 4,6 тыс. случаев в 2016 г.

Больше всего корью в 2017 г. болели, согласно данным Европейского центра профилактики и контроля заболеваний (ECDC), жители Румынии (10,6 тыс. случаев), Италии (около 5 тыс.), Греции (1,4 тыс.) и Германии (926 человек). Вспышки инфекции были отмечены также во Франции, Великобритании, Швеции и ряде других стран, где рост заболеваемости продолжается и в 2018 г. При этом 45% случаев приходится на пациентов старше 15 лет.

ECDC объясняет это недостаточным уровнем вакцинации – в прошлом году 87% случаев инфицирования были отмечены среди людей, не получивших прививку от кори. Чтобы защитить население от этой опасной инфекции, считают в центре, необходимо увеличить охват иммунизационной программой до 95% в 20 из 27 стран союза.

На фоне роста общего числа случаев заболевания корью Европейское региональное бюро ВОЗ

А как у них?

## Европа противостоит кори

(ЕРБ) отмечает, что Украина предпринимает шаги для прекращения вспышки этой инфекции. «По сравнению с ситуацией в 2016 г., в 2017-м как минимум в два раза больше детей своевременно прошли вакцинацию против кори, – говорит представитель ВОЗ в Украине д-р Марте Эверард. – Этот скачок в охвате детей плановой иммунизацией стал значительным шагом вперёд. Однако продолжающееся распространение кори в стране говорит о том, что нам необходимо прилагать больше усилий для вакцинации всех тех, кто не получил вакцину согласно графику».

На протяжении последних лет ВОЗ отмечает в Украине самые низкие показатели иммунизации в Европе, и, следовательно, здесь большое число лиц, восприимчивых к инфекции. В 2017 г. корью в этой стране переболели более 3 тыс. человек, она стала причиной смерти пяти заболевших (детей и

взрослых). Теперь новые случаи заболевания регистрируются во всех областях Украины и в Киеве.

В 2016 г. в Европейском регионе элиминации этого заболевания добились 22 страны. Однако масштабные вспышки кори в прошлом году, как считает ВОЗ, поставили под сомнение возможность достижения дальнейших успехов. Официальные данные о числе зарегистрированных случаев в 2017 г. будут опубликованы в марте.

Для элиминации кори, по расчётам ВОЗ, необходимо обеспечить охват целевых групп обеими дозами вакцины на уровне 95%, а также высококачественный эпиднадзор для оперативного выявления случаев заболевания.

Пока Евросоюз пытается противостоять кори, Министерство здравоохранения Великобритании, как сообщил Роспотребнадзор, проинформировало о разрастании за последние 3 недели вспышки скарлатины и о почти двойном увеличении числа заболевших с

начала текущего года. Инфекция чаще всего поражает детей в возрасте от 2 до 8 лет.

Рост заболеваемости в Англии и Уэльсе наблюдается с 2015 г. В 2016 г. в этих странах было зарегистрировано самое большое количество больных с 1967 г. – более 19 тыс. случаев.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека просит россиян учитывать ситуацию в Европе при планировании рабочих и туристических поездок.

Между тем стало известно, что Россия выделит ВОЗ на укрепление потенциала реагирования на распространение инфекционных заболеваний 4,3 млн долл. И.о. постпреда РФ при отделении ООН и других международных организациях в Женеве Александр Алимов передал, как сообщил ТАСС, оригинал соглашения об этом заместителю генерального директора ВОЗ Питеру Саламе, отметившему «огромную, глобальную

роль» нашей страны в укреплении потенциала наблюдения за инфекционными заболеваниями и реагирования на них.

Трёхлетняя совместная с ВОЗ программа, для которой предназначен целевой взнос России, нацелена на содействие странам Восточной Европы и Центральной Азии, Африканского и Восточно-Средиземноморского регионов ВОЗ в осуществлении проекта, ориентированного, в частности, на поддержку деятельности этой международной организации по надзору за инфекционными заболеваниями. Речь также идёт о распространении успешного российского опыта в санитарно-эпидемиологической сфере при проведении массовых мероприятий. В реализации проекта будут участвовать профильные российские научные учреждения и специалисты Роспотребнадзора.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.  
МИА Сито!

