

В центре внимания

## Прививки зовут

Они помогут защитить детей от сезонной заболеваемости



Министерство здравоохранения РФ не рассматривает вопрос о введении санкций для родителей, которые в отсутствие медицинских оснований отказываются от вакцинации своих детей, подобные меры на ближайшее время не планируются.

«На мой взгляд, любые запретительные меры всегда уступают мерам разъяснительным, доброй воле и по своей силе воздействия, и по значимости, – сказала, объясняя эту позицию Минздрава, его глава Вероника Скворцова. – Поэтому наша задача – найти общий язык с разными социальными группами населения и просто пояснить значимость вакцинации, иммунопрофилактики».

Ранее со ссылкой на заявление министра, прозвучавшее в эфире одного из центральных телеканалов, сообщили о том, что Минздрав России рассматривает различные варианты

На прививку становись!

материального воздействия на семьи «отказников». Однако, как пояснила В.Скворцова, её слова относились к санкциям, которые применяются к антипрививочникам за рубежом.

«Мы пытаемся договориться с ФСС, чтобы какие-то механизмы, в том числе и материальные, включались. Скажем, если ребёнок заболевает по вашей вине, вы отказались от его вакцинации, может быть, имеет смысл, чтобы больничный лист вам оплачивался не так, как всем остальным», – сказала тогда В.Скворцова. Это мнение поддержали позднее и в фонде, сообщив, что он «готов к проработке совместно с Минздравом и Минтрудом России вопроса снижения размера пособий по временной нетрудоспособности в случаях отказа от проведения профилактических прививок без медицинских противопоказаний».

Сейчас В.Скворцова отметила, что наиболее сложной задачей в настоящее время является доведение до населения информации о необходимости вакцинопрофилактики привычных, не вызывающих страха заражения инфекций. В случае опасных или редких завозных заболеваний сомнений в необходимости вакцинации, как правило, не возникает, полагает министр.

«Вопрос о том, чтобы принудительно заставлять родителей делать прививки, не стоит, и такой вопрос в Минздраве даже не рассматривается», – сказал заместитель главы Минздрава России Сергей Краевой. Он также подтвердил, что СМИ неправильно поняли слова В.Скворцовой.

Константин БЕЗНЕГ.  
МИА Сити!



Пётр ГЛЫБОЧКО,  
ректор Первого МГМУ  
им. И.М.Сеченова, академик РАН:

В настоящий момент Сеченовский университет развивает медицину будущего, основываясь на прочном академическом фундаменте.

Стр. 4

Елена ВАСИЛЬЕВА,  
главный кардиолог Департамента  
здравоохранения Москвы, профессор:

В столице заработает автоматическая система выявления и учёта больных с мерцательной аритмией, контроля за проводимой им терапией.

Стр. 5



Геннадий ОНИЩЕНКО,  
первый заместитель председателя  
Комитета Госдумы РФ по образованию  
и науке, академик РАН:

Госсанэпиднадзор будет развивать новый технологический уклад, при котором главной тенденцией станет стимулирование такого научного направления современной биологии, как синтетическая.

Стр. 12-13



Тенденции

## Новый инструмент планирования

В государственных больницах Кузбасса началось внедрение новой системы мониторинга закупок. С её презентации перед представителями медицинской общественности и СМИ выступил заместитель губернатора Кемеровской области по вопросам здравоохранения Валерий Цой.

С помощью новой системы организаторы регионального здравоохранения планируют навести порядок в учёте закупок, сделать прозрачными цену и движение абсолютно всех товаров, закупаемых больницами: лекарств, оборудования, продуктов питания... В итоге это позволит свести к нулю необоснованные расходы. (Известны случаи, когда медучреждения приобретают медикаменты, запасы которых и без того велики, а потом на большие суммы списывают «просрочку»). В перспективе мониторинг позволит увязать отпуск всех товаров со складов больниц с расходами на конкретных пациентов. А также сформировать в государственной медицине Кузбасса единую учётную политику и перейти на онлайн-бухгалтерию.

В.Цой напомнил, что система учёта, которая действует в больницах сегодня, была создана 70 лет назад. В «гроссбухах» указывается склад, стеллаж, номер ячейки, товар, имеющий до 10-12 вариантов названия. Как понять, что именно за-

купили больницы и по какой цене? Каков ежедневный расход и размер остатков на конкретную дату?..

Чтобы привести «вводные данные» к единому знаменателю, была сформирована рабочая группа под руководством директора Кемеровского областного медицинского информационно-аналитического центра Дмитрия Беглова. Специалисты составили подробный справочник-номенклатур. Все закупаемые в Кузбассе лекарства и изделия медицинского назначения вошли сюда под теми наименованиями, которые внесены в реестр Росздравнадзора. Отныне именно их должны будут использовать бухгалтеры государственных больниц при заполнении учётно-отчётной документации. Параллельно Кемеровский областной медицинский информационно-аналитический центр разработал программу мониторинга, позволяющую контролировать ситуацию в режиме онлайн.

«Перед бухгалтерами стоит задача «переформатироваться», то есть отказаться от учёта, который «был всегда», и начать работать в новой системе, чётко выполняя все инструкции, – подчеркнул В.Цой. – Для главных врачей мониторинг должен стать инструментом, позволяющим планировать хозяйственную деятельность и эффективно управлять больницей».

Валентина АКИМОВА,  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Проекты

## Мобильные мини-клиники

В Ульяновской области реализуется проект «Выездная поликлиника», направленный на повышение доступности качественной, разнопрофильной медпомощи для жителей отдалённых и малонаселённых пунктов региона.

Мини-клиники оснащены необходимой медицинской техникой. Специалисты осуществляют забор крови, проводят ЭКГ- и УЗИ-диагностику.

В этом году сформировано 28 выездных бригад, в состав каждой входят терапевт и две медсестры. С начала года врачи выездных мини-клиник осмотрели более 48 тыс. сельских жителей. При этом 5,4 тыс. из них проживают в малонаселённых пунктах.

«В рамках работы «выездных поликлиник» медицинские специалисты проводят обследования, информируют о факторах риска раз-

вития болезней, обучают алгоритмам оказания первой помощи. Потенциал этих поликлиник будет использоваться и в дальнейшей работе для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи», – отметил главный врач областного центра медицинской профилактики Павел Смирнов.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

## Новости

## Открыто офтальмологическое отделение

В Астрахани на базе городской клинической больницы № 3 им. С.М.Кирова открылся офтальмологический стационар. Здесь смогут получить необходимое лечение все жители Астраханской области, кому это необходимо. Первые микрохирургические операции прошли успешно.

Новое отделение разгрузит работу офтальмологических подразделений Александро-Мариинской областной клинической больницы и городской клинической больницы № 2 им. братьев Губиных и сделает более доступной офтальмологическую помощь в рамках системы ОМС.

Отделение оснащено современным медицинским оборудованием, позволяющим диагностировать и проводить как консервативное, так и оперативное лечение при самых различных заболеваниях органов зрения.

«Мы начали проводить операции пациентам с катарактой, глаукомой, заболеваниями век, – рассказал заведующий отделением врач высшей категории Амангали Исаков. – Всё хирургическое оборудование новейшее: факэмульсификатор, офтальмологический микроскоп, лазерный коагулятор».

Современное оборудование позволяет специалистам своевременно, точно диагностировать заболевания и немедленно начать лечение.

Палаты в новом отделении комфортные, оснащены системами климат-контроля.

Александра ЖВАЧКИНА.

Астраханская область.

## Центр принимает первых пациентов

В Няганской окружной больнице Ханты-Мансийского автономного округа – Югры начал работать центр по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения.

Здесь организовано круглосуточное консультирование специалистов медицинских организаций по вопросам ведения пациентов с данной патологией, в том числе с целью своевременного перевода пациентов на лечение в специализированное подразделение.

Центр обеспечен специалистами – здесь работают 5 неврологов – и необходимым диагностическим оборудованием. В палатах установлены мониторы наблюдения за состоянием больных, функциональные койки. Организован отдельный сестринский пост. «Чем раньше пациенту оказана помощь, тем больше возможностей у специалистов успешно провести необходимое лечение. Как показывает практика тромболитической терапии, если помощь человеку, перенёвшему инсульт, оказывается в течение первых 4 часов, то он оправляется от последствий гораздо быстрее и успешнее», – напоминает заведующая неврологическим отделением Няганской больницы Надежда Кубрякова.

На данный момент специалисты центра оказали помощь уже более чем 130 пациентам, 20 из которых доставили в учреждение санавиацией из других муниципалитетов Югры.

В январе 2018 г. в няганском центре намерены внедрить метод высокотехнологичных операций – удаление тромбов из мозговых артерий.

Алёна ЖУКОВА.

Нягань.

## Тестирование – круглосуточно

В масштабном мероприятии по тестированию на ВИЧ-инфекцию, организованном Минздравом России, в Челябинске проверили своё здоровье в общей сложности более 2 тыс. человек. В поезде, направляющемся из Челябинска в Оренбург, экспресс-тест прошли 20 пассажиров.

Челябинск оказался единственным городом, где экспресс-тестирование на ВИЧ проходило круглосуточно; в день открытия и закрытия акции одновременно работали два мобильных пункта диагностики.

Помимо возможности проверить своё здоровье в здании железнодорожного вокзала, добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ-инфекцию в рамках акции прошли более 700 сотрудников ряда трудовых коллективов.

Также узнать свой ВИЧ-статус смогли участники и гости Всероссийского семинара-совещания по системам взаимодействия органов студенческого самоуправления и администраций вузов из 28 регионов России и Казахстана. Экспресс-тестирование для них организовал областной Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями в Челябинском государственном университете. В этот день проверили своё здоровье более 150 человек.

Челябинск – девятнадцатый город, принявший участие в акции. До столицы Южного Урала больше всего внимания к акции проявили в Нижневартовске: там узнали свой ВИЧ-статус 1645 человек и в Иркутске – 1466 человек. Сейчас Челябинск является российским лидером по активности прохождения тестирования на ВИЧ-инфекцию.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

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

## События

## Береги своих гениев, Родина!

Когда во многих странах происходит разрушение мемориалов, у нас они создаются



Выступает В.Скворцова

В Москве на территории Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» открыли монумент основателю «страны МНТКовии» академику Святославу Фёдорову, которому в нынешнем году исполнилось бы 90 лет.

Вряд ли можно назвать имя хотя бы ещё одного советского-российского врача и учёного, памятники которому стояли бы в 11 городах страны. Но, как говорили на торжественной церемонии коллеги и друзья Святослава Николаевича, благодарности много не бывает, а в отношении такого неординарного человека, каким был академик С.Фёдоров, – тем более.

– Никому из учёных и организаторов здравоохранения не удавалось за столь короткий срок сделать так много, сколько сделал С.Фёдоров. Главное, на мой взгляд, – это разработанная и реализованная им на практике философия новаторства в медицине, а также воспитанная С.Фёдоровым плеяда блестящих учеников и последователей. Сейчас, когда во многих странах происходит разрушение мемориалов, у нас в стране они создаются, сохраняя память о тех, кому мы обязаны своими успехами, кто вывел российскую офтальмологию на уровень мирового лидерства, – подчеркнул генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, доктор медицинских наук, профессор Александр Чухраёв.

Приехавшая на церемонию министр здравоохранения РФ член-корреспондент РАН Вероника Скворцова поблагодарила руководство и коллектив МНТК за то, что сумели сберечь и приумножить созданное академиком С.Фёдоровым.

– Совсем недавно, 8 августа, в день рождения С.Фёдорова, отмечался Всемирный день офтальмологии, который был учреждён в честь великого российского врача. Святослав Николаевич на многие десятилетия опередил обычный ход истории, став основоположником многих новых направлений в офтальмологии. Достаточно сказать, что весь мир сегодня использует технологии рефракционных операций, которые разработаны С.Фёдоровым. С его именем связано развитие кератопротезирования, использование лазерных технологий в офтальмологии. Он был автором более 500 запатентованных изобретений! С.Фёдоров создал настоящую офтальмологическую империю в Российской Федерации, и я очень рада, что на сегодняшний день МНТК им. С.Н.Фёдорова является головным, национальным центром офтальмологии и задаёт правильный тон развитию этой важнейшей отрасли медицины на всей территории нашей страны, – отметила В.Скворцова.

Профессор Альбина Ивашина, соратница С.Фёдорова, долгие годы проработавшая заместителем генерального директора МНТК по лечебной работе, едва сдерживала

слёзы, говоря о человеке, бросившем вызов времени и стандартам:

– Пятьдесят лет назад, в 1967 г., С.Фёдоров, ещё не академик и даже не доктор наук, с десантом нескольких молодых врачей высадился на московской земле. Он внедрился, как танк, в столичную офтальмологическую среду, не согласную с его идеями имплантации искусственного хрусталика, исправления близорукости, удаления стекловидного тела и хирургии глаукомы. Самые смелые, фантастические, невероятные идеи были ему по плечу. Операционные автобус, корабль, самолёт, новая экономическая модель работы клиники – это всё осуществлённые фёдоровские мечты. Он создал команду единомышленников, и не только врачей, но и инженеров, техников, лазерщиков, химиков. Даже заводы, в те годы производившие атомное оружие, выпускали для нас приборы и инструменты. С.Фёдоров заложил основы современной высокотехнологичной офтальмологии, которая даёт возможность не доводить человека до потери зрения бесполезными визитами к врачу и бесконечными закапываниями.

Считал ли сам доктор Фёдоров себя великим, заслуживающим почестей и памятников? На этот вопрос корреспондента «МГ» директор Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», доктор медицинских наук, профессор Андрей Щуко ответил так: «При всей своей известности Святослав Николаевич не был человеком, который мечтал о том, чтобы его возвеличили. Это не ему нужно – это нужно нам, тем, кто помнит, уважает и благодарит академика С.Фёдорова. Он не думал о славе, он был слишком увлечён своими идеями развития офтальмологии, а в последние годы жизни ещё и политикой. Святослав Николаевич считал, что если можно в отдельном «государстве МНТКовии» построить систему, при которой всё исправно работает и все довольны результатами этой работы – и врачи, и пациенты, то почему бы не перенести данную модель на всю страну? Собственно, это стремление и подтолкнуло его идти сначала в депутаты, а затем баллотироваться в Президенты России. Правда, буквально за месяц до гибели в разговоре со мной он признался, что понимает утопичность своих политических планов, а за то время, которое он отдал политике, можно было бы ещё многое сделать внутри МНТК, в российской офтальмологии вообще и в медицинской науке. Его всерьёз тревожила мысль о том, что станет с МНТК после его ухода, выстоит ли комплекс. Но в том-то и заслуга С.Фёдорова, что он создал жизнеспособную научно-клиническую структуру, которая не просто сохранилась, а развивается».

Поэт Илья Резник посвятил С.Фёдорову стихотворение, в котором есть такие строки: «Береги своих гениев, Родина, и они твою честь сберегут». Достанет ли у Родины мудрости беречь и поддерживать тех гениев, кто, подобно академику С.Фёдорову, сегодня пытается опередить время в других областях отечественной медицины и науки?

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Даты

# Международный день борьбы с тромбозами

Международное общество тромбоза и гемостаза (МОТГ) (International Society on Thrombosis and Hemostasis – ISTH) объявило Международным днём борьбы с тромбозами 13-е октября – день рождения великого немецкого учёного Рудольфа Вирхова, внёсшего огромный вклад в понимание механизмов данного феномена и его значения для человечества.

К этой дате приурочен XXI конгресс Всероссийской ассоциации по изучению тромбозов, геморрагий и патологии сосудов им. А.А.Шмидта – Б.А.Кудряшова, который состоится в Военно-медицинской академии им С.М.Кирова в Санкт-Петербурге. Конгрессу предшествует международная школа, посвящённая тромбозам и кровоточивости, проводимая под эгидой МОТГ. Наряду с ведущими специалистами нашей страны на конгрессе выступят мировые лидеры изучения патологии свёртывания крови.

Тромбоз является наиболее частой причиной трёх основных сердечно-сосудистых заболеваний: ишемической болезни сердца, ишемического инсульта и венозного тромбоза. См. стр. 10.

Тромбоз является наиболее частой причиной трёх основных сердечно-сосудистых заболева-

ний: ишемической болезни сердца, ишемического инсульта и венозного тромбоза. См. стр. 10.

Наша ассоциация направила письмо на имя Президента России В.Путина в надежде обратить его внимание на вопрос тромбозов.

**Игорь БОКАРЕВ,**  
президент Российской ассоциации тромбозов, геморрагий и патологии сосудов им. А.А.Шмидта – Б.А.Кудряшова, профессор.

Акции

# Давайте жить сердцем...

Акции, приуроченные ко Всемирному дню сердца и посвящённые профилактике и диагностике сердечно-сосудистых заболеваний, прошли в Москве. Специалисты по профилактической медицине, кардиологи и терапевты провели обследование, ответили на многочисленные вопросы жителей столицы.

Всемирный день сердца учреждён по инициативе Всемирной федерации сердца при поддержке Всемирной организации здравоохранения, ЮНЕСКО и других международных организаций и впервые под девизом «Сердце для жизни» прошёл в 1999 г. Сначала он отмечался в последнее воскресенье сентября, а с 2011 г. его датой считается 29 сентября.

В нашей стране Всемирный день сердца открывает Российскую национальную неделю здорового сердца, призванную привлечь внимание медицинских работников и населения к вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В рамках акции проходят медицинские обследования населения, научные конференции и семинары, «круглые столы» и показы тематических фильмов. Проводятся спортивные состязания, забеги и открытые тренировки для всех желающих.