### Угроза

Как заявляют учёные, пластик, используемый в некоторых игрушках старого производства, может представлять опасность для здоровья детей, поскольку он не соответствует самым современным правилам безопасности.

## Опасные конструкторы

Подержанные игрушки Лего могут нанести вред детям

Исследователи протестировали 200 подержанных пластиковых игрушек, взятых в детских садах, комиссионных магазинах и домах на юго-западе Англии, на наличие 9 опасных веществ. Из них 20 имели содержание всех 9, причём некоторые концентрации были достаточно высокими и не соответствовали европейским стандартам.

Однако эксперты заявили, что будет сложно определить степень риска.

«Лего-кирпичики 70-80-х годов являются большой ошибкой, – сказал доктор Эндрю Тернер из Университета Плимута, который проводил исследование. – Игрушки в те дни тестировались ненадлежащим образом, а теперь мы продолжаем использовать и передавать их дальше».

Для исследования игрушек, – от машинок и поездов до фигур и головоломок – доктор Тернер и его команда использовали рентгеновскую флуоресцентную технологию. Они обнаружили высокие концентрации опасных элементов, включая сурьму, барий, бром, кадмий, хром, свинец и селен. А учитывая то, что все игрушки были небольшого размера, который позволяет маленьким детям жевать их, риск для здоровья очевиден. Результаты исследования опубликованы в Environmental Science and Technology.

Эти химические вещества могут быть токсичными, даже если дети подвергаются их воздействию на низком уровне в течение длительного периода времени. Если же дети берут игрушки в рот, эти вещества будут воздействовать на них в ещё большей степени.

Доктор Тернер провел отдельный анализ по каждой из 26 игрушек, чтобы убедиться, что они соответствуют ограничениям, установленным Директивой по безопасности

игрушек Совета Европы (European Council's Toy Safety Directive). Десять игрушек провалили этот тест, потому что во время тестирования они как раз и выделяли слишком много брома, кадмия или свинца. Также он отметил: «Подержанные игрушки очень удобный вариант для семей, так как они могут быть унаследованы непосредственно от друзей или родственников, или приобретены по малой цене из благотворительных магазинов, блошиных рынков и через интернет. Потребителям следует больше узнать о потенциальных рисках, связанных с маленькими и яркими старыми пластиковыми игрушками или их компонентами».

Без этого анализа привлекательная стоимость, удобство и возможность повторного использования игрушек, могут создать предпосылки для химического заражения детей младшего возраста».

Профессор Эндрю Уоттерсон из Университета Стирлинга, который не участвовал в исследовании, прокомментировал: «Кадмий – это канцероген, по возможности, следует избегать любого выделения этого элемента из-за хронических эффектов. Подержанные пластиковые игрушки, включая Лего, из-за выделения токсических химических веществ могут навредить детям. Таким образом, эти подержанные игрушки, особенно специфических цветов, могут представлять вред, но определить его количественно будет сложно».

Господин Гардинер из Chartered Trading Standards Institute (Институт торговых стандартов) сказал, что «если игрушки действительно представляют риск для детей», тогда «они могут быть изъяты с рынка».

Юлия ИНИНА.  
По информации the UK.one.

### Решения

Японское общество акушеров и гинекологов приняло решение изменить свои рекомендации и разрешить проведение в стране неинвазивных пренатальных генетических тестов не только в рамках клинических исследований, но и в качестве «регулярных медицинских услуг» в обычных больницах.

Эти тесты начали проводиться в Японии с 2013 г. в 89 специализированных медицинских учреждениях. Использование тестирования было ограничено клиническими исследованиями, поскольку считалось, что широкое распространение пренатальных тестов может вызвать рост аборт, сообщает агентство «Дзидзи пресс» (Jiji Press).