В этом году Департамент здравоохранения Москвы организовал в поликлиниках, больницах и центрах здоровья города масштабную программу приуроченных ко Всемирному дню сердца мероприятий. Это – акция «Узнай уровень своего артериального давления», дни открытых дверей, где люди узнают об опасности повышенного АД, рисках гипертонии, ранней диагностике сердечно-сосудистых заболеваний и методах их профилактики, значимости своевременной диспансеризации, профилактических осмотров и обследований, а также занятия по профилактике гипертонии, углублённые обследования у кардиологов и др.

Так, врачи центра атеротромбоза городской клинической больницы № 23 им. И.В.Давыдовского провели углублённое обследование и проконсультировали пациентов. Для детей прошло мероприятие «Сердце для жизни!», где им предложили измерить артериальное давление, частоту сердечных сокращений и уровень сахара в крови, определить уровень насыщения крови кислородом, сделать антропометрию с определением индекса массы тела и электрокардиографию покоя, а также проконсультироваться у детского кардиолога.

Ещё накануне Всемирного дня сердца в конференц-зале

городской клинической больницы им. В.В.Виноградова обсудили тему «Лечение сердечной недостаточности в ГКБ им. В.В.Виноградова». Лекции прошли в городской клинической больнице № 15 им. О.М.Филатова, где слушатели узнали о профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и здоровом питании, обследовались у кардиологов, сделали электрокардиограмму и эхокардиографию сердца.

На четырёх площадках города по случаю Всемирного дня сердца в столице прошла информационно-диагностическая акция «Здоровье под присмотром». Жители и гости столицы могли бесплатно, не дожидаясь приглашения на очередной профосмотр в поликлинике по месту жительства, пройти здесь скрининг своего здоровья на наличие факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний.

Также состоялся забег «Здоровые сердца». Каждый зарегистрированный участник мог пройти предстартовое обследование сердечно-сосудистой системы в мобильном диагностическом комплексе и задать свои вопросы профессиональным кардиологам Бакулевского центра сердечно-сосудистой хирургии.

**Анастасия ЩЕГЛОВА,**  
внешт. корр. «МГ».

Инициатива

# Горячая линия по гриппу

В преддверии эпидемического сезона по гриппу Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека запустила Всероссийскую горячую линию по профилактике этого инфекционного заболевания и ОРВИ. Специалисты управлений Роспотребнадзора по субъектам РФ по телефонам и в консультационных пунктах проинформируют всех желающих по этим вопросам.

Пока, по информации Европейского регионального бюро ВОЗ, во всех странах региона эпидемическая активность гриппа остаётся на низких уровнях, отмечается спорадическое выявление виру-

сов. В Российской Федерации заболеваемость гриппом и ОРВИ также низкая, связана с вирусами негриппозной этиологии.

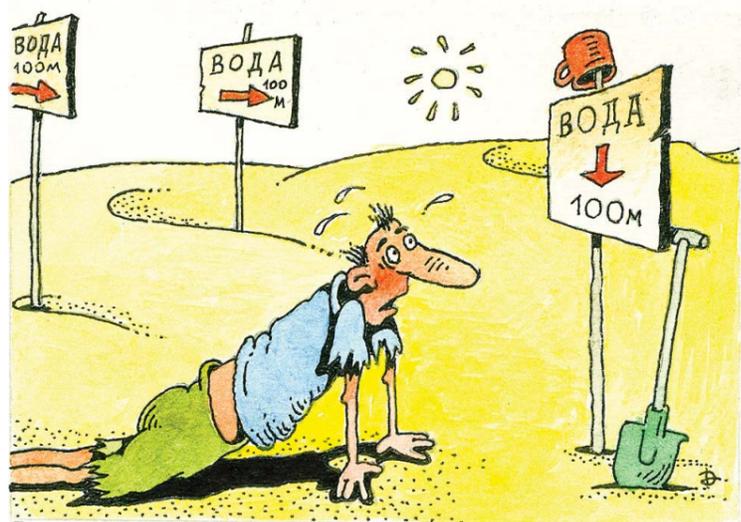
Роспотребнадзор продолжает мониторинг за иммунизацией населения против гриппа. А в ходе горячей линии специалисты службы расскажут, где можно сделать прививку, как правильно подготовиться к вакцинации. Она должна проводиться за 2-3 недели до начала роста заболеваемости, делать прививку можно только в медицинском учреждении специально обученным медицинским персоналом, при этом перед вакцинацией обязателен осмотр врача.

**Иван ВЕТЛУТИН.**

**МИА Сито!**

Однако

# Нарушены все пункты



Одна из фармацевтических компаний, входящая в десятку ведущих производителей лекарств в России, нарушила Закон о рекламе в роликах лекарственных препаратов.

Как сообщили в Федеральной антимонопольной службе, заместитель руководителя ФАС России Андрей Кашеваров провёл открытые заседания комиссии по рассмотрению дел, возбуждённых по признакам нарушений Федерального закона «О рекламе» при рекламировании лекарственных препаратов. Антимонопольное ведомство признало нарушения по всем пунктам дел и выдало компании предписание по их устранению.

В рекламных роликах одно-

го из лекарств производитель гарантировал его положительное действие и эффективность в устранении спазмов. Ролик также сообщал, что препарат начинает работать через 12 минут после приёма. Таким образом, компания нарушила пункт 8 ч. 1 ст. 24 и ч. 6 ст. 24 Федерального закона «О рекламе». «Совокупность образов и ощущений данной рекламы рождает противоречие соответствующей норме закона, вводя потребителей в заблуждение», – заметил А.Кашеваров. Председатель комиссии призвал фармпроизводителей «бережней относиться к своей рекламе, иначе её может вообще не остаться».

**Павел АЛЕКСЕЕВ.**

**МИА Сито!**

Подписка-2018

# Старт подписной кампании

## Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

**42797** – на год;

**32289** – на полугодие;

**50075** – на месяц.



Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: [mg.podpiska@mail.ru](mailto:mg.podpiska@mail.ru) или по почте: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, 681-35-96, 8-916-271-08-13.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте [www.mgz.ru](http://www.mgz.ru)

Статистика

# Считают неудовлетворительными

Половина российских врачей оценивают состояние материально-технической базы учреждений как неудовлетворительное. Такой вывод делает исследовательская компания MAR CONSULT. Она выяснила мнение врачей о состоянии материально-технической базы государственных и муниципальных медицинских учреждений, в которых они работают.

Лишь треть врачей (31%) уверены, что материально-техническая база в хорошем состоянии и ничего

менять не надо. Половина опрошенных докторов (53%) оценивают и как неудовлетворительное: требуется капитальный или косметический ремонт зданий, нужны дополнительные помещения, новая мебель, существует дефицит компьютеров, медицинского оборудования, есть проблемы с интернетом.

Важно отметить, что оценки докторов в Москве и Санкт-Петербурге и регионах практически не отличаются. Также значимых различий нет и в разбивке по специальности.

**Андрей ДЫМОВ.**

**Председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, академик РАН Пётр Глыбочко во главе делегации представителей университета в рамках развития международного сотрудничества совершил деловой визит в Великобританию.**

П. Глыбочко встретился с Дженни Хайэм, председателем Совета медицинских вузов Великобритании (MSC) – организации, являющейся представительным органом британских медицинских школ. Стороны обсудили проблемы медицинского образования, а также вопросы взаимодействия MSC с Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов Российской Федерации. По итогам встречи достигнут ряд договорённостей о совместной деятельности по улучшению критериев оценки качества образования – эта проблема довольно остро стоит сегодня перед британскими медицинскими школами. Также стороны договорились о взаимодействии в вопросах совершенствования процедуры аккредитации. Данная проблема актуальна для российских медицинских вузов.

В рамках визита также состоялась встреча с руководством Имперского колледжа в Лондоне – высшего учебного заведения, стабильно входящего в десятку лучших вузов мира по основным мировым рейтингам. Достигнуты договорённости о создании целого

ряда совместных образовательных программ и совместных междисциплинарных научных лабораторий, которые будут открыты уже до конца этого года. В следующем 2018 г. в рамках этого же соглашения будет открыта обширная программа обмена студентами и преподавателями между Первым МГМУ им. И. М. Сеченова и Имперским колледжем Лондона.

Также П. Глыбочко посетил Кембриджскую медицинскую

специалистов. Напомним, что академическое сотрудничество между Кембриджским медицинским обществом и Первым МГМУ наращивает обороты: в начале этого года в Москве состоялась лекция доктора Джеймса Фрейзера – директора медицинского направления Gonville & Caius College, руководителя Кембриджского медицинского общества, и уже в июне на базе Клиники урологии им. Р. М. Фронштейна про-

вузов России в рамках Проекта 5-100. Стороны обсудили вопросы гармонизации системы медицинского образования, перспективы развития медико-биологического направления, а также результаты трансформации Сеченовского университета. Так, мистер Грант высоко оценил наукоориентированное образование с фокусом на инновации, междисциплинарную направленность исследований учёных, а также выразил по-

Education (THE), главной ежегодной конференции THE, приуроченной к выпуску нового всемирного рейтинга университетов, в числе которых представлен и Сеченовский университет.

По итогам визита П. Глыбочко отметил: «В настоящий момент Сеченовский университет развивает медицину будущего, основываясь на прочном академическом фундаменте, расширяя горизонты опережающими мультидисциплинарными иссле-

## Сотрудничество

# В партнёрстве с мировыми лидерами

## Первый МГМУ им. И. М. Сеченова расширяет взаимодействие с британскими медицинскими школами

школу и Клинику Адденбрук (одно из старейших лечебных и образовательных учреждений, основанное в 1766 г.), входящие в состав Кембриджского университета. Были достигнуты договорённости о дальнейшем расширении взаимодействия между этими учреждениями и Сеченовским университетом в целях совершенствования образования студентов и последипломного образования

шла Кембриджско-Сеченовская летняя школа по онкоурологии и реконструктивной хирургии мочевого тракта.

Кроме того, состоялась деловая встреча П. Глыбочко с сэром Малкольмом Грантом, председателем Национальной службы здравоохранения Великобритании (NHS), почётным ректором Йоркского университета, а также членом Совета по повышению конкурентоспособности ведущих

курсов, который последние годы развивает Первый МГМУ им. И. М. Сеченова в направлении повышения своей международной конкурентоспособности, подтвердив, что университет является неотъемлемой частью глобального научно-исследовательского ландшафта.

П. Глыбочко также принял участие во Всемирном академическом саммите Times Higher

Education в сетевом партнёрстве с мировыми лидерами. Мы ставим перед собой глобальную цель – построение референтной модели первоклассного международного исследовательского медицинского университета номер один в России для взаимодействия с международными партнёрами в области биомедицины».

Алексей ПИМШИН.

## Санитарная зона

# Ключевое значение имеет вакцинация

## Всемирный день борьбы с бешенством заставляет задуматься

**Ситуация по бешенству среди животных остаётся в России напряжённой, сообщила во Всемирный день борьбы с бешенством, который проводится ежегодно 28 сентября, Федеральная служба по защите прав потребителей и благополучия человека.**

По данным Роспотребнадзора, по поводу укусов животных в стране обращаются около 400 тыс. человек в год, из них порядка 250 тыс. нуждаются в проведении специфического антирабического лечения. Отмечается также тенденция к росту числа регионов, неблагополучных по заболеванию бешенством.

Среди инфекционных заболеваний бешенство (гидрофобия) занимает особое место в силу абсолютной летальности при развитии клинической картины заболевания. Как отмечает Всемирная организация здравоохранения, более чем в 150 странах мира ежегодно умирают от бешенства около 55 тыс. человек. Источником



**Требуется специфическое антирабическое лечение...**

инфекции этой смертельной, но предотвратимой зоонозной болезни, поражающей в основном бедные и сельские популяции в Африке и Азии, в 99% случаев являются собаки.

Для предотвращения смерти людей от бешенства, которое

в 100% случаев заканчивается летальным исходом, необходимо применять подход, ориентированный на «Единое здравоохранение» и координируемый в разных секторах, рекомендует ВОЗ. Ключевое значение имеет вакцинация собак, а также принятие таких

доступных и приемлемых по стоимости мер, как постэкспозиционная профилактика (ПЭП) среди людей, подвергающихся риску.

В качестве примера эффективности таких мер ВОЗ приводит в пример Таиланд, где благодаря массовой вакцинации собак и улучшению доступа к спасающей жизни ПЭП бешенства число случаев среди людей уменьшилось более чем на 90% по сравнению с уровнями 1980-х годов. Полностью ликвидировать это заболевание страна намерена к 2020 г.

У нас же, как отмечает Роспотребнадзор, меры, направленные на сдерживание распространения бешенства, принимаются не во всех субъектах РФ. В том числе не проводится регулирование численности безнадзорных животных в городах и сельской местности, не соблюдаются правила содержания домашних животных, не проводятся их учёт, регистрация и вакцинация, не решены вопросы по организации карантини-

рования подозрительных животных. Неудовлетворительно проводятся также мероприятия по отлову безнадзорных животных и организация мест их содержания, что приводит к возникновению новых эпизоотических очагов.

Активизация природных очагов приводит к вовлечению в эпизоотический процесс домашних и сельскохозяйственных животных, что, в свою очередь, повышает риск инфицирования людей. В этой связи Роспотребнадзор разместил на своём официальном сайте правила, которые необходимо соблюдать для профилактики бешенства. Ведомство напоминает, что заболевание характеризуется проявлениями резкого возбуждения двигательных центров, судорогами мышц глотки и дыхательных путей с последующим их параличом, слюнотечением, приводит к энцефаломиелиту и в конечном итоге к смерти.

Всемирный день борьбы с бешенством проводится по инициативе Глобального альянса по контролю бешенства при поддержке ВОЗ. Этот день призван привлечь внимание к проблеме распространения бешенства и его последствий. Дата выбрана не случайно – в этот день, 28 сентября 1895 г. скончался Луи Пастер – знаменитый микробиолог, один из создателей вакцины против бешенства.

Валерий СУВОРИН.

МИА Сити!

## В кардиореанимацию вернутся кардиологи

– Мы достигли прорывных результатов в кардиологии, госпитальная летальность от острого инфаркта миокарда снизилась в 3 раза, – сообщил собравшимся заместитель мэра Москвы по социальным вопросам Леонид Печатников. – Усилиями руководителя университетской кардиологической клиники Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, заведующего кафедрой кардиологии, профессора Александра Шпектора и главного кардиолога Департамента здравоохранения Москвы, главного врача городской клинической больницы им. И.В.Давыдовского, профессора Елены Васильевой (выступившими организаторами конгресса) больничная летальность от инфаркта миокарда стала меньше на 6%. По уровню оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях ни один регион даже близко не может сравниться со столичным здравоохранением.

По мнению Л.Печатникова, профилактика кардиоэмболических инсультов – крайне серьезный вопрос. До 40% инсультов возникают на фоне мерцательной аритмии. Между тем не все пациенты с нарушениями ритма принимают антикоагулянты. Для этой цели и были созданы кабинеты профилактики инфарктов и инсультов. Сегодня в Москве уже функционирует 61 такое подразделение. В дальнейшем планируется провести аудит и мониторинг больных. Кардиологи и врачи первичного звена должны добиваться, чтобы все они принимали антикоагулянты. Ещё одно важное направление – доступность эндovasкулярного лечения инсультов. В столице уже создано 8 специализированных центров, скоро их будет 9. Методы тромбозэкстракции успешно применяются в городских больницах № 31, 23, 7, 1. Городские власти стараются поддерживать и развивать оказание этого вида помощи. Вице-мэр пообещал, что в столичных клиниках будут применяться самые передовые, с лекарственным покрытием стенты.

– В отделениях кардиореанимации должны работать кардиологи, которые имеют реанимационные навыки, но основная специализация у них должна быть кардиология, – заявил Л.Печатников. – В нейрореанимации точно также должны трудиться неврологи. Вице-премьер Правительства РФ Ольга Голодец уже дала поручение внести такое изменение в порядок оказания медицинской помощи.

По словам Л.Печатникова, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова поддерживает такие изменения. Зал встретил это известие аплодисментами....

Президент МГМСУ им. А.И.Евдокимова академик Николай Ющук поздравил собравшихся с началом работы конгресса и обратил внимание на то, что с этого года началась аккредитация специалистов. Клиника кардиологии университета и городская клиническая больница им. И.В.Давыдовского обладают блестящим кадровым потенциалом. Учиться здесь – настоящая честь для врачей столицы.

## Изменение подходов

Второй день работы Московского кардиологического конгресса был посвящён вопросам диагностики и профилактики в кардиологии, актуальным вопросам медикаментозного лечения пациентов, перенёсших инфаркт миокарда, разбору сложных случаев в аритмологии, влияния на сердечно-сосудистые болезни сахарного диабета, наследственных заболеваний. Большой интерес вызвали доклады по новинкам гипополипидемической терапии, методологии подбора новых антикоагулянтов пациентам при фибрилляции предсердий.

Профессор А.Шпектор остановился на проблемах лечения острого инфаркта миокарда. Он убедительно показал, как на снижение

Состоялся Первый международный Московский конгресс кардиологов. В столице России собрались ведущие мировые специалисты из нашей страны, США, Испании, Австрии, Израиля, чтобы обсудить актуальные вопросы клинической и экспериментальной кардиологии, рассмотреть новые достижения фармакотерапии, подходы к нормализации липидного обмена, лечения сердечной недостаточности, диабета и другие проблемы, влияющие на течение и исход кардиологических заболеваний. Кроме того, шла речь об инфарктных и инсультных сетях, междисциплинарных подходах и профилактике заболеваний.