При неинвазивных пренатальных генетических тестах исследуются образцы венозной крови беременных женщин, вместо практиковавшегося забора амниотической (околоплодной) жидкости, пока

### Однако

## Мигрень и депрессия – верные друзья

Китайские учёные благодаря масштабному исследованию пришли к выводу о том, что депрессивное состояние, мигрень и хронические головные боли тесно взаимосвязаны друг с другом. Более того, они уверены, что можно создать медикамент, который бы одновременно боролся со всеми этими расстройствами.

Лица, страдающие от мигрени или частых приступов сильнейшей головной боли, чаще других представляют жалобы на депрессию, подавленное настроение и развитие необоснованного тревожного состояния.

Чтобы прийти к такому выводу, исследователями были тщательно изучены данные о состоянии здоровья более чем 600 пациентов, которые находятся на учёте в неврологическом отделении одного из медицинских учреждений Тайваня.

Такое состояние, как мигрень, характеризуется возникновением у человека сильных и мучительных болей, локализующихся в одной половине головы. Вызвать расстройство может множество факторов, например, изменение погодных условий, чрезмерная физическая нагрузка, длительное

## Переведены в разряд регулярных медицинских услуг

ещё имеющего место и более опасного. Тесты с 99%-ной вероятностью позволяют оценить генетическое здоровье ребёнка. Новое тестирование станет доступно значительно большему числу будущих матерей. Общество также рассмотрит вопрос о снижении минимального возраста для прохождения неинвазивных тестов с нынешних 35 лет и расширении видов заболеваний, охватываемых тестированием. В настоящее время это – выявление трёх вариаций хромосомных аномалий, включая синдром Дауна.

Потребность в изменениях рекомендаций обусловлена тем, что в стране начали работать больницы, осуществляющие дородовые

тестирования без получения необходимых свидетельств. В них не предоставляются обязательные, в соответствии с рекомендациями, консультационные услуги специалистов, клиенты привлекаются новыми тестами с более широким набором заболеваний. В Японии действует положение, по которому Ассоциация медицинских наук даёт разрешение на выполнение спектра услуг медицинским учреждениям, только если они отвечают ряду указанных требований, включая наличие в штатах соответствующих специалистов, в данном случае в сфере генетики.

Николай ТЕБИН,  
старший научный сотрудник  
Института Дальнего Востока РАН.



отсутствие сна и многое другое. Подобное отклонение довольно часто приводит к подавленному настроению, что также свойственно для депрессии. Аналогичным образом люди, которые находятся в тревожном настроении или страдают от различных разновидностей депрессивного состояния, чаще других предъявляют жалобы на возникновение у них хронических головных болей.

По мнению авторов исследования, данная информация сви-

детельствует о том, что вышеуказанные заболевания имеют общие неблагоприятные факторы, приводящие к их развитию. Это, в свою очередь, означает, что у учёных есть необходимость в создании общих лекарственных препаратов, которые позволили бы во время целенаправленного лечения одного недуга параллельно избавляться и от второго.

Дарья ГЕТМАНСКАЯ.  
По материалам Headache Journal.

Мария Ковригина (1910-1995) – первая женщина, возглавившая Министерство здравоохранения нашей страны. Но если, скажем, имя Екатерины Фурцевой – первой женщины в роли министра культуры СССР, народ помнит по фильмам, даже многосерийному художественному, по бесконечным интервью с ней и её дочерью, рассказам людей, то имя Марии Кавригиной, возможно, в силу скромности её характера, сохранилось в памяти в основном лишь тех, кто работал в возглавляемых ею ведомствах. А сегодня, похоже, Ковригина вовсе забыта, словно этой личности не было в истории государства. Попробуем хоть сейчас, накануне Международного женского дня, немного восполнить этот пробел.

### Искренний романтик

Маша, родом из уральского села Троицкого, была седьмым ребёнком в крестьянской семье. Окончив начальную школу, стала обучать грамоте односельчан. Энергичная, увлечённая идеей новой власти, Маша создаёт первый в Троицком пионерский отряд, становится первой в селе комсомолкой. Райком комсомола направил девушку на курсы работников детских домов. Там же Маша Ковригина, бескорыстный романтик, искренне радовавшийся своим участием в строительстве новой жизни, организовала, тоже первый в районе, пионерский лагерь. А в мечтах своих, между прочим, видела себя трактористкой, как спустя несколько десятилетий все мальчишки мечтали стать космонавтами.

Но девушка понимала: активным строителем этой новой жизни, можно только став человеком высокообразованным. И прослышав, что при Свердловском медицинском институте открывается рабфак, поспешила поступить туда. Там же постепенно созрела мысль вместо тракториста избрать дело врача. И с отличием окончив рабфак, стала полноправной студенткой-медичкой. В годы учёбы в вузе с той же энергией посвящала себя общественной работе, избиралась секретарём комитета комсомола института.

Свою врачебную жизнь с «красным» дипломом Ковригина начала в одной из челябинских больниц. Но довелось ей там работать недолго. Марию Дмитриевну переводят в Челябинский обком ВКП(б). Потом началась война, и она настойчиво стала проситься на фронт. Но её не отпустили. Вместо этого назначили заместителем председателя Челябинского облисполкома.

### Феерическая карьера

Новая должность Ковригиной была под стать армейской. Приходилось открывать и налаживать работу госпиталей, устраивать жизнь эвакуированных детей, в том числе вывезенных из блокадного Ленинграда, решать множество социальных проблем. И не успела она во всё это погрузиться, как неожиданно из Москвы поступила телеграмма: «Решением

правительства вы назначены заместителем наркома здравоохранения СССР. Немедленно выезжайте».

Начался новый этап её жизни. Тогдашний нарком здравоохранения Г.Митерев поручил Ковригину курировать здоровье женщин и детей. Мария, как всегда, вся

нелегко далось Марии Дмитриевне в те непростые послевоенные годы увеличение отпуска беременным женщинам с 27 до 112 дней, как добивалась она материальной поддержки многодетным и одиноким матерям. Кстати, по её инициативе был подписан Указ о звании «Мать-героиня».

её обязанностей, проявляла редкую напористость и бескомпромиссность. Постоянно теребила руководителей промышленных ведомств, добиваясь от них выполнения планов строительства лечебных и детских учреждений. По её настоянию впервые в Минздраве начали изучать влияние

Руководила она институтом 27 лет. До ухода на пенсию. И оставила о себе самые добрые воспоминания. Широту её натуры, её доброжелательность вспоминали многие сотрудники института. Профессор Г.Авандилов отмечал скромность и бескорыстие Ковригиной, её чуткое отношение к

### Имена и судьбы

# Неудобный министр

## Оставивший после себя самую добрую память



М.Ковригина у себя на даче

была в работе. Открывала дома ребёнка, детские ясли, женские и детские консультации. Во всех районах страны ввела должности районных педиатров. В Политбюро ЦК КПСС не могли нарадоваться работой нового заместителя министра.

Спустя несколько лет Ковригину выдвигают на должность наркома здравоохранения РСФСР. А ещё через несколько лет в 1954 г. назначают министром здравоохранения всей страны (к тому времени наркоматы уже были переименованы в министерства). На этом посту она проработала более 5 лет.

Ветеран Минздрава СССР педиатр Л.Скорнякова вспоминает, как

Размах деятельности нового министра был поистине широк. Чего стоила одна развернувшаяся в стране борьба с туберкулёзом. Больных впервые стали лечить в специализированных диспансерах. Это Ковригина добилась для них права на отдельную жилплощадь. А старожилы НИИ биомедицинской химии им. В.М.Ореховича ещё помнят, как доставала она прибор для исследований меченых атомов, по цене недоступный для министерства.