В первый день конгресса на пленарном заседании были приведены результаты двухлетнего исследования 20 тыс. россиян. Иницированное ЭССЕ – РФ в области сосудистых заболеваний

прошло в 13 регионах Российской Федерации. Помимо общей картины распространённости таких традиционных факторов риска, как курение, гиподинамия, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, медики получили данные о новых биомаркерах сердечно-сосудистых заболеваний (натрийуретических пептидах, Д-димере), а также о распространённости «метаболически здорового» ожирения и синкопальных состояний в российской популяции.

Такая развёрнутая картина была представлена впервые в России. Если сравнить факторы риска смертности, то среди них лидировали повторные инфаркты. Столь значимое их влияние говорит о слабости диспансерного наблюдения за пациентами, перенёсшими инфаркт миокарда.

## События

# Кардиологи объединяются ради высоких целей

## Это показала их недавняя встреча в столице России



Профессора Александр Шпектор (Россия), Филиппо Креа (Италия), Джозеф Альперт (США), Дмитрий Скрыпник (Россия) – снимок на память в перерыве конгресса

смертности от острых инфарктов миокарда в Москве повлияло создание специализированной сети сосудистых центров.

Исполняющий обязанности генерального директора Национального медицинского исследовательского центра кардиологии Минздрава России член-корреспондент РАН Сергей Бойцов в своём докладе показал особенности и механизмы изменений смертности в РФ от сердечно-сосудистых заболеваний. По его данным, наша страна уже более 30 лет находится в зоне высокой смертности, несмотря на её снижение по 3,5% в год. В США, Японии, Западной Европе смертность от ССЗ снижается несколько десятилетий подряд. Оценивая влияние на смертность факторов риска (популяционные исследования), учёные сделали вывод, что наибольшее влияние на неё оказывают профилактические меры – 56%, а лечебные – 39%. Хотя роль последних повышается так же, как это происходит и в схожих с Россией странах – Польше, Чехии. Пока же снижение смертности в РФ от ССЗ в первую очередь идёт за счёт контроля за артериальной гипертензией (47%), массой тела пациентов – 16% (в большей степени у женщин), сокращения числа курящих – 16% (в основном мужчин), уровня гиперхолестеринемии – 16%, злоупотребления алкоголем – 2,7%.

По мнению С.Бойцова, к статистике смертности от сердечно-сосудистых заболеваний нужно менять подходы. Цифры их завышены из-за неточных посмертных диагнозов. Изучение поликлинических карт пациентов, скончавшихся дома и получивших посмертно диагноз «ишемическая болезнь сердца», показало, что в половине случаев прижизненных упоминаний о проявлениях ИБС не было.

– Ситуацию не изменишь одним распоряжением, – подчеркнул С.Бойцов. – Если бы лица, которые имеют хронические заболевания, находились на диспансерном учёте, тогда бы участковый врач ставил

диагноз посмертный, исходя из этого. Судебно-медицинская экспертиза прежде всего старается разоблачить, не произошло ли случая насильственной смерти. Гораздо меньше патологоанатомов интересуют ИБС или причины, которые повлекли естественную биологическую смерть человека. В результате статистика даёт искажённые результаты.

Несмотря на принимаемые меры, уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране остаётся крайне высоким. Он на 119% выше, чем в старых странах Евросоюза, и на 30% – чем в государствах Восточной Европы.

Что касается Москвы, то, по мнению главного специалиста по профилактической медицине С.Бойцова, регион имеет существенный резерв в плане снижения смертности.

– Рост смертности отмечался до 2003 г., а потом пошло её снижение. Однако в последние 4 года такая тенденция притормозилась, – уточнил С.Бойцов.

Исполняющий обязанности генерального директора Национального медицинского исследовательского центра кардиологии обратил внимание на очень высокую вариативность уровня смертности. Например, между Москвой, где он один из самых низких, и соседней Тверской областью эта разница получается более чем в 2 раза. Гигантская разница у нас в уровне смертности между мужчинами и женщинами. Она есть во всех странах, но не столь выраженная.

С.Бойцов озвучил ожидаемую динамику факторов риска среди мужчин и женщин 25–64 лет в результате реализации Стратегии профилактики неинфекционных заболеваний. Расчётное снижение смертности к 2025 г. в результате уменьшения распространённости курения, контролем за артериальным давлением и уровнем холестерина позволит снизить сердечно-сосудистую смертность не менее чем на 15%, а общую – не менее чем на 10%.

«Мы должны снизить смертность!» – призвал аудиторию С.Бойцов.

## Повысить образовательную планку

«МГ» попросила высказать своё мнение о прошедшем форуме профессора Е.Васильеву.

– На наш конгресс приехали 2 тыс. человек, хотя планировалось 1,5 тыс. участников, – рассказала она. – Мне было особенно приятно, что на заседаниях было заметно много молодых заинтересованных лиц. И им действительно было чему поучиться. Конгресс задал очень высокую образовательную планку. Уровень лекций о последних достижениях в биологии и медицине удачно сочетался с выступлениями о том, как они применяются на практике. Ещё одна запоминающаяся деталь – две трети зала слушали спикеров без наушников, хотя рабочим языком заседаний несколько раз становился английский. Это, в общем-то, является нормой для врачей большинства развитых стран.

Решено было проводить конгресс один раз в два года. За этот период накапливается немало нужной специалистам информации. Сайт конгресса останется постоянно действующим и будет являться площадкой общения специалистов. В этом нас поддержал вице-президент Европейского общества кардиологов Лейна Байдена. Решение одобрено заместителем мэра Москвы Л.Печатниковым и руководителем Департамента здравоохранения Москвы Алексеем Хрипуном. В ближайшее время мы запустим образовательную программу в тесном сотрудничестве с Европейским обществом кардиологов. Она будет проходить в форме вебинаров. Молодых кардиологов, которые успешно пройдут курс обучения, мы будем направлять на стажировки в лучшие европейские клиники.

Конгресс – это длительная работа группы экспертов. На нём обсуждаются последние рекомендации и их применение на практике. Ещё одна важная тема – состояния, которые не охватываются рекомендациями, какие-то сложные случаи. Поэтому на конгрессе было много дискуссий, обсуждений различных аспектов проблем в диагностике и лечении заболеваний. Нам приходилось устанавливать строгие временные рамки выступлений, чтобы придерживаться регламента. Но в следующий раз мы отведём больше времени именно на дискуссии. Чтобы можно было поговорить, поспорить о самых актуальных вопросах и как можно больше участников смогли высказать своё мнение.

Как идеолога создателя сети кабинетов первичной и вторичной профилактики инфарктов и инсультов в поликлиниках, корреспондент «МГ» спросил профессора Е.Васильеву, удаётся ли сегодня своевременно

предотвращать кардиоэмболические инсульты, возникающие при мерцательной аритмии?

– Мы в начале этого пути, – ответила Елена Юрьевна. – Сегодня разработана автоматическая система выявления и учёта больных с мерцательной аритмией, контроля за проводимой им терапией. Специалисты Департамента здравоохранения Москвы и информационных технологий активно занимаются созданием компьютерной программы. Помимо этого, сейчас запущена сеть по лечению больных с инфарктами и инсультами. Можно сказать, что недалеко то время, когда столичному здравоохранению удастся выявлять и лечить всех больных, которым показано эндovasкулярное лечение. Огромное внимание органами управления здравоохранением Москвы уделяется образованию врачей. Кардиологи не исключение. Я уже рассказала о программе, которая будет реализовываться с Европейским обществом кардиологов. Безусловно, мы включились в программу «Московский врач», клиника кардиологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова активно участвует в развитии непрерывного медицинского образования.

## Роль усиливается

В московском здравоохранении идут различные процессы, в том числе и развёрнута программа по внедрению врача общей практики. Поэтому возник важный вопрос – останутся ли кардиологи в городских амбулаторных центрах, или вскоре они будут вести приём только в специализированных центрах?

– Уверена, что останутся, – заявила Е.Васильева. – Более того, роль кардиологов будет усиливаться. Я считаю, что все функции врача функциональной диагностики, когда дело касается диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы, должны отойти к кардиологу. Современный специалист должен уметь не только читать электрокардиограмму, но и провести нагрузочный тест, сделать пациенту ЭХО-кардиографию. Как раз такие врачи и работают у нас в кабинетах профилактики инфарктов и инсультов.

Как считает Е.Васильева, конгресс стал квинтэссенцией, результатом объединения профессионального сообщества. Сформировано оно в Москве и сегодня уже работает по единым стандартам и порядкам. Следующий шаг – нужно интегрироваться в Европейское общество кардиологов. Накапливать более мощный клинический потенциал, который будет реализовываться в лечебных учреждениях, чтобы завоевать лидирующие позиции на кардиологическом направлении в мире.

Алексей ПАПЫРИН,  
обозреватель «МГ».

Москва.

Какого свойства почтовую корреспонденцию только не получал от благодарных пациентов на своё имя Пётр Нидзельский за более чем десяток лет эффективного руководства отделенческой клинической больницей на станции Владивосток ОАО «РЖД»: «душевнотеплые» письма, поздравительные телеграммы, открытки с текстом в стихах. Но слыханное ли дело, чтобы в бандероли с записочкой-поклоном главному врачу находилось вложение... кала? Окажись на месте Петра Даниловича человек непосвященный, то, наверно бы, брезгливо смахнув со стола почтовое отправление, сильно рассвирепел. А он же, напротив, отнёсся к престранной находке весьма благосклонно, если не сказать, с пиететом. «Вот видите, пенсионерка из Лесозаводска заботится о своём здоровье. Все бы так!» – говорил «главный», передавая поступивший материал для количественного гистохимического анализа сотруднику клинико-диагностической лаборатории.



Пётр Нидзельский

## Современные технологии

# Когда оба этажа

# под присмотром «японца»

## Больница на конечной станции Транссиба выступила инициатором скрининга колоректального рака в Приморье

Ведомственное лечебное учреждение на конечной станции Транссиба с богатой 125-летней историей, некогда «пользовавшееся» исключительно тружеников стальных магистралей, членов их семей и пенсионеров железнодорожного транспорта, не первый год держит распахнутыми двери для всех жителей Приморья. Два года назад больница стала первой среди дальневосточных клиник и всего второй по счёту в стране, чьи специалисты, решая проблему ранней диагностики колоректального рака (КРР), освоили новейший иммунохимический метод (IFOBT) определения количества трансферрина и гемоглобина в кале с использованием взятого в аренду анализатора японского производства. На старте внедрения технологии, достоверность результатов которой составляет 98%, отдельные информированные и неравнодушные к своему здоровью жители Приморского края, необязательно с наличием наследственной предрасположенности к КРР, связались с больницей железнодорожников и просили выслать контейнеры под сдачу анализа...

– Безусловная привлекательность японского метода была обеспечена не только высокой, по оценкам зарубежных экспертов, степенью его достоверности, но и установленным длительным сроком хранения материала, предназначенного для исследования, – 10 суток, – поясняет П. Нидзельский. – В этот временной паз трудно не уложиться, пользуясь услугами почтовиков, даже если отправлять пробирики в лабораторию из населённого пункта за многие сотни километров от краевого центра.

Рак толстой кишки остаётся во всём мире и в нашей стране одним из самых распространённых видов злокачественных новообразований как по частоте заболеваемости, так и по летальным исходам. Приморье с его без малого 2-миллионным населением – не исключение. Если взять официальные данные выявляемости первичных больных раком ободочной и прямой кишки на III и IV стадиях заболевания, то местная статистическая «цифирь» выглядит удручающе: около 100 случаев ежегодно.

Запоздалое обнаружение специалистом опухолевого процесса – зеркальное отражение низкого охвата населения региона скрининговыми технологиями. Хватит пальцем одной руки, чтобы пересчитать здешние клиники, взгромоздившие на свои плечи основанные на современных подходах обследование и лечение колоректального рака. Ну что значит на современных? Всё относительно. В то время как медицинские организации Департамента здравоохранения Приморского края, за исключением с недавних пор городской поликлиники

№ 6 во Владивостоке, продолжают практиковать преимущественно одностадийный скрининг в виде колоноскопии, негосударственное учреждение здравоохранения, имеющее учредителя в лице ОАО «РЖД», ещё с 2015 г. предлагает двухстадийное обследование. Лишь в случаях с положительным результатом количественного иммунохимического содержания трансферрина и гемоглобина в кале специалист осматривает и оценивает состояние внутренней поверхности толстой кишки при помощи эндоскопа.

Как известно, медицинские учреждения рельсовых магистралей раньше государственных ЛПУ «нырнули» в финансовые пучины капитализма, их руководители с главными бухгалтерами здорово умеют считать деньги. В уже упомянутом 2015 г. администрация отделенческой клинической больницы на станции Владивосток подытожила пятилетний опыт внедрения международного скринингового стандарта в диагностике КРР и разглядела «узкое место». При проведении одностадийного скрининга высококвалифицированными эндоскопистами центра новых технологий в хирургии (а такой, «упакованный» первоклассными спецами и современной техникой, организован в составе больницы десятилетия назад) патология выявлялась в 40% случаев от числа всех обследований. Понятно, что за уменьшением количества необоснованно назначаемых колоноскопий снизилась бы «холодная» нагрузка на оборудование от брендовых производителей. Но как не допустить простоя дорогостоящих видеостоек со встроенным УЗ-датчиком и 200-кратным увеличением изображения? Врачи-железнодорожники стали, что называется, мониторить рынок в поисках скрининговой технологии, по результатам которой можно было бы с предельной точностью говорить о наличии у пациента онкопатологии желудочно-кишечного тракта либо предшествующего ей предракового заболевания. И когда остановились на количественном иммунохимическом методе, воскликнули: «Эврика!»

Предвижу сейчас усмешку на лице какого-нибудь «продвинутого» читателя: мол, эка невидаль, да эта методика применяется в клиниках многих стран! Совершенно верно. Но есть принципиальный нюанс. В Европе количественным иммуно-

химическим методом определяется только гемоглобин. Дальневосточники же предпочли технологию своих соседей из Страны восходящего солнца, разработавших аппарат с выдачей результатов тестов (300 в час) и на гемоглобин, и на трансферрин. Японцами доказано: о поражении верхних отделов толстого кишечника свидетельствует повышенный уровень именно фекального трансферрина, который попадает в просвет кишечника при повреждении слизистой оболочки кишки и сохраняется в кале более длительное время, чем гемоглобин. Имеет ограничение оборудование в европейском исполнении и по части условий приёма материала в работу – от момента взятия до закладки в анализатор не должно пройти более суток.

рированному хирург поликлиники назначает время приёма, расписывается индивидуальный план реабилитационных мероприятий. Через год пациент получает приглашение от сотрудника больницы Российских железных дорог на контрольный скрининг.

Созданием замкнутого цикла внедрённых организационных технологий – от скрининга до реабилитации – ориентированных на своевременную помощь жителям Приморья при злокачественных новообразованиях толстой кишки, сегодня не может похвалиться более ни одна медицинская организация Владивостока.

С момента принятия первых пациентов центром новых технологий в хирургии его специалистами выявлено 137 случаев колоректального рака на I и II стадиях, подтверждён-

ной больницы. Подписал приказ об обязательной явке, а восемь десятков сослуживцев не пришли. До сих пор жалеет, что обследование ни копеечки не стоило для коллег. Медицинский коллектив – сколок общества, большинство членов которого, увы, не привыкли ценить то, что достаётся им даром. Между прочим, 49 случаев предраковых состояний и 2 случая рака обнаружил диагностический срез. Жизнь одному из работников спасти так и не удалось.

Когда немного погодя П. Нидзельский получил «добро» от руководителей ряда лечебных учреждений краевой столицы на проведение среди их персонала скринингового иммунохимического исследования по японской методике, то предупредил: «Бесплатно не сделаем!»

Диагностика патологии верхнего этажа толстого кишечника, включая выявление злокачественной опухоли на стенках ободочной кишки, никогда не представлялась клиницистам лёгкой прогулкой. В особенности нелегко верифицировать рак кишечника на ранних стадиях, до его клинической манифестации. Вот почему, определившись с выбором технологического вектора предстоящего, как задумывалось, скринингового прорыва, руководство и специалисты больницы пошли дальше. В содружестве с Людмилой Солохиной, профессором кафедры обществен-

ных гистологически. Больные, чей средний возраст составил 62 года, были прооперированы с хорошими исходами, если не считать единичный рецидив карциномы. Впервые в Приморском крае ранняя выявляемость онкозаболеваний органов ЖКТ пошла «в рост».

Оправдался, несомненно, и расчёт на серьёзный экономический эффект от внедрения японской технологии с использованием двухстадийного скрининга. Поскольку производится отбор положительных результатов иммунохимического анализа, а потому с пациентами, кому надлежит по жизненным по-

О достойных результатах работы отделенческой клинической больницы на станции Владивосток по ранней диагностике колоректального рака Пётр Данилович докладывал на коллегии Департамента здравоохранения края. Ему поаплодировали, подбодрили, вроде что-то пообещали. Но со временем оказалось: слова региональных управленцев отраслю весят меньше пёрышка, прилагаемого к контейнеру для сбора материала, который исследуют для замера уровня фекального трансферрина. В общем, в территориальную программу ОМС больницу железнодорожников с её замашками на беззащитное лидерство так и не пустили. А зря. На одной из площадок недавнего Владивостокского экономического форума заместитель главы Минздрава России Татьяна Яковлева устроила форменный разнос медицинским управленцам и онкологическим службам большинства дальневосточных территорий за отсутствие хоть каких-либо потуг в достижении приемлемых результатов ранней диагностики рака, в том числе органов ЖКТ. Досталось и чиновникам Департамента здравоохранения Приморского края.