### Невзирая на авторитеты

Ковригина была весьма неудобным министром. Когда дело касалось непосредственного круга

экологии на здоровье человека. И Ковригина пользовалась любой возможностью заставить тех же руководителей промышленных ведомств заниматься очистными сооружениями и не допускать слива отходов в водоёмы.

Если поначалу энергичность и предприимчивость молодого министра находила всяческое одобрение в верхах, то постепенно она стала там же раздражать людей. «Вечно она со своими требованиями», – ворчали они. Скандал разразился уже тогда, когда на одном из заседаний Политбюро ЦК КПСС, Мария Дмитриевна доложила о влиянии ядерных взрывов на здоровье людей в районах близлежащих к этим испытаниям. Мало того, она ещё посмела резко отозваться о загрязнении курорта Сочи коммунальными сбросами. И с явным неодобрением участники этого совещания высказались о нелестном отношении Ковригиной к 4-му Главному управлению при Минздраве. Она, видите ли, невзирая на вышестоящие авторитеты, подчёркивала непомерную раздутость штатов этого подразделения, недопустимость преимуществ в оказании медицинской помощи «начальству» по сравнению с остальным населением Союза.

Но окончательный приговор Ковригина подписала себе, когда на сессии Верховного Совета СССР огласила цифры распространённости туберкулёза в стране. В высших партийных инстанциях завели на неё персональное дело, обвинили в демагогии, лишили доступа к официальной статистике. Эту нелепость Мария Дмитриевна сама не стерпела: как может министр здравоохранения работать, не располагая официальными данными даже детской смертности! Впрочем, судьба Ковригиной, так или иначе, была уже решена. Хрущёв был рад избавиться от неудобного министра. Марию Дмитриевну перевели на более «лёгкую» работу – назначили директором Центрального института усовершенствования врачей (ЦИУ).

### После солидного кресла

Человек рассудительный, Ковригина трезво отнеслась к своей отставке и вполне спокойно восприняла начало нового этапа жизни.

людей, независимо кто он – профессор или вахтёр.

В годы своего директорства Мария Дмитриевна многое предприняла и в деле совершенствования системы повышения квалификации врачей. Возросло число выездных циклов. Открылась дорога развитию прогрессивных направлений медико-биологических наук, в частности, генетике, медицинской кибернетике. При Ковригиной укрепились международные связи института.

А сама она жила предельно скромно. Ещё в начале своей московской жизни, ей выделили комнату в хорошо известном по роману Трифонова «Доме на набережной». И Мария Дмитриевна наконец смогла забрать к себе дочь Татьяну (Татьяна Дмитриевна впоследствии стала художницей). Как и большинство жильцов этого дома, Ковригина каждую ночь с трепетом ожидала, что воронок приедет за ней. Обошлось. Тем временем узнав о гибели в Литве своего брата и его жены, она разыскала их дочь Светлану, взяла её к себе и удочерила (Светлана многие годы свои отдала работе в Российской государственной библиотеке).

Уже будучи на пенсии, Ковригина собрала все свои публичные выступления и публикации (в том числе и те, которые так раздражали Хрущёва и его приближённых) по совершенствованию здравоохранения в стране (к слову, она всегда писала их сама и в основном по ночам) и на свои скромные средства издала сборник «В неоплатном долгу».

За свою долгую трудовую жизнь Мария Ковригина удостоилась многих орденов и медалей. Во время Великой Отечественной войны была награждена тремя орденами Трудового Красного Знамени. Правительство Польской Народной Республики в те же годы за заботу о польских детях наградило её орденом «Возрождение Польши». Большая часть правительственных наград была присуждена ей в годы работы в ЦИУ и ни одной за период деятельности в руководящих органах здравоохранения страны...

Марина МЕЛКОНЯН, внешт. корр. «МГ».

### Далёкое – близкое

На здании стационара Йошкар-Олинской городской детской больницы появилась мемориальная доска в память о заслуженном враче Республики Марий Эл и Российской Федерации, отличнике здравоохранения, почётном гражданине города Лелии Соколовой.

55 лет Лелия Ивановна посвятила педиатрии, из них 36 лет руководила детской больницей, объединяющей целую сеть учреждений детского здравоохранения. Прямота, настойчивость, чест-

# Сохраним в своём сердце

ность, неравнодушие, высокий профессионализм и бесконечная любовь к детям – эти лучшие качества Лелии Ивановны позволили ей во все времена соответствовать духу времени, достойно преодолевать все трудности, удивляя и восхищая молодых коллег. Это был образец настоящего руководителя, бесстрашно и настойчиво отстаив-

вавшего интересы дела, которому она служила. Это пример настоящего доктора, самоотверженно борющегося за здоровье и жизнь каждого пациента.

Л.Соколова обладала прекрасными качествами: была благодарным человеком, не помнящим зла, всегда отмечала в людях всё, что есть в них хорошего. Деликатная,

мудрая, понимающая, никогда не отказывающая в помощи...

Такой её знали коллеги и друзья, поделившиеся воспоминаниями на открытии мемориальной доски в юбилейный для Лелии Ивановны день рождения.

Те, с кем доктор Соколова проработала рядом много лет, в память о ней выпустили фотоальбом, в

котором – вся её долгая красивая жизнь. Рядом с альбомом, занявшим место в актовом зале больницы, – различные награды. Но главная награда этому неординарному человеку – светлая память в сердцах всех, кого свела судьба с талантливым руководителем, профессионалом, влюблённым в своё дело и просто добрым человеком.

Ольга БИРЮЧЁВА, внешт. корр. «МГ».

Республика Марий Эл.

## Колодец

В холодном сумраке колец  
Колодец чистит мой отец:  
Песок... вода... песок... вода,  
Как тяжесть вечного труда.

Над непривычной пустотой  
Я вверх тяну песок с водой  
По полведра, да вот беда –  
Слабеют руки иногда.

Я вижу: словно светлый луч,  
Пробился новый чистый ключ...  
Песок... вода... Так без конца  
На дне, у пятого кольца...

А между тем растёт быстрее  
Песочница для сыновей  
В том мире, где в свой точный срок  
Из капли жизнь течёт в песок.

## За буйки!

Вода за буйками теплее и чище  
И солнце красивей блестит над волной.  
Вот так же и в жизни чего-то мы ищем,  
А надо б – за грань,  
да с открытой спиной:

Не знать от судьбы ни ударов,  
ни шторма,  
Не прятаться в тень, уходя от врага,  
Хоть раз ощутить, что «не так» –  
это норма  
И знать, что вернёшься к родным  
берегам!

Дышать бы свободней!  
Смеяться бы громче!  
И в мире земном не казаться чужой!  
Как хочется выбрать пути покороче,  
А надо б – за грань,  
да с открытой душой!

## По серпантину

Здесь нет светофоров,  
охраны и штрафов.  
Пылится, дождями не тронутый, зной.  
Отвесные скалы, как морды жирафов,  
Торчат за прогретою солнцем горой.

Манящее море то слева, то справа,  
Мурашки по коже от встречных машин...  
И кажется, видишь следы Минотавра,  
Ведущие к тайнам туманных вершин.

То слева, то справа обрывы и скалы,  
И веет в окно можжевеловый дух.  
А мы приключений таких не искали –  
И чувства тайком прорываются вдруг!

И вновь повороты, подъёмы и спуски,  
Густой изумруд виноградных долин...  
Мы едем с детьми не спеша  
и по-русски,  
Любуясь величием южных картин.

Взбираются сумерки в горы отважно.  
Меня не пугает уже высота...  
Ты спросишь: «Не страшно?»  
Подумаю: «Страшно!»  
А вслух не признаюсь, скажу: «Красота!»