Главный врач рассказал поучительную историю. Когда ещё только-только в больнице внедрялась та самая японская технология, в его кабинет заглянул один очень известный в Приморье человек. Услышав о ноу-хау, решил протестироваться. После сдачи анализа обнаружился положительный результат. Представительному пациенту выполнили полипэктомию, гистология показала предраковое состояние. Новообразование располагалось в подслизистом слое, которое специалист успешно удалил под контролем эндоскопа. С тех пор каждый год счастливцев переступает порог больницы, проходит анализы и, обращаясь к «главному», не устаёт повторять: «Ну как я вовремя тогда зашёл!»

Минула уже добрая пара лет с той памятной для Петра Нидзельского коллегии краевого органа здравоохранения, где он призвал коллег к кооперации на ниве борьбы с КРР. Перемен почти не произошло. Это ж сколько больных опоздало!..

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

Владивосток.

Фото автора.



Производительность японского анализатора – 300 тестов в час

ного здоровья и здравоохранения с курсом истории медицины и правоохранения Дальневосточного государственного медицинского университета, они написали программу инновационного развития хирургической помощи больным с новообразованиями органов брюшной полости и малого таза. Целью «вперёдсмотрящего» плана ставилось привести в стройную, реально и эффективно действующую систему мероприятия по борьбе с раком на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапах, связав их мостками преемственности. Скоро был разработан строгий алгоритм, согласно которому пациента обследуют, а затем в центре новых технологий в хирургии, куда по факту установления опухолевого процесса его госпитализируют, больному оказывают помощь в объёме выявленной нозологии. После выписки из стационара проопе-

казаниям выполнить колоноскопию, врачи почти не промахиваются, эндоскопическое оборудование включается в щадящем режиме эксплуатации. А это отодвигает износ. Принципиально и то, что теперь стабильно работает больничная койка в течение всего года за счёт формирования базовой группы пациентов с патологией органов ЖКТ и возможностью обратной связи.

Кстати, первую такую группу составили 17 из 100 прошедших обследование за счёт больницы пенсионеров железнодорожного транспорта со станции Смоляниново. У отобранных лиц были выявлены патологические состояния, которые без лечения впоследствии могут перерасти в рак: зубчатые аденомы, полипы толстой кишки, внутренний геморрой и опухоли иной локализации. На безвозмездной основе распорядился главный врач провести двухстадийный скрининг и среди сотрудников

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 72 (2102)

Под термином «артериальная гипертензия» (АГ) подразумевают синдром повышения артериального давления при «гипертонической болезни» и «симптоматических артериальных гипертензиях». Термин «гипертоническая болезнь» (ГБ), предложенный Г.Лангом в 1948 г., соответствует употребляемому в других странах понятию «эссенциальная гипертензия».

Под ГБ принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является АГ, не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами («симптоматические артериальные гипертензии»). В силу того, что ГБ – гетерогенное заболевание, имеющее довольно отчётливые клинико-патогенетические варианты с существенно различающимися на начальных этапах механизмами развития, в научной литературе вместо термина «гипертоническая болезнь» часто используется понятие «артериальная гипертензия».

Несмотря на усилия учёных, врачей и административных органов различного уровня, АГ в Российской Федерации останется одной из наиболее значимых медико-социальных проблем.

Это обусловлено как широким распространением данного заболевания (около 40% взрослого населения РФ имеет повышенный уровень АД), так и тем, что АГ является важнейшим фактором риска основных сердечно-сосудистых заболеваний – инфаркта миокарда и мозгового инсульта, главным образом определяющих высокую смертность в нашей стране.

Всероссийское научное общество кардиологов (ВНОК) в 2001 г. опубликовало первую версию Российских рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению АГ, а в 2004 г. вышла их вторая версия. С этого времени были получены новые данные, требующие пересмотра рекомендаций. В связи с этим по инициативе Российского медицинского общества по АГ (РМОАГ) и ВНОК разработан новый пересмотр рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению АГ. В основу настоящего документа легли рекомендации по лечению АГ Европейского общества по артериальной гипертонии (ЕОАГ) и Европейского общества кардиологов (ЕОК) 2007 г., и результаты крупных Российских исследований по проблеме АГ. Так же, как и в предшествующих версиях рекомендаций, величина АД рассматривается как один из элементов системы стратификации общего (суммарного) сердечно-сосудистого риска (ССР). При оценке общего сердечно-сосудистого риска учитывается большое количество переменных, но величина АД является определяющей в силу своей высокой прогностической значимости. При этом уровень АД является наиболее регулируемой переменной в системе стратификации. Как показывает опыт, эффективность действий врача при лечении каждого конкретного пациента и достижение успехов по контролю АД у населения страны в целом в значительной степени зависит от согласованности действий и терапевтов, и кардиологов, что обеспечивается наличием единого диагностического и лечебного подхода. Именно эта задача рассматривалась в качестве основной при подготовке рекомендаций.

## Классификация АГ

### Определение степени повышения АД

Классификация уровней АД у лиц старше 18 лет представлена в таблице 1. Если значения САД и ДАД попадают в разные категории, то степень тяжести АГ оценивается по более высокой категории. Наиболее точно степень АГ может быть установлена в случае впервые диагностированной АГ и у пациентов, не принимающих антигипертензивные препараты.

Результаты СМАД и самостоятельных измерений АД больным и на дому могут помочь в диагностике АГ, но не заменяют повторных измерений АД в кабинете врача или клинике. Критерии диагностики АГ по результатам СМАД, измерений АД, сделанных врачом и самим пациентом в домашних условиях, различны. О наличии АГ при оценке результатов СМАД свидетельствует среднесуточное АД  $\geq 125/80$  мм рт.ст., при самостоятельном

измерении АД пациентом в домашних условиях  $\geq 135/85$  мм рт.ст. и при измерении медицинским работником  $\geq 140/90$  мм рт.ст. (см. табл. 2).

Следует иметь в виду, что критерии повышенного АД в значительной мере являются условными, поскольку между уровнем АД и риском ССЗ существует прямая связь, начиная с величины 115/75 мм рт.ст. Однако использование классификации уровня АД упрощает диагностику и лечение АГ в повседневной практике.

### Факторы, влияющие на прогноз; оценка общего (суммарного) сердечно-сосудистого риска

Уровень АД является важнейшим, но далеко не единственным фактором, определяющим тяжесть АГ, её прогноз и тактику лечения. Большое значение имеет оценка общего ССР, степень которого зависит от уровня АД, а также наличия или отсутствия сопутствующих ФР, ПОМ и АКС (см. табл. 3).

Классификация уровней АД (мм рт.ст.)

Таблица 1

Категории АД	Систолическое АД	Диастолическое АД
Оптимальное	< 120	и
Нормальное	120-129	и/или 80-89
Высокое нормальное	130-139	и/или 85-89
АГ I ст.	140-159	и/или 90-99
АГ II ст.	160-179	и/или 100-109
АГ III ст.	$\geq 180$	и/или $\geq 110$
Изолированная систолическая АГ*	$\geq 140$	и < 90

\*ИСАГ должна классифицироваться на I, II, III ст. согласно уровню систолического АД

Пороговые уровни АД (мм рт.ст.) для диагностики артериальной гипертензии по данным различных методов измерения

Таблица 2

	Систолическое АД	Диастолическое АД
Клиническое или офисное АД	140	90
СМАД: среднесуточное АД	125-130	80
Дневное АД	130-135	85
Ночное АД	120	70
Домашнее АД	130-135	85

# Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии

## Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии

Таблица 3

Критерии стратификации риска

Факторы риска	Поражение органов мишеней
<p><b>Величина САД и ДАД</b>                      Величина пульсового АД (у пожилых)                      Возраст (мужчины &gt; 55 лет; женщины &gt; 65 лет)                      Курение                      Дислипидемия: ОХС &gt; 5,0 ммоль/л (190 мг/дл) или ХС ЛНП &gt; 3,0 ммоль/л (115 мг/дл) или ХС ЛВП &lt; 1,0 ммоль/л (40 мг/дл) для мужчин и &lt; 1,2 ммоль/л (46 мг/дл) для женщин или ТГ &gt; 1,7 ммоль/л (150 мг/дл)                      Глюкоза плазмы натощак 5,6-6,9 ммоль/л (102-125 мг/дл)                      НТГ                      Семейный анамнез ранних ССЗ (у мужчин &lt; 55 лет; у женщин &lt; 65 лет)                      АО (ОТ &gt; 102 см для мужчин и &gt; 88 см для женщин) при отсутствии МС*</p>	<p><b>ГЛЖ</b>                      ЭКГ: признак Соколова – Лайона &gt; 38 мм; Корнельское произведение &gt; 2440 мм х мс                      ЭхоКГ: ИММЛЖ <math>\geq 125</math> г/м<sup>2</sup> для мужчин и <math>\geq 110</math> г/м<sup>2</sup> для женщин  <b>Сосуды</b>                      УЗ признаки утолщения стенки артерии (ТИМ &gt; 0,9 мм) или атеросклеротические бляшки магистральных сосудов                      Скорость пульсовой волны от сонной к бедренной артерии &gt; 12 м/с                      Лодыжечно-плечевой индекс &lt; 0,9  <b>Почки</b>                      Небольшое повышение сывороточного креатинина: 115-133 ммоль/л (1,3-1,5 мг/дл) для мужчин или 107-124 ммоль/л (1,2-1,4 мг/дл) для женщин                      Низкая СКФ &lt; 60 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (MDRD формула) или низкий клиренс креатинина &lt; 60 мл/мин (формула Кокрофта – Голта)                      МАУ 30-300 мг/сут.                      Отношение альбумин/креатинин в моче <math>\geq 22</math> мг/г (2,5 мг/ммоль) для мужчин и <math>\geq 31</math> мг/г (3,5 мг/ммоль) для женщин</p>
<p><b>СД</b>                      Глюкоза плазмы натощак <math>\geq 7,0</math> ммоль/л (126 мг/дл) при повторных измерениях                      Глюкоза плазмы после еды или через 2 часа после приёма 75 г глюкозы &gt; 11,0 ммоль/л (198 мг/дл)</p>	<p><b>АКС</b>  <b>ЦВБ</b>                      Ишемический МИ                      Геморрагический МИ                      ТИА  <b>Заболевания сердца</b>                      ИМ                      Стенокардия                      Коронарная реваскуляризация                      ХСН  <b>Заболевания почек</b>                      Диабетическая нефропатия                      Почечная недостаточность: сывороточный креатинин &gt; 133 мкмоль/л (1,5 мг/дл) для мужчин и &gt; 124 ммоль/л (1,4 мг/дл) для женщин  <b>Заболевания периферических артерий</b>                      Расслаивающаяся аневризма аорты                      Симптомное поражение периферических артерий  <b>Гипертоническая ретинопатия</b>                      Кровоизлияния или экссудаты                      Отёк соска зрительного нерва</p>
<p><b>МС</b>                      Основной критерий – АО (ОТ &gt; 94 см для мужчин и &gt; 80 см для женщин)                      Дополнительные критерии: АГ, дислипидемия, гипергликемия натощак глюкоза плазмы натощак <math>\geq 6,1</math> ммоль/л, НТГ – глюкоза плазмы через 2 часа после приёма 75 г глюкозы <math>\geq 7,8</math> и <math>\leq 11,1</math> ммоль/л</p> <p>Сочетание основного и 2 из дополнительных критериев указывает на наличие метаболического синдрома</p>	

\*при диагностике МС используются другие критерии, указанные в данной таблице в подразделе «МС»

По сравнению с предыдущими рекомендациями ФР, которые должны учитываться при оценке риска развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) у больных АГ, не делятся на основные и дополнительные. В список ФР включены новые позиции: величина САД и ДАД, так как оценка риска ССО должна проводиться не только при установленном диагнозе АГ, но и у пациентов с высоким нормальным АД для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения больного (последние крупномасштабные исследования показали улучшение прогноза в результате снижения АД при высоком риске развития ССО у этой категории больных); величина

пульсового АД (разница между САД и ДАД) у пожилых; концентрация глюкозы плазмы натощак 5,6-6,9 ммоль/л (102-125 мг/дл) и нарушенный тест толерантности к глюкозе. Значения ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП и ТГ для диагностики дислипидемии приведены в соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена. Из ФР исключены С-реактивный белок, гиперфибриногенемия и низкая физическая активность как редко учитываемые на практике при оценке величины риска. В диагностике поражения сосудов стали использоваться такие критерии, как величина скорости пульсовой волны на участке

между сонной и бедренной артериями > 12 м/с и снижение лодыжечно-плечевого индекса < 0,9, а при оценке поражения почек уменьшение СКФ < 60 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> (MDRD формула, СКФ по MDRD формуле (мкмоль/л) = 11,33 x креатинин-1,154 x возраст-0,203 x (0,742 для женщин) или снижение клиренса креатинина < 60 мл/мин (формула Кокрофта – Голта: клиренс креатинина по формуле Кокрофта – Голта (мкмоль/л) (140 – возраст) x масса тела (кг) x (0,85 для женщин) креатинин x 0,8

(Продолжение на стр. 8-10.)

(Продолжение. Начало на стр. 7.)

В отдельную категорию факторов, влияющих на прогноз, наряду с СД выделен метаболический синдром.

В зависимости от степени повышения АД, наличия ФР, ПОМ и АКС все больные АГ могут быть отнесены к одной из четырёх групп риска: низкого, среднего, высокого и очень высокого дополнительного риска (см. табл. 4). Термин «дополнительный риск» используется, чтобы подчеркнуть, что риск ССО и смерти от них у пациентов с АГ всегда больше, чем средний риск в популяции. Эта система стратификации риска, учитывающая собственно ФР, ПОМ, СД, МС и АКС разработана на основании результатов Фрамингемского исследования (Фрамингемская модель). Она достаточно проста, удобна в использовании и имеет большое значение при выборе тактики лечения больных (стартовая терапия АГ, определение целевого уровня АД и конечных целей лечения, необходимость назначения комбинированной терапии, потребность в статинах и других негипотензивных препаратах), которая зависит от начального уровня общего сердечно-сосудистого риска. По этой системе стратификации риск ССО определяется врачом после завершения полного обследования пациента.

Экспресс-оценка уровня риска может проводиться не только врачом, но и медицинской сестрой с использованием европейской системы стратификации SCORE, которая имеет такую же градацию величин риска, как и Фрамингемская модель – низкий, средний, высокий и очень высокий. Но надо иметь в виду, что по Фрамингемской модели оценивается риск заболеваемости и смерти, а по модели SCORE оценивается только риск смерти от заболеваний, связанных с атеросклерозом в течение 10 лет у больных, не имеющих доказанной ИБС.

По Фрамингемской модели низкому риску соответствует вероятность развития ССО и смерти от них в течение ближайших 10 лет < 15%, среднему риску – 15-20%, высокому – 20-30% и очень высокому риску – > 30%. При оценке величины риска по модели SCORE учитываются пол, возраст, статус курения, величина АД и ОХС. Для Российской Федерации по системе SCORE низкому риску соответствует вероятность смерти в течение ближайших 10 лет < 5%, среднему риску – 5-9%, высокому – 10-14% и очень высокому риску – ≥ 15%. Особого внимания требуют пациенты, имеющие высокий и очень высокий риск развития ССО как по Фрамингемской модели, так и по системе SCORE (см. табл. 5). Систему стратификации риска SCORE у больных, имеющих высоко вероятные ПОМ и АКС, целесообразно использовать как предварительную с последующим уточнением величины риска по методу стратификации, основанному на Фрамингемской модели после проведения дополнительного обследования.

### Формулировка диагноза

При формулировании диагноза максимально полно должны быть отражены степень повышения АД, наличие ФР, наличие ПОМ, АКС степень сердечно-сосудистого риска. Необходимо также указать стадию заболевания, чему в России по-прежнему придается большое значение. Согласно трёхстадийной классификации ГБ, ГБ I стадии предполагает отсутствие ПОМ, ГБ II стадии – присутствие изменений со стороны одного или нескольких органов-мишеней. Диагноз ГБ III стадии устанавливается при наличии АКС.

При отсутствии АКС термин «гипертоническая болезнь» в силу своей высокой прогностической значимости закономерно занимает первую позицию в структуре диагноза. При наличии АКС, сопровождающихся высокой степенью нарушения функции или протекающих в острой форме, например острый коронарный синдром, гипертоническая болезнь в структуре диагноза сердечно-сосудистой патологии может занимать не первую позицию. При формулировке диагноза у пациента с МС и/или СОАС необходимо учитывать время развития МС, СОАС и АГ. Если АГ возникла на фоне МС и/или СОАС, то она с наибольшей степенью вероятности носит симптоматический характер и является вторичной. При вторичных формах АГ, а также при наличии МС, когда АГ является его компонентом, артериальная гипертензия, как правило, занимает не первое место в структуре диагноза. В ситуации, когда АГ предшествовала появлению признаков МС и/или СОАС, она должна занимать в структуре диагноза предшествующую позицию.