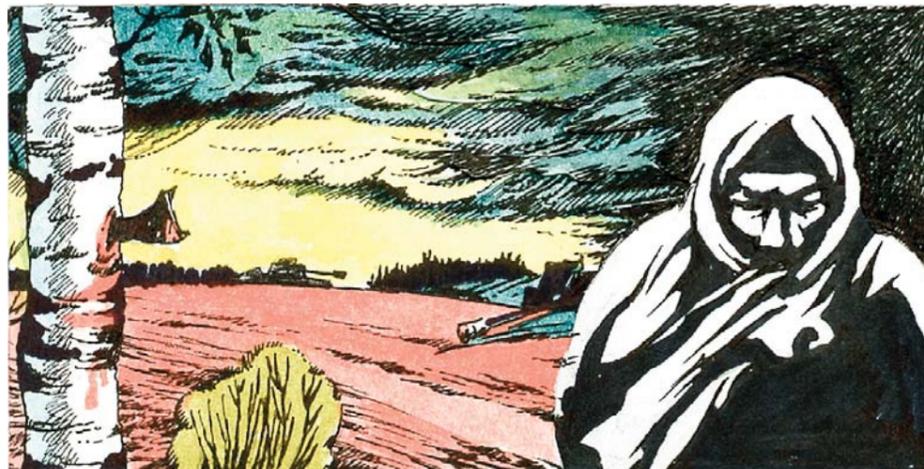
## Капля

Внезапный дождь оставил нам следы –  
На чистых листьях капельки воды.  
(Жаль, что сломался фотоаппарат).  
На солнце листья, кажется, горят!

## На литературный конкурс

## К тайнам туманных вершин

Наталья МИШИНА



Дыханье неба, яркий блеск звезды,  
Земная пыль, молекулы воды –  
Вот четырёх стихий секундный дом –  
Живей и постоянной не найдём!

Дрожит хрустально, вечно и проста,  
И держится на краешке листа  
Шалунья-капля в золоте лучей,  
Чтоб превратиться в пар во тьме ночей.

Смотри: а в ней видны и ты, и я,  
А может быть, и эта жизнь моя?!  
Чужих морей потерянный причал,  
Начало и конец земных начал?!

## О том, что шуршит

Со школьных лет мы знаем, что шуршит:  
Листы и листья, деньги, платая, мыши  
И на болоте старом камыши...  
Да всё шуршит! –

Послушай и услышишь!  
Шуршат в пакете нити макарон,  
Готовых в кипятке нырнуть без боли.  
Подожвами шуршит седой перрон,  
Не знающий другой и лучшей доли.

Шуршит душа сухого стебелька,  
От ветра не успевшего согнуться...  
Да жизнь сама листком черновика  
Вдруг прошуршит –  
не сможем оглянуться.

## Назвать по имени

Просишь вновь назвать тебя по имени,  
Балуя меня в который раз,  
Обнимая мягко, будто крыльями,  
Улыбаясь лучиками глаз!

Растворясь в приятной неизбежности,  
Забываю боль былых тревог.  
Сколько же в тебе любви и нежности,  
Словно для меня всю жизнь берёг!

Имя – вслух, а мысленно лишь отчество  
Повторяя, вся дышу тобой!  
Кажется, сбывается пророчество,  
То, что называла я мечтой.

## В тоске собачьей

Скучает в будке Джек, трёхлетний пёс,  
Пережидая времена тугие:

Его хозяйка лечится всерьёз –  
В палате интенсивной терапии.

Набухли веки плачущих небес,  
Декабрьский дождь устраивает пытки.  
В тоске собачьей пёсик ждёт чудес,  
Шаги услышав около калитки.

Нельзя, чтоб рано обрывалась жизнь.  
Всем тяжко в аномалии погодной.  
Вернись домой, хозяйюшка, вернись!  
Тебя ведь ждёт не только пёс голодный.