Стратификация риска у больных АГ\*

ФР, ПОМ и СЗ	Артериальное давление (мм рт.ст.)			
	Высокое нормальное 130-139/85-89	АГ I ст. 140-159/90-99	АГ II ст. 160-179/100-109	АГ III ст. ≥ 180/110
Нет ФР	Незначимый	Низкий доп. риск	Средний доп. риск	Высокий доп. риск
1-2 ФР	Низкий доп. риск	Средний доп. риск	Средний доп. риск	Очень высокий доп. риск
≥ 3 ФР, ПОМ, МС или СД	Высокий доп. риск	Высокий доп. риск	Высокий доп. риск	Очень высокий доп. риск
АКС	Очень высокий доп. риск	Очень высокий доп. риск	Очень высокий доп. риск	Очень высокий доп. риск

\*Примечание: точность определения общего сердечно-сосудистого риска напрямую зависит от того, насколько полным было клинико-инструментальное обследование больного. Без данных УЗИ сердца и сосудов для диагностики ГЛЖ и утолщения стенки (или бляшки) сонных артерий до 50% больных АГ могут быть ошибочно отнесены к категории низкого или умеренного риска вместо высокого или очень высокого.

Пациенты с высоким и очень высоким риском

САД ≥ 180 мм рт.ст. и/или ДАД ≥ 110 мм рт.ст. САД > 160 мм рт.ст. при низком ДАД (< 70 мм рт.ст.) Сахарный диабет Метаболический синдром ≥ 3 факторов риска Поражение органов-мишеней: ГЛЖ по данным ЭКГ или ЭхоКГ УЗ признаки утолщения стенки артерии (ТИМ > 0,9 мм или атеросклеротическая бляшка) увеличение жёсткости стенки артерий умеренное повышение сывороточного креатинина уменьшение СКФ или клиренса креатинина микроальбуминурия или протеинурия Сопутствующие сердечно-сосудистые и почечные заболевания
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Примеры диагностических заключений:

ГБ I стадии. Степень АГ 2. Дислипидемия. Риск 2 (средний).

ГБ II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий).

ГБ III стадии. Степень АГ 2. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК. Риск 4 (очень высокий).

ГБ II стадии. Степень АГ 2. Атеросклероз аорты, сонных артерий. Риск 3 (высокий).

ГБ III стадии. Степень АГ 1. Облитерирующей атеросклероз сосудов нижних конечностей. Перемежающаяся хромота. Риск 4 (очень высокий).

ГБ I стадии. Степень АГ 1. СД тип 2. Риск 4 (очень высокий).

ИБС. Стенокардия напряжения III ФК. Постинфарктный (крупноочаговый) и атеросклеротический кардиосклероз. ГБ III стадии. Степень АГ 1. Риск 4 (очень высокий).

Абдоминальное ожирение I ст. Нарушение толерантности к глюкозе. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий).

ГБ II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. ГЛЖ. Абдоминальное ожирение II ст. Нарушение толерантности к глюкозе. Риск 4 (очень высокий).

Синдром обструктивного апноэ во время сна тяжёлой степени. Степень АГ 1. Атеросклероз сонных артерий. Риск 3 (высокий).

Феохромоцитома правого надпочечника. Степень АГ 3. ГЛЖ. Риск 4 (очень высокий).

### Диагностика

Диагностика и обследование пациентов с АГ проводится в соответствии со следующими задачами:

Определение степени и стабильности повышения уровня АД (см. табл. 1).

Исключение вторичной (симптоматической) АГ или идентификация её формы.

Оценка общего сердечно-сосудистого риска: выявление других факторов риска ССЗ, диагностика ПОМ и ассоциированных клинических состояний, которые могут повлиять на прогноз и эффективность лечения.

Диагностика АГ и последующее обследование включают следующие этапы:

Повторные измерения АД.

Изучение жалоб и сбор данных анамнеза. Физикальное обследование.

Лабораторно-инструментальные методы исследования: более простые на первом этапе и более сложные на втором этапе обследования.

**Правила измерения АД**

**Способы измерения АД.** Измерение АД проводит врач или медсестра в амбулаторных условиях или в стационаре (клиническое АД). Кроме того, АД также может регистрироваться самим пациентом или родственниками в домашних условиях (самоконтроль АД или СКАД). Суточное мониторирование АД (СМАД) проводится медработниками амбулаторно или в условиях стационара. Клиническое измерение АД имеет наибольшую доказательную базу для обоснования классификации уровней АД, прогноза рисков, оценки эффективности терапии.

Точность измерения АД и, соответственно, гарантия правильной диагностики АГ,

Таблица 5

значение принимается среднее из двух последних измерений.  
Для диагностики АГ при небольшом повышении АД повторное измерение (2-3 раза) проводится через несколько месяцев.  
При выраженном повышении АД и наличии ПОМ, высоким и очень высоким риске ССО повторные измерения АД проводятся через несколько дней.  
**Техника измерения**  
Быстро накачать воздух в манжету до уровня давления, на 20 мм рт.ст. превышающего САД (по исчезновению пульса). АД измеряется с точностью до 2 мм рт.ст. Снизить давление в манжете со скоростью примерно 2 мм рт.ст. в секунду. Уровень давления, при котором появляется 1 тон, соответствует САД (1-я фаза тонов Короткова).  
Уровень давления, при котором происходит исчезновение тонов (5-я фаза тонов Короткова) соответствует ДАД; у детей, подростков и молодых людей сразу после физической нагрузки, у беременных и при некоторых патологических состояниях у взрослых, когда невозможно определить 5-ю фазу, следует попытаться определить 4-ю фазу тонов Короткова, которая характеризуется значительным ослаблением тонов.  
Если тоны очень слабы, то следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерение повторить, при этом не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа.  
При первичном осмотре пациента следует измерить давление на обеих руках; в дальнейшем измерения проводят на той руке, где АД выше.  
У больных старше 65 лет при наличии СД и у лиц, получающих антигипертензивную терапию, следует также произвести измерение АД через 2 минуты пребывания в положении стоя.  
Целесообразно также измерять АД на ногах, особенно у больных моложе 30 лет; измерение проводится с помощью широкой манжеты (той же, что и у лиц с ожирением); фонендоскоп располагается в подколенной ямке; для выявления окклюзирующих поражений артерий и оценки лодыжечно-плечевого индекса измеряют систолическое АД с помощью манжеты, расположенной на лодыжке, и/или ультразвуковым методом.  
Частота сердечных сокращений подсчитывается по пульсу на лучевой артерии

определения её степени тяжести зависят от соблюдения правил по его измерению.

Для измерения АД имеет значение соблюдение следующих условий:

**Положение больного:** сидя в удобной позе; рука на столе и находится на уровне сердца; манжета накладывается на плечо, нижний край её на 2 см выше локтевого сгиба.

**Условия измерения АД**  
Исключается употребление кофе и крепкого чая в течение часа перед исследованием.

Рекомендуется не курить в течение 30 минут до измерения АД.

Отменяется приём симпатомиметиков, включая назальные и глазные капли.

АД измеряется в покое после 5-минутного отдыха; в случае, если процедура измерения АД предшествовала значительная физическая или эмоциональная нагрузка, период отдыха следует продлить до 15-30 минут.

**Оснащение**  
Размер манжеты должен соответствовать размеру руки: резиновая раздуваемая часть манжеты должна охватывать не менее 80% окружности плеча; для взрослых лиц применяется манжета шириной 12-13 см и длиной 30-35 см (средний размер); но необходимо иметь в наличии большую и маленькую манжету для полных и худых рук, соответственно.

Столбик ртути или стрелка тонометра перед началом измерения должен находиться на нулевой отметке.

**Кратность измерения**  
Для оценки уровня АД на каждой руке следует выполнить не менее двух измерений с интервалом не менее минуты; при разнице ≥ 5 мм рт.ст. производят одно дополнительное измерение; за конечное (регистрируемое)

Таблица 6

### Рекомендации по сбору анамнеза у больных АГ

<p><b>1. Длительность существования АГ, уровни повышения АД, наличие ГК</b> <b>2. Диагностика вторичных форм АГ</b> Семейный анамнез почечных заболеваний (поликистоз почек) Наличие в анамнезе почечных заболеваний, инфекций мочевого пузыря, гематурии, злоупотребление анальгетиками (паренхиматозные заболевания почек) Употребление различных лекарств или веществ: оральные противозачаточные средства, назальные капли, стероидные и нестероидные противовоспалительные средства, кокаин, эритропозин, циклоспорины Эпизоды пароксизмального потоотделения, головных болей, тревоги, сердцебиений (феохромоцитома) Мышечная слабость, парестезии, судороги (альдостеронизм)</p> <p><b>3. Факторы риска</b> Наследственная отягощённость по АГ, ССЗ, ДЛП, сахарному диабету Наличие в анамнезе больного ССЗ, ДЛП, сахарного диабета Курение Нерациональное питание Ожирение Низкая физическая активность Храп и указания на остановки дыхания во время сна (сведения со слов родственников пациента) Личностные особенности пациента</p> <p><b>2. Данные, свидетельствующие о ПОМ и АКС</b> Головной мозг и глаза – головная боль, головокружения, нарушение зрения, ТИА, сенсорные и двигательные расстройства Сердце – сердцебиение, боли в грудной клетке, одышка, отёки Почки – жажда, полиурия, никтурия, гематурия, отёки Периферические артерии – похолодание конечностей, перемежающаяся хромота</p> <p><b>3. Предшествующая антигипертензивная терапия: применяемые антигипертензивные препараты, их эффективность и переносимость</b> <b>4. Оценка возможности влияния на АГ факторов окружающей среды, семейного положения, рабочей обстановки</b></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(минимум за 30 секунд) после второго измерения АД в положении сидя.

**Измерение АД в домашних условиях**  
Показатели АД, полученные в домашних условиях, могут стать ценным дополнением к клиническому АД при диагностике АГ и контроле эффективности лечения, но предполагают применение других нормативов. Принято считать, что величина АД равная 140/90 мм рт.ст., измеренная на приёме у врача, соответствует АД примерно 130-135/85 мм рт.ст. при измерении дома. Оптимальная величина АД при самоконтроле составляет 130/80 мм рт.ст. Для самоконтроля АД могут быть использованы традиционные тонометры со стрелочными манометрами, но в последние годы предпочтение отдаётся автоматическим и полуавтоматическим приборам для домашнего применения, прошедшим строгие клинические испытания для подтверждения точности измерений. Следует с осторожностью трактовать результаты, полученные с помощью большинства имеющихся в настоящее время приборов, которые измеряют АД на запястье; необходимо также иметь в виду, что приборы, измеряющие АД в артериях пальцев кисти, отличаются низкой точностью получаемых при этом значений АД.

Величины АД, полученные при СКАД, позволяют получить дополнительную информацию о прогнозе ССО. Проведение его показано при подозрении на изолированную клиническую артериальную гипертензию, при необходимости длительного контроля АД на фоне медикаментозного лечения, при АГ, резистентной к лечению. СКАД может применяться при диагностике и лечении АГ у беременных, у пациентов с сахарным диабетом, у пожилых.

СКАД обладает следующими достоинствами:

- даёт дополнительную информацию об антигипертензивной эффективности терапии;
- улучшает приверженность пациентов к лечению;
- измерение проводится под контролем пациента, поэтому в отличие от СМАД в отношении полученных данных об уровне АД меньше сомнений по поводу надёжности работы аппарата и условий измерения АД.

СКАД не может быть рекомендован в следующих ситуациях:

- измерение вызывает беспокойство у пациента;
- пациент склонен использовать полученные результаты для самостоятельной коррекции терапии.

Вместе с тем необходимо учитывать, что СКАД не может дать информацию об уровнях АД в течение «повседневной» дневной активности, особенно у работающей части населения и об АД в ночные часы.

**Суточное мониторирование АД**

Клиническое АД является основным методом определения величины АД и стратификации риска, но суточное мониторирование АД имеет ряд определённых достоинств:

- даёт информацию об АД в течение «повседневной» дневной активности и в ночные часы;
- позволяет уточнить прогноз сердечно-сосудистых осложнений;
- более тесно связано с изменениями в органах мишенях исходно и с наблюдаемой их динамикой в процессе лечения;
- более точно оценивает антигипертензивный эффект терапии, так как позволяет уменьшить эффект «белого халата» и плацебо.

СМАД предоставляет важную информацию о состоянии механизмов сердечно-сосудистой регуляции, в частности позволяет определять суточный ритм АД, ночную гипотензию и гипертензию, динамику АД во времени и равномерность антигипертензивного эффекта препаратов.

Ситуации, в которых выполнение СМАД наиболее целесообразно:

- повышенная лабильность АД при повторных измерениях, визитах или по данным самоконтроля;
- высокие значения клинического АД у пациентов с малым числом факторов риска и отсутствием характерных для АГ изменений органов-мишеней;
- нормальные значения клинического АД у пациентов с большим числом факторов риска и/или наличием характерных для АГ изменений органов-мишеней;
- большие различия в величине АД на приёме и по данным самоконтроля;
- резистентность к антигипертензивной терапии;
- эпизоды гипотензии, особенно у пожилых пациентов и больных сахарным диабетом;
- АГ у беременных и подозрение на преэклампсию.

Для проведения СМАД могут быть рекомендованы только аппараты, успешно прошедшие строгие клинические испытания

**Данные физикального обследования, указывающие на вторичный характер АГ и органную патологию**

<p><b>Признаки вторичной АГ</b> Симптомы болезни или синдрома Иценко – Кушинга Нейрофиброматоз кожи (может указывать на феохромоцитому) При пальпации увеличенные почки (поликистоз почек, объёмные образования) Аускультация области живота – шум над областью брюшного отдела аорты, почечных артерий (стеноз почечных артерий – вазоренальная АГ) Аускультация области сердца, грудной клетки (коарктация аорты, заболевания аорты) Ослабленный или запаздывающий пульс на бедренной артерии и сниженный уровень АД на бедренной артерии (коарктация аорты, атеросклероз, неспецифический аортоартериит) <b>Признаки ПОМ и АКС</b> Головной мозг – аускультация шумов над сонными артериями, двигательные или сенсорные расстройства Сетчатка глаза – изменения сосудов глазного дна Сердце – смещение границ сердца, усиление верхушечного толчка, нарушения ритма сердца, оценка симптомов ХСН (хрипы в лёгких, наличие периферических отёков, определение размеров печени) Периферические артерии – отсутствие, ослабление или асимметрия пульса, похолодание конечностей, симптомы ишемии кожи Каротидные артерии – систолический шум <b>Показатели висцерального ожирения</b> Увеличение окружности талии (в положении стоя) у мужчин &gt; 102 см, у женщин &gt; 88 см Повышение индекса массы тела (вес тела (кг)/рост (м<sup>2</sup>): избыточный вес ≥ 25 кг/м<sup>2</sup>, ожирение ≥ 30 кг/м<sup>2</sup>.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

по международным протоколам для подтверждения точности измерений. При интерпретации данных СМАД основное внимание должно быть уделено средним значениям АД за день, ночь и сутки (и их соотношениям). Остальные показатели представляют несомненный интерес, но требуют дальнейшего накопления доказательной базы.

**Изолированная клиническая АГ**

У некоторых лиц при измерении АД медицинским персоналом регистрируемые величины АД соответствуют АГ, тогда как показатели СМАД или АД, измеренного в домашних условиях, остаются в пределах нормальных величин, то есть имеет место АГ «белого халата», или, что более предпочтительно, «изолированная клиническая АГ» (ИКАГ). ИКАГ выявляется примерно у 15% лиц в общей популяции. У этих лиц риск ССО меньше, чем у больных АГ. Однако по сравнению с нормотониками у этой категории лиц чаще наблюдаются органные и метаболические изменения. Достаточно часто ИКАГ со временем трансформируется в обычную АГ. Предвидеть возможность выявления АГ в каждом конкретном случае сложно, однако чаще ИКАГ наблюдается при АГ 1-й степени у женщин, пожилых, некурящих лиц, при недавнем выявлении АГ и при небольшом числе измерений АД в амбулаторных и клинических условиях.

Диагностика ИКАГ проводится на основании данных СКАД и СМАД. При этом наблюдается повышенное клиническое АД при повторных измерениях (как минимум трижды), тогда как показатели СКАД (среднее значение АД за 7 дней измерения) и СМАД находятся в пределах нормы (см. табл. 1). Диагностика ИКАГ по данным СКАД и СМАД может не совпадать, причём особенно часто это наблюдается у работающих пациентов. В этих случаях необходимо ориентироваться на данные СМАД. Установление данного диагноза требует проведения исследования для уточнения наличия ФР и поражения органов-мишеней. У всех пациентов с ИКАГ необходимо использовать немедикаментозные методы лечения АГ. При наличии высокого

**Лабораторно-инструментальные методы исследования**

<p><b>Обязательные исследования</b> Общий анализ крови и мочи Содержание в плазме крови глюкозы (натощак) Содержание в сыворотке крови ОХС, ХС ЛВП, ТГ, креатинина, мочевой кислоты, калия Определение клиренса креатинина (по формуле Кокрофта – Голта) или скорости клубочковой фильтрации (по формуле MDRD) Определение МАУ ЭКГ Исследование глазного дна ЭхоКГ* <b>Исследования, рекомендуемые дополнительно</b> УЗИ почек и надпочечников УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий Рентгенография органов грудной клетки Суточное мониторирование АД; самоконтроль АД Определение лодыжечно-плечевого индекса Определение скорости пульсовой волны (показатель ригидности магистральных артерий)* Тест толерантности к глюкозе – при уровне глюкозы в плазме крови &gt; 5,6 ммоль/л (100 мг/дл) Количественная оценка протеинурии (если диагностические полоски дают положительный результат) <b>Углублённое исследование</b> Осложнённая АГ – оценка функционального состояния мозгового кровотока, миокарда, почек, магистральных артерий Выявление вторичных форм АГ – исследование в крови концентрации альдостерона, кортикостероидов, активности ренина; определение катехоламинов и их метаболитов в суточной моче и/или в плазме крови; брюшная аортография; КТ или МРТ надпочечников, почек и головного мозга, КТ или МР-ангиография</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\*проводится там, где есть возможность

**Таблица 7**

по-видимому, позволит выявить дополнительную группу пациентов с «псевдогипертонией», у которых имеет место нормальное центральное давление, но повышенное АД на плече из-за аномально высокой суммы прямой и отражённой волн давления в верхних конечностях. Определённый вклад в повышение АД в плечевой артерии относительно АД в аорте вносит повышение жёсткости её стенки, и значит, необходимость создания большей компрессии в манжете. Эти факты, несомненно, необходимо учитывать, но доказательная база в отношении преимуществ расчётного центрального давления перед традиционным АД, измеряемым на плече, требует дальнейших полномасштабных исследований.