## Четверть века

Четверть века – ни много, ни мало,  
Время есть, чтоб любить и решать,  
То ли что-то начать нам с начала,  
То ли дальше идти и бежать...  
Спотыкаясь о камни и прутья,  
Видя цель, но не зная причин,  
Мы проходим пути-перепутья  
Лишь по собственной карте морщин.  
И однажды, почуяв усталость,  
Глядя в зеркало, с грустью поймём,  
Что местами давно поменялись  
Цифры в возрасте светлом своём...

## Микроб любви

Микроб любви опасней всех микробов,  
И от него лекарства не найти.  
И в летнюю жару, и среди сугробов  
Настигнет – и объявит карантин.  
Не спрячешься, не выкинешь,  
не смоешь...  
Найдёт на печке или во дворце.  
И маской от народа не закроешь:  
Микроб любви заметен на лице  
По блеску глаз, по вздохам, по улыбкам,  
По крылышкам, что лёгкость придают.

**ОБ АВТОРЕ.** Наталья Мишина родилась в Брянске. Логопед высшей категории, работает в Брянском городском центре психолого-медико-социального сопровождения для детей и подростков. Поэт, переводчик, член Союза писателей России.

Стихи Н.Мишиной публиковались в коллективных сборниках. Её поэзия посвящена природе, родине, любви, людям, истории, философским размышлениям о жизни. Доброта и равнодушие – лейтмотив многих её произведений. На стихи Н.Мишиной написаны песни.

Отмечена благодарностью секретариата Международного союза писателей и мастеров искусств за активную работу, направленную на развитие братских связей между литераторами России, Украины и Белоруссии.

Микроб любви – как золотая рыбка,  
Желаньями наполнившая пруд.  
А если нет взаимности и счастья,  
Тогда беда, поистине беда!  
Микробы, расплодясь, дерут на части  
Всю душу, до кипенья доведя.  
И жар любви не снимешь анальгином.  
Лишь только рифмы грустно  
станут в ряд.  
Микроб любви, так будь всегда  
взаимным  
И радостью пускай глаза горят!

## Последняя надежда

Смуглой, худощавою рукою  
Бабушка поправила платочек.  
«Нет давно мне счастья и покоя:  
Где же ты, мой старшенький сыночек?!

Нет у нас войны уже лет тридцать,  
Нет ни похоронки, ни известий...  
Был бы жив, сумел бы возвратиться...  
Знаешь, где живём, – на том же месте.

Прихожу к седому обелиску,  
Плача над чужими именами.  
Чувствую, сынок, ты где-то близко:  
В облачке, растаявшем над нами...

Приберу, пока хватает силы,  
Помолюсь с надеждою отныне:  
Может быть, и за твоей могилой  
Кто-нибудь присмотрит на чужбине».

## Сон

Памяти военного лётчика  
М.Артюхова

Здравствуй, дед! Вернулся ты живой!  
Мы тебя искали, вспоминали...  
Ты ещё красивый, молодой,  
На груди и орден, и медали.

Где же был и где летал, ответь,  
По Алсибу или над Берлином?  
Часто ли встречал злодейку-смерть  
На пути заоблачном и длинном?

Нет войны давно и нет в живых  
Тех, кто ждал солдат и не дождался,  
Тех, кто в роковых сороковых  
Навсегда с Победою остался.

Дедушка, ну что ты всё молчишь?  
Расскажи, судьбу свою поведай!..  
Сон ушёл, как дым, в ночную тишь  
Вместе с горьким запахом победы...

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: В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА,  
В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря),  
А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ,  
А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора, редактор сайта),  
Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора –  
ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.  
Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.  
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.  
Адрес редакции, издателя: ул. Гиляровского, 68, 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 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,  
БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М»  
143405 Московская область  
Красногорский район, г. Красногорск,  
автодорога «Балтия», 23 км,  
владение 1, дом 1.  
Заказ № 18-02-00265  
Тираж 18 895 экз.  
Распространяется  
по подписке  
в Российской Федерации  
и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

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

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