**Методы обследования**

После выявления АГ следует обследовать пациента на предмет исключения симптоматических АГ, определить степень и стадию АГ, а также риск ССО.

**Сбор анамнеза.** Тщательно собранный анамнез обеспечивает возможность получения важной информации о сопутствующих факторах риска, признаках ПОМ, АКС и вторичных формах АГ. В таблице 6 представлены сведения, которые необходимо выяснить у пациента при беседе с ним.

**Физикальное исследование.** Физикальное обследование больного АГ направлено на выявление ФР, признаков вторичного характера АГ и органных поражений. Измеряются рост и вес с вычислением ИМТ (кг/м<sup>2</sup>), окружность талии. Данные физикального обследования, указывающие на вторичный характер АГ, и органные поражения представлены в таблице 7.

**Лабораторные и инструментальные методы исследования.** При обследовании больного АГ необходимо идти от простых методов исследования к более сложным. На первом этапе выполняют рутинные исследования, обязательные для каждого больного для диагностики АГ. Если на этом этапе у врача отсутствуют основания подозревать вторичный характер АГ и полученных данных достаточно для чёткого определения группы риска пациента и, соответственно, тактики лечения, то на этом обследовании может быть закончено. На втором этапе рекомендуются дополнительные исследования для уточнения формы вторичной АГ, оценки ФР, ПОМ и АКС. Профильные специалисты по показаниям проводят углублённое обследование пациента, когда требуется подтвердить вторичный характер АГ и тщательно оценить состояние больных при осложнённом течении АГ (таблица 8).

**Исследование состояния органов-мишеней**

Обследование с целью выявления ПОМ чрезвычайно важно, так как оно позволяет не только определить риск развития ССО, но и проследить за состоянием больных в динамике, проанализировать эффективность и безопасность антигипертензивной терапии. Для выявления ПОМ используют дополнительные методы исследования сердца, магистральных артерий, почек, головного мозга. Выполнение этих исследований показано в тех случаях, когда они могут повлиять на оценку уровня риска и тактику ведения пациента.

**Сердце** – для оценки состояния сердца выполняются электрокардиография и эхокардиография. Электрокардиография по критерию индекса Соколова – Лайона (SV<sub>1</sub>+RV<sub>5-6</sub> > 38 мм) и Корнельского произведения (RAVL+SV<sub>5</sub>) мм x QRS мс > 2440 мм x мс) позволяет выявить гипертрофию левого желудочка. Более чувствительным и специфичным методом поражения сердца при АГ является расчёт индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) с помощью ЭхоКГ. Верхнее значение нормы для этого показателя составляет 125 г/м<sup>2</sup> для мужчин и 110 г/м<sup>2</sup> для женщин. По соотношению толщины задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) и его радиуса (РЛЖ), а также с учётом величины ИММЛЖ можно определить тип ремоделирования левого желудочка.

При ТЗСЛЖ/РЛЖ > 0,42 и увеличении ИММЛЖ имеет место концентрическая ГЛЖ, при ТЗСЛЖ/РЛЖ < 0,42 и увеличении ИММЛЖ – эксцентрическая ГЛЖ, в случае же ТЗСЛЖ/РЛЖ > 0,42 и нормальном ИММЛЖ – концентрическое ремоделирование. Прогностически наименее благоприятным является концентрическая ГЛЖ. ЭхоКГ позволяет также оценить диастолическую и систолическую функции левого желудочка.

**Сосуды** – для диагностики поражения магистральных артериальных сосудов при АГ проводится ультразвуковое исследование общей сонной артерии, что позволяет выявить признаки ремоделирования (гипертрофии) её стенки по признаку утолщения комплекса «интима-медиа» более 0,9 мм. Утолщение комплекса «интима-медиа» более

(Продолжение. Начало на стр. 7)

Таблица 9

Тактика ведения больных АГ в зависимости от риска ССО

ФР, ПОМ и СЗ	Артериальное давление (мм рт.ст.)			
	Высокое нормальное 130-139/85-89	АГ I ст. 140-159/90-99	АГ II ст. 160-179/100-109	АГ III ст. $\geq 180/110$
Нет ФР	Снижения АД не требуется	Изменение ОЖ на несколько месяцев, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию
1-2 ФР	Изменение образа жизни	Изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ на несколько недель, при отсутствии контроля АД начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию
$\geq 3$ ФР, ПОМ, МС	Изменение ОЖ + рассмотреть необходимость лекарственной терапии	Изменение ОЖ + начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию
СД	изменение ОЖ + начать лекарственную терапию			
АКС	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию	Изменение ОЖ + немедленно начать лекарственную терапию

1,3 мм или локальное утолщение на 0,5 мм или на 50% относительно соседних участков в области бифуркации или внутренней сонной артерии расценивается как признак её атеросклеротического поражения.

С помощью доплерографии на сосудах лодыжки и плеча и измерения на них АД можно рассчитать лодыжечно-плечевой индекс. Снижение его величины менее 0,9 свидетельствует об облитерирующем поражении артерий нижних конечностей и может расцениваться как косвенный признак выраженного атеросклероза.

Существует высокая степень корреляции между вероятностью развития ССО и жесткостью крупных (эластических) артерий, оцениваемой по величине скорости распространения пульсовой волны на участке между сонной и бедренной артериями. Наибольшая вероятность осложнений наблюдается при повышении скорости пульсовой волны более 12 м/с.

**Почки** – для диагностики патологии почек и уточнения их функционального состояния исследуют уровень креатинина в сыворотке крови и экскрецию белка с мочой. Обязательно рассчитывают клиренс креатинина по формуле Кокрофта – Голта и СКФ по MDRD формуле. Снижение клиренса креатинина  $< 60$  мл/мин или СКФ  $< 60$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup> свидетельствует о начальных изменениях функции почек даже при нормальном уровне креатинина крови.

Исследование мочи на наличие белка с помощью тест-полосок проводится всем пациентам. При отрицательном результате рекомендуется использование специальных методов для выявления микроальбуминурии (30-300 мг/сут). Микроальбуминурия подтверждает наличие у пациента нефропатии, которая является важным предиктором ССО. Показано определение концентрации мочевого кислоты в крови, так как гиперурикемия часто наблюдается при нелеченой АГ, особенно в рамках МС, и может коррелировать с наличием нефроангиосклероза.

**Исследование сосудов глазного дна** целесообразно у молодых пациентов и больных с тяжелой АГ, так как небольшие изменения сосудов сетчатки часто являются неспецифичными и присутствуют без связи с АГ. Выраженные изменения – кровоизлияния, экссудаты и отёк соска зрительного нерва – у больных с тяжелой АГ ассоциируются с повышенным СС риском.

**Головной мозг.** Проведение КТ или МРТ позволяет уточнить наличие, характер и локализацию патологических изменений, выявить зоны лейкоареоза и бессимптомно перенесённые МИ. Эти методы относятся к дорогостоящим и не являются повсеместно доступными, но их высокая информативность служит основанием для широкого использования в клинической практике. У пожилых пациентов с АГ часто необходимо проведение специальных тестов с использованием опросников для раннего выявления деменции.

**Генетический анализ у больных АГ.** У больных АГ часто прослеживается отягощённый семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям, что является основанием предполагать её наследственный характер. Гипертоническая болезнь имеет многофакторную этиологию и относится к полигенным заболеваниям. В ряде исследований показано повышение уровня экспрессии и наличие «неблагоприятных» вариантов полиморфизма генов, кодирующих пренервные системы регуляции АД, такие как АПФ, ангиотензиноген, рецепторы к ангиотензину II и др. Роль этих генетических факторов в патогенезе ГБ нуждается в дальнейшем изучении. Генетическая предрасположенность к АГ может оказывать влияние на эффективность и переносимость антигипертензивной терапии. В клинической практике важно обнаружить или исключить редкие, моногенные формы наследственной АГ. К ним относятся, в частности, синдром Лиддла, патология

амилоид-чувствительных эпителиальных натриевых каналов, синдром кажущейся избыточности минералокортикоидной активности и гиперальдостеронизм, корригируемый глюкокортикоидами. Генетическое исследование и выявление мутантного гена позволяет в таких случаях понять патогенез АГ и в ряде случаев провести патогенетическую терапию.

## Тактика ведения больных АГ

### Цели терапии

Основная цель лечения больных АГ состоит в максимальном снижении риска развития ССО и смерти от них. Для достижения этой цели требуется не только снижение АД до целевого уровня, но и коррекция всех модифицируемых ФР (курение, дислипидемия, гипергликемия, ожирение), торможение процесса и уменьшение степени поражения органов-мишеней, а также лечение ассоциированных и сопутствующих заболеваний – ИБС, СД и т.д.

При лечении АГ у всех больных АД должно быть менее 140/90 мм рт.ст., что является целевым уровнем. При хорошей переносимости назначенной терапии целесообразно снижение АД до более низких значений. У пациентов с высоким и очень высоким риском ССО необходимо снизить АД до 140/90 мм рт.ст. и менее в течение 4 недель. В дальнейшем при условии хорошей переносимости рекомендуется снижение АД до 130/80 мм рт.ст. и менее.

При проведении антигипертензивной терапии следует иметь в виду, что бывает трудно достичь уровня САД менее 140 и тем более ниже 130 мм рт.ст. у пациентов с СД, ПОМ, у пожилых больных и уже имеющих ССО. Достижение более низкого целевого уровня АД возможно только при хорошей переносимости и может занимать больше времени, чем его снижение до величины менее 140/90 мм рт.ст. При плохой переносимости снижения АД рекомендуется его снижение в несколько этапов. На каждой ступени АД снижается на 10-15% от исходного уровня за 2-4 недели с последующим перерывом для адаптации пациента к более низким величинам АД. Следующий этап снижения АД и, соответственно, усиление антигипертензивной терапии в виде увеличения доз или количества принимаемых препаратов возможно только при условии хорошей переносимости уже достигнутых величин АД.

Если переход на следующий этап вызывает ухудшение состояния пациента, целесообразно вернуться на предыдущий уровень ещё на некоторое время. Таким образом, снижение АД до целевого уровня происходит в несколько этапов, число которых индивиду-

ально и зависит как от исходного уровня АД, так и от переносимости антигипертензивной терапии. Использование этапной схемы снижения АД с учётом индивидуальной переносимости, особенно у пациентов с высоким и очень высоким риском ССО, позволяет достичь даже целевого уровня АД менее 130/80 мм рт.ст., избежать эпизодов гипотонии, а также увеличения связанного с ней риска развития ИМ и МИ. При достижении целевых уровней АД необходимо учитывать нижнюю границу снижения АД до 110 мм рт.ст. – САД и 70 мм рт.ст. – ДАД, а также следить за тем, чтобы в процессе лечения не происходило увеличения пульсового АД у пожилых пациентов, что происходит главным образом за счёт снижения ДАД.

### Общие принципы ведения больных

После оценки сердечно-сосудистого риска вырабатывается индивидуальная тактика ведения пациента. Важнейшими её аспектами являются решения о целесообразности и выборе медикаментозной терапии. При определении показаний к антигипертензивной терапии следует учитывать степень ССР и величину АД. Степень ССР служит основным показанием для назначения антигипертензивных препаратов (см. табл. 9).

Существуют убедительные доказательства пользы антигипертензивной терапии у лиц с высоким нормальным уровнем АД и высоким риском развития ССО, в первую очередь это касается больных ИБС или СД, а также перенёвших МИ или ТИА.

Рекомендации по изменению образа жизни должны даваться всем пациентам, имеющим АГ (или высокое нормальное АД в сочетании хотя бы с одним фактором риска), и этому должно уделяться особое внимание. У лиц с высоким и очень высоким суммарным сердечно-сосудистым риском независимо от уровня АД антигипертензивная терапия назначается немедленно. При умеренном риске у больных с АГ I-II степени рекомендуется изменение образа жизни с оценкой ситуации через несколько недель и началом медикаментозного лечения в случае её сохранения. У лиц с высоким нормальным давлением при умеренном риске обязательно рекомендуется изменение образа жизни, решение же о начале лекарственной терапии принимается индивидуально.

Наиболее вероятно её назначение в случае наличия у больного метаболического синдрома или поражения органов-мишеней, особенно в комбинации с другими факторами риска. При низком риске у лиц с АГ I степени рекомендуется изменение образа жизни с оценкой ситуации через несколько месяцев и началом медикаментозного лечения в случае безуспешности предпринимаемых усилий. У лиц с высоким нормальным

АД, имеющих не более 2 факторов риска, предписывается только изменение образа жизни.

### Мероприятия по изменению образа жизни

Мероприятия по изменению образа жизни рекомендуются всем больным, в том числе получающим медикаментозную терапию, особенно при наличии ФР. Они позволяют:

- снизить АД;
- уменьшить потребность в антигипертензивных препаратах и повысить их эффективность;
- благоприятно повлиять на имеющиеся ФР;
- осуществить первичную профилактику ГБ у больных с высоким нормальным АД и у имеющих ФР.

Немедикаментозные методы включают в себя:

- отказ от курения;
- нормализацию массы тела (ИМТ  $< 25$  кг/м<sup>2</sup>);
- снижение потребления алкогольных напитков  $< 30$  г алкоголя в сутки у мужчин и 20 г/сут у женщин;
- увеличение физической нагрузки – регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30-40 минут не менее 4 раз в неделю;
- снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут;
- изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров.

### Медикаментозная терапия

У всех больных АГ необходимо добиваться постепенного снижения АД до целевых уровней. Особенно осторожно следует снижать АД у пожилых и у больных, перенёвших ИМ и МИ. Количество назначаемых препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ I степени и отсутствии ССО достижение целевого АД возможно примерно у 50% больных на фоне монотерапии. При АГ II и III степеней и наличии осложнений, например СД и диабетической нефропатии, в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов.

В настоящее время возможно использование 2 стратегий стартовой терапии АГ: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии с последующим увеличением количества и/или доз лекарственных средства при необходимости (см. схема 1). Монотерапия на старте лечения может быть выбрана для пациентов с небольшим повышением АД и низким или умеренным риском. Комбинация двух препаратов в низких дозах должна быть предпочтительна у больных с АГ II-III ст. и высоким или очень высоким риском (см. схема 1.). Монотерапия базируется на поиске оптимального для больного препарата; переход на комбинированную терапию целесообразен только в случае отсутствия эффекта последней. Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия.

(Продолжение следует.)

Под редакцией исполняющей обязанности генерального директора Российского кардиологического научно-практического комплекса, академика РАН Ирины ЧАЗОВОЙ.

### Определить степень сердечно-сосудистого риска

Небольшое повышение АД  
Низкий/средний риск



Серьезное повышение АД  
Высокий/очень высокий риск

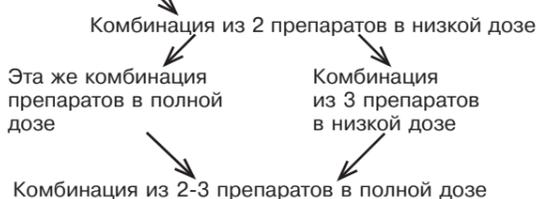


Схема 1. Выбор стартовой терапии для достижения целевого уровня АД

Традиционно в начале осени принято подводить первые итоги года и делать прогнозы на будущее. Последние законодательные нововведения и основные знаковые события, произошедшие в этом году на отечественном рынке лекарств, эксперты фармотрасли обсудили в рамках конференции «Фармацевтический рынок России: итоги и перспективы», состоявшейся в Москве.

### По всей цепочке

— Мы уже адаптировались к тому, что каждый год появляются законодательные новеллы в сфере лекарственного обеспечения, кто-то их критикует, кто-то с ними не соглашается, но отрасль продолжает жить и развиваться, и это самое главное, — отметил генеральный директор Ассоциации российских фармпроизводителей Виктор Дмитриев.

Одна из последних инициатив — пилотный проект по маркировке и мониторингу движения лекарственных препаратов. Его основная цель — обеспечить защиту законного оборота от недоброкачественных лекарств и контрафакта. Для этого на каждую упаковку будет наноситься специальная метка — контрольный идентификационный знак, в котором закодирована основная информация о препарате. За основу взят передовой зарубежный опыт, аналогичные системы слежения за лекарственными препаратами существуют в разных странах мира.

Проект определенно важен для современного рынка, подчеркнул В.Дмитриев. В настоящее время в рамках рабочей группы при Росздравнадзоре ведётся плановая работа по его реализации, в еженедельном режиме осуществляется мониторинг проводимых мероприятий, и, как выразился спикер, есть уверенность, что он будет реализован качественно и в срок. Тем не менее при практическом воплощении проекта обозначились некоторые вопросы технического характера, которые трудно было предвидеть на подготовительном этапе. Например, несоответствия в базах данных (несовпадение адресов, неточности в документации и пр.). Однако все эти вопросы оперативно решаются в штатном режиме, подчеркнул глава ассоциации.

Эксперимент по маркировке, как уточнил заместитель начальника Управления организации госконтроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Константин Беланов, стартовал 1 февраля 2017 г. Он напомнил, что аналогичная система обязательной маркировки уже внедрена ФНС России в отношении меховых изделий. Теперь очередь дошла и до лекарств.

### В два этапа

Ещё в 2015 г. Минздраву России было поручено обеспечить разработку и поэтапное внедрение автоматизированной системы мониторинга движения лекарственных

## Итоги и прогнозы

# Фармацевтические сдвиги

## Регуляторы меняют ландшафт российского рынка лекарств



препаратов от производителя до конечного потребителя с использованием маркировки (кодификации). Соответствующий документ был утверждён в конце октября прошлого года. В настоящее время реализуется первый этап проекта (ранее упомянутый «эксперимент»), он должен завершиться 31 декабря 2017 г. На добровольной основе в нём задействованы 22 участника (отечественные и зарубежные производители, оптовые организации, аптечные сети и одна медицинская организация). В настоящее время подключается «вторая волна» — ещё 24 участника.

Кроме того, как рассказал представитель Росздравнадзора, ведомством в ближайшее время будут разосланы письма в субъекты РФ с предложением включиться в эксперимент. «Мы хотим, чтобы в каждом регионе страны к концу года были созданы так называемые центры компетенции, включающие в себя крупное лечебное учреждение и одну-две аптечные сети. Это тот масштаб участников эксперимента, который мы себе представляем», — пояснил К.Беланов.

Второй этап проекта (с 1 января по 31 декабря 2018 г.) предполагает введение обязательной маркировки всех лекарственных средств, обращающихся на рынке. По предварительным подсчётам, система будет отслеживать около 6 млрд упаковок лекарственных препаратов в год и охватит более 350 тыс. участников оборота, среди которых около 1 тыс. отечественных и зарубежных фармпроизводителей, свыше 100 тыс. медицинских и 250 тыс. аптечных организаций.

По словам К.Беланова, в настоящее время в системе зарегистрировано около 420 тыс. упаковок лекарственных препаратов.

### Pro et contra

Однако перспектива внедрения маркировки лекарственных препаратов вызывает опасения у не-

которых производителей. В частности, председатель совета директоров одной из компаний Григорий Левицкий сравнил её с «пятой колонной». По его словам, маркировка может быть актуальна для препаратов высоко-го ценового сегмента, участвующих в программе «Семь нозологий», а не «копеечных» зелёнки и перекиси водорода.

— Для производителей дешёвых лекарств это лёгкий кошмар, — заявил Г.Левицкий. — Мы не участвуем в эксперименте, так как мы не богатое предприятие, средняя цена нашей упаковки — порядка 20 руб.

По его словам, чтобы оснастить свои линии оборудованием для маркировки, предприятию придётся потратить 100-150 млн руб. Кроме того, это приведёт к тотальной зависимости от производителей оборудования для сериализации, которое на 99,5% импортное. «И если отрасль в целом за прошлый год заработала порядка 20 млрд руб. прибыли, то, по приблизительным прикидкам, около 14 млрд вместо реинвестирования в развитие производства и разработку новых продуктов она, по сути, должна заплатить за рубежом, чтобы на каждой пачке висел код», — резюмировал представитель фарминдустрии.

В качестве альтернативы, Г.Левицкий предложил отложить дату полного введения маркировки и сместить на более поздние сроки поэтапное внедрение системы, а также сделать ставку на отечественное производство маркировочного оборудования.

Эмоциональное выступление Г.Левицкого нашло отклик далеко не у всех участников конференции. В свою очередь, эксперт Агентства стратегических инициатив Алексей Мартынов высказал мнение, что маркировка не сильно удорожает продукцию. «Я оперативно связался с производителями аппаратуры для агрегации и сериализации: самая дешёвая установка стоит 117 тыс. евро, это 20 пачек в минуту. Однозначно маркировка нужна как дополнительная, правильная регуляторная мера», — парировал эксперт.

Напомним, что в распространённом ранее Росздравнадзором обращении глава ведомства Михаил Мурашко заявил, что с 2018 г. система маркировки лекарственных препаратов станет обязательной: «Это факт, и обсуждать его нет смысла. Сегодня бета-версия программы уже

сделана и установлена у ряда производителей, аптечных организаций и дистрибьюторов».

По его словам, внедрение маркировки поможет решить целый ряд проблем, связанных с контролем качества, выявлением подделок и ценовым контролем лекарственных средств. Всё делается для того, чтобы в первую очередь обеспечить пациента безопасными, эффективными и качественными лекарственными средствами. «Это наша общая главная задача, и мы с ней справимся, в чём я абсолютно не сомневаюсь», — подчеркнул глава ведомства.

### Дёшево — сердито?

Участники конференции также обозначили свою позицию в отношении наиболее обсуждаемой и дискутируемой сегодня темы, касающейся ценообразования на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП). По мнению экспертов отрасли, представленная Минздравом методика ценообразования требует дальнейшей доработки, детализации, а в ряде случаев разъяснений.

Основные опасения фармсообщества в отношении принятия этого документа суммировал в своём выступлении член Экспертного совета при Открытом правительстве РФ Владимир Гурдус. По словам эксперта, предлагаемая методика носит весьма жёсткий характер. «Изменения в текущем виде не способствуют стимулированию инвестиций и локализации производства в фармацевтической отрасли. Кроме того существует риск сокращения R&D активности компаний, по крайней мере в нише, которая связана с государственными закупками», — считает В.Гурдус.

В частности, в экспертном заключении, подготовленном в августе текущего года (его текст размещён на сайте Открытого правительства), предлагается доработать направления, связанные с установлением базы для определения предельной отпускной цены, формированием перечня референтных стран и сроками регистрации предельных отпускных цен.

По мнению исполнительного директора Союза профессиональных фармацевтических организаций Лилии Титовой, основные проблемы, связанные с разработкой новой методики, идут от целеполагания. «Все говорят об одном и том же — надо снизить цены на лекарства. Но это не совсем правильно, поскольку запросы у населения разные. Одни ратуют за снижение цен, другие, придя в

аптеку, хотят приобрести те торговые марки, к которым привыкли, и это мнение также надо учитывать», — пояснила эксперт.

Кроме того, снижение цен на препараты может отразиться на качестве конечного продукта. Стараясь снизить издержки, производители неизбежно начнут экономить: закупать более дешёвые субстанции, снижать вложения в систему контроля качества на производстве, дистрибуцию и т.д.

### Третий — не лишний

Среди других вопросов, которые фигурировали в отрасли в активном режиме в этом году, предложенная Минпромторгом трёхступенчатая система предпочтений для отечественных фармпроизводителей при проведении госзакупок. На сегодняшний день в этом вопросе удалось достигнуть консенсуса, и с высокой степенью вероятности данное постановление будет принято до конца 2017 г., заключил В.Гурдус.

Параллельно активно велась дискуссия, инициированная Федеральной антимонопольной службой, об отмене правила «третий лишний» (Постановление Правительства № 1289). Согласно документу, предложения о поставке лекарств иностранного происхождения не могут участвовать в закупках при наличии двух и более заявок о поставке препаратов, произведённых в странах ЕАЭС.

По оценке ФАС, этот механизм себя не оправдал в плане снижения цен на лекарства. В частности, зафиксированы случаи, когда иностранная компания снималась с торгов, при этом российские компании предлагали лекарства по более высокой цене. Тем не менее окончательного решения по этому вопросу пока не принято.

Ещё одна актуальная тема — заключение специнвестконтрактов (СПИК) в отрасли. Механизм СПИК был введён в 2015 г. Федеральным законом «О промышленной политике». Он позволяет его участнику получить определённые льготы, преференции и преимущества со стороны государства «в обмен» на принятие на себя обязательств по созданию или модернизации локализованного в России промышленного производства. По словам В.Гурдуса, в настоящее время 8 компаний подали заявку в Минпромторг на заключение специнвестконтрактов. Ожидается, что первые фармацевтические СПИК будут подписаны к концу 2017 г.

Ирина СТЕПАНОВА,  
корр. «МГ».

## На контроле

Подведены итоги проведения на территории РФ операции «Пангея», направленной на противодействие торговле в сети Интернет незарегистрированными, фальсифицированными и контрафактными лекарственными средствами и медицинскими изделиями. Это масштабное мероприятие, организованное Генеральным секретариатом Интерпола совместно со Всемирной таможенной организацией, проводится ежегодно с 2008 г.

По данным МВД, за последние 3 года, несмотря на официальный запрет на торговлю на территории России лекарственными средствами в сети Интернет, объём рынка в этой сфере вырос более чем в 2 раза. Проверки показали, что чаще всего реализуются поддельные средства для лечения нарушений эректильной функции (виагра и её аналоги), дерматологические препараты, презервативы, таблетки для похудения, БАД, гормональные препараты, опиоидные анальге-

# Операция «Пангея»

## За последние три года незаконная торговля лекарствами в сети Интернет выросла более чем в два раза

тики, сильнодействующие, психотропные и наркотические средства, оборот которых на территории РФ ограничен.

В ходе проведения операции правоохранительные органы РФ были ориентированы на выявление и пресечение преступлений в сфере фармацевтической деятельности, обращалось внимание на участвовавшие случаи продаж через интернет-аптеки наркотических средств и психотропных веществ под видом лекарственных препаратов. Особый акцент был сделан на необходимости противодействия незаконной продаже препаратов,

в состав которых входят опиоиды, в частности фентанил, а также фальсифицированных медицинских изделий (стоматологическое оборудование и имплантаты, контактные линзы, тест-полоски, презервативы, трансдермальные пластыри, диагностическое медицинское оборудование, косметологические аппараты и др.).

Как сообщили в пресс-службе МВД, было выявлено около 700 интернет-ресурсов (включая ресурсы с бесплатными объявлениями и социальные сети), на которых предлагались к продаже рецептурные лекарственные средства. Прово-

дятся проверки, часть ресурсов уже заблокирована или удалена.

Уголовные дела возбуждены по фактам совершения мошеннических действий, производства, сбыта или ввоза на территорию Российской Федерации фальсифицированных лекарственных средств и медицинских изделий.

Так, московскими полицейскими возбуждено уголовное дело в отношении лиц, действующих в организованной группе, осуществляющих реализацию фиктивного медицинского оборудования и лекарственных средств, фактически не обладающих предлагаемыми при

реализации свойствами, выявлено 33 эпизода преступной деятельности организованной группы, от потерпевших получены заявления по факту мошеннических действий при реализации им фальсифицированных лекарственных средств.

Совместными усилиями правоохранительных органов во всём мире изъято около 25 млн потенциально опасных медицинских препаратов, в сети Интернет проведена проверка более 7 тыс. сайтов, осуществляющих торговлю нелегальными лекарственными препаратами, деятельность около 3 тыс. из них прекращена, таможенными органами досмотрено более 700 тыс. подозрительных посылок, из которых около 500 тыс. было задержано для проведения проверки, конфисковано почти 25 млн упаковок поддельных лекарственных препаратов на сумму около 500 млн долл. За незаконное производство и распространение лекарственных препаратов задержаны около 400 лиц.

Анна КРАСАВКИНА.

– Я и сегодня убеждён в верности своих действий. Да, нелегко пришлось тогда, но считаю своим долгом при любых обстоятельствах выступать в защиту здоровья людей. Такова моя гражданская позиция. К сожалению, наша страна является одним из мировых лидеров по потреблению суммарного алкоголя на душу населения. В то время, которое вы вспоминаете, ситуация усугублялась одновременным наложением резко возрастающего объёма пива. Эту комплексную многофакторную проблему прежде всего должны были озвучивать мы, медики. Необходимо поставить надёжный заслон и недоброкачественной продукции, и недобросовестной рекламе. Они не должны приносить вреда, ибо в первую очередь воздействуют на детей и подростков. С помощью «молодёжных» напитков, к которым относятся слабоалкогольные и энергетические напитки и пиво, в процесс алкоголизации вовлекается подростковая группа населения страны. Своим постановлением я пытался противостоять снижению возрастного порога молодёжи, употребляющей спиртное. Подписанный мною документ был необходимой, осознанной, своевременной мерой, что подтвердила дальнейшая политика руководства страны и медицинского ведомства в области формирования здорового образа жизни, прежде всего среди молодёжи.

– В последнее время вы отошли от непосредственного решения здравоохранительных проблем, занимаясь разве что вопросами медицинской науки и фармацевтического образования. А как насчёт сотрудничества с Минздравом России?

– Кто вам сказал, что я перестал заниматься вопросами здоровья государства и граждан? Даже на нынешней ответственной должности остаюсь врачом-эпидемиологом. В качестве члена комиссии по чрезвычайным ситуациям МЧС России участвую в оценке и выработке мер по ликвидации природных катастроф. Продолжаю разрабатывать меры по борьбе с инфекционными заболеваниями и ВИЧ-инфекцией. Работаю в научных секциях Совета безопасности РФ, членом которого являюсь в соответствии с Указом Президента. Бывая в регионах, обязательно встречаюсь с медицинскими коллективами и специалистами Госсанэпидслужбы. Вместе с коллегами обобщил меры по ликвидации кори и иммунизации населения против вирусного гепатита В. В продолжение этой работы в 2017 г. увидела свет подготовленная нами монография «Корь в России: проблемы ликвидации». Я не раз делал и по-прежнему делаю заявления по поводу обязательного продолжения борьбы с потреблением алкоголя и табакокурением. Требую также закрыть сайты, наносящие вред психическому здоровью детей и подростков. Благодаря нашим активным шагам в этом направлении запрещена продажа энергетиков в местах массового отдыха молодёжи. И впредь собираюсь продолжать дело, направленное на укрепление здоровья соотечественников. Так что никакого отхода от медицины нет.

– Хотя вы и публичный человек, мы крайне скупы информированы о вас. Поведайте коллегам о своих истоках, как родилось решение стать врачом?

– Знаете, личное часто оказывается лишним. Считаю, человеку не надо ничего лишнего. Я рос и воспитывался как подавляющее большинство советских людей. Родился в украинской семье в небольшом киргизском посёлке. Детские годы проводил, как и все ровесники. Мои родители создавали оборонный шит страны. Мама – медицинский работник, поэтому я решил пойти по её стопам. Всегда много учился и трудился, занимался спортом, старался вести здоровый образ жизни, обходить вредные привычки.

И сегодня следую этим установкам, активно пропагандируя ЗОЖ. А ещё в достижении своей цели важны целеустремлённость, активность, позитивный настрой.

– На протяжении всей своей жизни и особенно в должности главного госсанэпидврача вы стояли на страже среды обитания человека, занимаясь обеспечением биологической безопасности, по сути, решая вопросы национальной безопасности страны. Бросая взор в прошлое, какие уроки извлекли из пройденного пути?

Беседы с корифеями

## В поисках благополучия нации

В этом решительно поможет синтетическая биология, открывающая широкие горизонты для человечества

С этим авторитетным в медицинском сообществе человеком пути-дорожки судьбы пересекали меня неоднократно, не только в радостные, но и в драматические моменты его профессиональной деятельности. Причём вначале (неведомо для нас обоих) – ещё в мои детские годы. Практически каждое лето ребёнком я проводил у бабушки с дедушкой в Донецке. А он аккурат в эти годы, начала 70-х, обучался на санитарно-гигиеническом факультете Донецкого государственного медицинского института. Что интересно, во дворе нашего дома жил студент-медик, с которым, несмотря на разницу в возрасте, мы общались, и он охотно и в красках живописал мне о трудоёмкой многопрофильной теоретической и практико-ориентированной клинической подготовке в этом специализированном вузе. Вполне возможно, мой сосед был однокашником будущего известного российского государственного и политического деятеля Геннадия Онищенко, о котором я и веду речь.

Сегодня Геннадий Григорьевич – первый заместитель председателя Комитета Государственной Думы РФ по образованию и науке, академик РАН, заслуженный врач РФ, лауреат Государственной премии РФ и премии Правительства РФ. В разные годы он занимал различные высокие посты, важнейший среди которых, вне всякого сомнения, – главного государственного санитарного врача Российской Федерации. За вклад в развитие отечественного здравоохранения и санитарно-эпидемиологической службы, научное обоснование, разработку, внедрение системы защиты населения РФ от биологических угроз, ввод в медицинскую практику современных средств специфической профилактики, диагностики и лечения ряда инфекционных заболеваний, за мужество и профессионализм при ликвидации последствий гуманитарных катастроф в ходе природных, техногенных аварий, стихийных бедствий, военных операций он отмечен многими государственными наградами.

Конечно, народом его работа оценивается неоднозначно. Некоторые уверены, что Г.Онищенко – это пример для других государственных деятелей в формировании здоровой нации, иные же считают его зачинщиком непопулярных торговых войн, исполнителем определённых указаний Правительства РФ во время напряжённых отношений России с другими государствами. Человеку несведущему

– Конечно, обеспечение биологической безопасности страны – а именно такая задача всегда стояла перед службой Госсанэпиднадзора – приоритет, которому посвящена моя деятельность. Заметьте, свою трудовую жизнь я начинал в классической советской санитарно-эпидемиологической службе, на железнодорожном транспорте. По окончании Донецкого медицинского института в 1973 г. работал врачом-эпидемиологом Ясиноватской линейной санэпидстанции. Тогда, наверное, зародилось стремление во всём навести порядок. Кстати, уже в то время благодаря скрупулёзному подходу, пристальному вниманию к любой детали нам удалось обнаружить очаг брюшного тифа в Донецкой области и успешно ликвидировать его.

Будучи переведён в столицу, стал главным врачом санэпидстанции Московского метрополитена. Это очень специфическая работа, приходилось нести ответственность за вентиляцию подземных сооружений, проводить профилактику инфекционных заболеваний, следить за соблюдением требований к подвижному составу, к условиям и режиму труда и быта машинистов,

других работников и т.д. Вскоре возглавил Центральную санэпидстанцию Министерства путей сообщения СССР. Вот когда появилась уникальная возможность почувствовать динамику жизни, я бы сказал, жёсткую привязанность к каждой конкретной ситуации. Управленческие и организационные решения приходилось принимать оператив-



Вспомните, какое время стояло тогда на дворе? Конец 1980-х – время «разброда и шатаний», когда стартовали «перестройки» и «ускорения», провозглашённые, но не насыщенные никаким конкретным содержанием. Это привело к быстрой разбалансировке экономики, упадку дисциплины. Взамен ничего не предлагалось, кроме высокопарных лозунгов. Страна стремительно теряла управляемость. Это не могло остаться без последствий, и вскоре последовали рост заболеваемости и смертности людей, стали возникать крупные вспышки

целому трудно разобраться в объективности и непредвзятости его поступков. Тем не менее думается, мало кто сомневается в его грамотности и профессионализме.

Мне неоднократно приходилось встречаться с ним на мероприятиях, коллегиях Минздрава России, пресс-конференциях. Незабываемо поведение нашего героя во время так называемого пивного путча в России, случившегося на рубеже 2000-2001 гг., после того как Г.Онищенко подписал постановление № 16 от 15.12.2000 «Об усилении госсанэпиднадзора за пивоваренной продукцией». В памяти всплывает его тогдашний стоицизм после обрушившейся со всех сторон критики. Мы общались с ним тогда, «МГ» протянула ему руку помощи в непростой ситуации, которая могла стоить не только должности главного госсанэпидврача России, но и карьеры в целом. Многие отвернулись от оказавшегося опальным Онищенко, даже министр дистанцировался, дескать, решая свои проблемы сам. Хотя в ту пору служба санэпиднадзора подчинялась Минздраву и Геннадий Григорьевич являлся первым заместителем министра здравоохранения.

Пивовары широким фронтом пошли в наступление. Обвинения в его адрес представлялись абсурдными, ведь документ практически никто в глаза не видел, но... осуждали. Целью Союза российских производителей пивобезалкогольной продукции было одно – отставка руководителя госсанэпидслужбы.

Тем не менее, помимо врачей-коллег, многие трезво- и здравомыслящие силы общества были солидарны с ним. Вскоре Минюст России в своём заключении подтвердил, что постановление издано руководителем службы в пределах его компетенции, в государственной регистрации данный акт не нуждается, так как носит организационный характер и не содержит новых правовых норм. Даже предвидя возможные негативные исходы, Г.Онищенко не пошёл на попятную. И хотя в марте он вынужден был отменить своё нашедшее постановление, его действия имели отдачу: количество рекламных роликов о пиве на телевидении резко сократилось.

Именно с этих воспоминаний началась наша беседа с Геннадием Григорьевичем. Казалось, они будут ему неприятны, но он развеял мои сомнения.

новения потенциальных внешних осложнений и воздействий. Так что богатейший опыт работы в системе МЧС стал той школой, которая приучила динамично и чётко реагировать на любую, в том числе нештатную, ситуацию.

Впоследствии я был назначен заместителем начальника Главного управления карантинных инфекций Минздрава СССР, и предыдущий короткий период работы в должности референта отдела здравоохранения Совета министров РСФСР также послужил мне доброй школой видения проблем с позиций правительства крупнейшей из 15 бывших союзных республик. Находясь в столице, я напрямую знал о том, что, например, делается на Дальнем Востоке, и нёс за это ответственность. Работая в Минздраве, занимался разработкой методологий, отвечал за проведение тех или иных здравоохранительских мероприятий, в то время как минздравы союзных республик – за прямую их организацию. И опять же, обращаясь в своё прошлое, могу сказать, что те стержневые установки, которые я получил на сети железных дорог, были широко применены в Минздраве.

инфекционных заболеваний. Вот когда пригодился «рефлекс моментального реагирования», полученный во время прежней работы, который, к счастью, сохранился. Пришлось много поездить по союзным республикам, в том числе в период начавшихся межрегиональных конфликтов, столкновений с использованием оружия...

Не буду подробно погружаться в воспоминания. Но на исходе Советского Союза практически все республики, продолжая требовать от центра денег, при этом неустанно твердили о своей самостоятельности. Работать в такой ситуации было крайне сложно. А вскоре последовал так называемый путч, хотя, по моей оценке, путчем его назвать трудно. Это была неуклюжая, растерянная попытка федерального центра, деморализованного и непрофессионального, напомнить о той власти, которая у него была в соответствии с действовавшей в то время Конституцией страны.

Затем был период накопления опыта, полученного, в частности, во время ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции. В тот тяжёлый для страны период наша

служба проводила дезактивацию железнодорожной техники. Мы добились снижения допустимого уровня радиации для работающих в зоне взрыва, чем спасли жизнь многим железнодорожникам-ликвидаторам. Также были пройдены Спитак, Карабах... И как раз в начале 90-х годов в городе Вилково, в этой украинской Венеции, что в устье Дуная, в Одесской области, где живут лопари (староверы) с жёстким домостроительным укладом, началась вспышка холеры.

**– Вы упомянули о Спитаке. Совсем недавно там установлен мемориал участникам ликвидации последствий Спитакского землетрясения. На одном из монуменов прикреплена мемориальная табличка с выражением особой благодарности «большому другу Армении Онищенко Геннадью Григорьевичу». Какую помощь оказывала ваша служба?**

– 12 декабря 1988 г. Правительство СССР направило в зону разрушительного землетрясения в Армении, произошедшего 7 декабря, несколько специализированных противэпидемических бригад. Это были бригады четырёх противочумных НИИ страны – Всесоюзного, Волгоградского, Ростовского, Ставропольского. Мы занимались профилактикой возможных инфекционных заболеваний, причём достаточно успешно. За эту помощь в Спитаке в августе 2017 г. установлен мемориальный комплекс. Он представляет собой стоящего на вершине холма бронзового солдата, держащего на руках девочку. А вдоль дороги к вершине расположены глыбы из туфа с табличками, посвящёнными всем ликвидаторам последствий того страшного землетрясения. Надо отдать должное благодарному армянскому народу, который помнит тех, кто ему помогал, ведь землетрясение произошло почти 30 лет назад. Много воды утлекло с той поры, мы стали самостоятельными государствами, но этот народ не забывает добрых дел строителей, военных, медиков, работников СЭС. Нам тоже надо всегда об этом помнить. Это история нашей службы, история наших братских отношений.

**– Насколько трудно было вам на посту главного государственного санитарного врача России, ведь над службой нависала реальная угроза расформирования. Как удавалось отстаивать свою точку зрения?**

– В 1991 г., уже при современной истории, я стал заместителем председателя Государственного комитета санитарно-эпидемиологического надзора при Президенте России – заместителем главного государственного санитарного врача РФ. Тогда начался самый интересный период. У нашей службы непростая судьба. За годы существования её неоднократно пытались ликвидировать, но она всегда возрождалась. Сначала это произошло в 1996 г., после завершения первой чеченской кампании, где мои сотрудники работали непосредственно в Грозном, обеспечивая там эпидбезопасность. Они вели контроль за водой, питанием, медицинскими учреждениями, чтобы в той кошмарной ситуации не возникло массовых вспышек. И нам это удалось. Считаю, в какой-то мере это просто чудо. Мои коллеги проводили вакцинацию, регулярные дезинфекционные работы, установили чёткий контроль за обстановкой, сопровождали военных, занимавшихся сбором погибших людей. В 1994 г. я выезжал на территорию Чечни и Дагестана для контроля эпидситуации. Когда в Чечне началась эпидемия холеры, возникла угроза заражения сибирской язвой, я доставлял в республику лекарства и оборудование, проводил исследования почвы. Приходилось сталкиваться с боевиками. Моя «чеченская» командировка закончилась в августе 1995 г. после вызволения из плена.

Вспоминаю 1991 г., когда мы централизовали нашу службу, что стало знаковым, принципиально важным достижением. Я как раз отвечал за организационную работу в Госкомитете, занимался оформле-

нием централизации деятельности службы, которая выходила из-под местного управления и переводилась на федеральный бюджет. Это требовало соответствующей правовой базы, чтобы мы не остались в бездействии. В том же году вышел первый Закон РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Таким образом, по сути, в 1991 г. мы создали принципиально новую службу.

Но нашей стране, видимо, свойственна перманентная страсть к реформированию. Только завершили становление службы, как в 1996 г. вышел указ о ликвидации Госкомитета санэпиднадзора и передаче его функций Минздраву России. Хотя вроде бы структура на местах имела, многое пришлось начинать с чистого листа. Вновь встал вопрос о делегировании полномочий на места. Мне, председателю Комиссии по ликвидации Госкомитета и исполняющему обязанности главного государственного санитарного врача России, удалось убедить реформаторов в том, что децентрализация катастрофична для страны. В подобном случае государство потеряет управляемость ситуацией. Я доказал министру здравоохранения Т.Дмитриевой необходимость сохранения централизации, чтобы у неё были «глаза и уши» в регионах, посредством которых она может и должна влиять на ситуацию, прежде всего в вопросах профилактики нештатных ситуаций. Несмотря на то, что Татьяна Борисовна принадлежала к узкой области медицинской науки, возглавляла специализированный, практически «закранный» институт, тем не менее она поняла и поддержала меня.

Эти меры дали нам возможность пройти через потрясения чеченских событий, справиться с беспрецедентной по масштабам холерой 1994 г. в Дагестане. А вот местные власти порой принимали лихие популистские решения, настаивали на неукоснительном подчинении нашей службы им, требуя проведения каких-то дополнительных исследований, чуть ли не карантизации жителей. Этим они только мешали нашим специалистам-эпидемиологам. В общем, было такое, будем говорить, эпидемиологическое мракобесие. А поскольку ещё сильна была романтика суверенизации, это служило им мощным козырем в самовыражении. Например, мэр Сочи своим решением закрыл прилёт дагестанцев, считая их «холерными»...

Осенью 1996 г. меня назначили первым заместителем министра здравоохранения РФ – главным государственным санитарным врачом РФ. Непросто было защищать службу от нападков со стороны ретивых недалёких чиновников высокого ранга. Я занимался вопросами окружающей среды и природопользования, экологической безопасности, генно-инженерной деятельности, государственной монополии на производство и оборот алкогольной продукции. Сохраняя традиционную для нашей страны централизованность службы, решал множество проблем, связанных с крупными вспышками, наводнениями, землетрясениями, техногенными авариями и т.д. Чего стоили нам Ленское наводнение, землетрясения на Сахалине, вспышки в Ставропольском крае! Огромную тревогу вселяли военные действия 1999-2000 гг. на территории Северного Кавказа, где сложили жизни мои сотрудники...

Повторюсь, это была очень драматичная страница истории, но с профессиональной точки зрения интересная. Большую помощь нам оказывала специализированная структура по реагированию на чрезвычайные ситуации, которая начала формироваться ещё в Советском Союзе. Впоследствии на её основе был создан Государственный комитет РФ по чрезвычайным ситуациям, который потом трансформировался в министерство. Вот в тесном взаимодействии с ним, используя его возможности, мобильность, охрану, когда дело касалось боевых действий, мы выполняли свою работу. Тогда же началось интенсивное форми-

рование законодательной базы. Был пересмотрен закон о санэпид-благополучии, приняты законы об иммунопрофилактике, качестве и безопасности пищевых продуктов.

Но в 2004 г. Правительство РФ взяло курс на создание принципиально новых структур – министерств, агентств и служб как самостоятельных федеральных органов исполнительной власти. И вновь перестройка! Нас выделили в Роспотребнадзор, я стал руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, подведомственной новому Минздравсоцразвития России. Мы начали создавать правовую базу вновь образовавшихся направлений деятельности. Тогда было проведено то, на что мы долго не решались, но к чему стремились, чтобы государственный надзор выполнялся госслужащими, а не учреждениями, которым делегировались права госнадзора. И также приходилось долго доказывать необходимость такого шага. Отстаивая свои позиции, попутно мы перманентно создавали правовую базу. И в этой ситуации отстаивали свою централизацию. Это была, я бы так сказал, вторая реинкарнация службы, её воссоздание в принципиально новом качестве.

Тогда нам передала Закон «О защите прав потребителей», который поначалу казался совершенно чуждым, но при творческом рассмотрении мы мотивировали его на защиту здоровья человека и расширение полномочий службы. Сегодня свыше 90 статей Кодекса об административных правонарушениях администрируются службой как по разделу обеспечения санэпидблагополучия, так и по защите прав потребителей. Мы искали и находили новые подходы к созданию благоприятных условий бизнесу, уменьшению нагрузок, в том числе на здоровую. С принятием Закона об иммунопрофилактике решили вопрос с передачей Национального календаря прививок на федеральный бюджет и обеспечением централизованной вакцинацией всего населения РФ по показаниям, что во многом позволяло снижать уровень заболеваемости инфекциями, которые возникают каждый год, и сохранять здоровье каждого из нас и населения в целом.

**– Вы один из инициаторов издания «Медицина и императорская власть в России». Интервью с прошлым государственным российским?**

– Я обдуманно анализирую историю службы. Под моим руководством издан ряд научных монографий, осмысливающих путь развития санэпиднадзора через призму главных государственных санитарных врачей и министров здравоохранения. Это полезно, дабы не изобретать что-то «новое», что уже имело место в нашей практике. К этому меня подтолкнуло и то, что особенно в первые годы после ухода с исторической арены Советского Союза каждое «самостийное» государство вдруг начинало писать свою историю с чистого листа. Появились первые «исторические» даты, в частности празднование 10-, 20-летия России. Для меня это всегда звучало дико, ведь Российскому государству более 1000 лет. Естественно, это поветрие затронуло и вновь созданные министерства и ведомства. Но наша служба существовала давно, извечно. Традиционно – сегодня и прежде – она базировалась на предшествующем опыте. Я всегда говорю, что первым сводом санитарных правил был Ветхий Завет. А Моисей был первым главным санитарным врачом.

В упомянутой вами монографии «Медицина и императорская власть в России» повествуется об истории организации медицинского обеспечения, рассказывается о медицинской истории царского двора и болезней четырёх последних российских самодержцев.

Для меня история отечества, порой неоднозначная, драматическая, даже трагическая, служит богатым кладом мудрости, который по-

могает развиваться. Я прекрасно понимаю, что наша служба – это остова биологической безопасности государства. Никакая структура – будь то силовая или любая иная – этого вопроса не решала и решить не сможет. При её дальнейшей централизации, укреплении, оснащении современными технологиями мы сможем служить надёжным санэпидбарьером, защищающим права людей на здоровье и качественную жизнь.

**– Вы сказали о биологической безопасности страны. Насколько актуально это сегодня?**

– Вы пытались упрекнуть меня в том, что я отошёл от решения глобальных медицинских вопросов, что далеко от истины. Достаточно ознакомиться с моими выступлениями последнего времени в СМИ. В частности, я открыто высказываюсь о том, что вокруг России, в её подбрюшье, в самой непосредственной близости к нашим границам, созданы военные биологические объекты вооружённых сил США. Например, в Грузии или в Казахстане, с которым у нас нет границ. Так, на базе бывшего Алма-Атинского противочумного института, который напрямую подчинялся Минздраву СССР и который я курировал согласно своим служебным обязанностям, в 2016 г. построена и начала действовать суперсовременная военная лаборатория, позволяющая работать с самыми опасными микроорганизмами, вирусами и т.д. Там трудятся военные микробиологи армии США. И никакие разглагольствования, никакое словоблудие, мол, они приехали туда помогать мирным гражданам, заботиться о здоровье детей, не убеждают. Вооружённые силы любой страны всегда выполняют военные функции. Сейчас подобное военное строительство ведётся на территории Украины. Кроме того, под присмотром США практически все близлежащие государства, кроме Белоруссии, разрушили оправдавшую себя годами логику построения Госсанэпиднадзора, полагая, что американская модель самая действенная. Хотя она абсолютно нежизнеспособная, слабая, свидетелем чего стал весь мир после террористических атак во Всемирном торговом центре Нью-Йорка 11 сентября 2001 г.

**– Конечно, заметно, что вы сторонник обогащения отечественного опыта и развития наших богатых традиций...**

– В этой связи в публичных выступлениях я систематически рассказываю, например, ещё об одном уникальном наследии, которое мы получили, – Российском Красном Кресте. Кстати, задолго до его создания, ещё во время Крымской войны, была создана Крестовоздвиженская организация, медсёстры которой оказывали помощь в боевых порядках армии, спасая солдат и офицеров и занимаясь профилактикой заболеваний. Впоследствии РКК параллельно с нами делал огромную работу, в том числе в рамках международного гуманитарного права по выполнению гуманитарных мероприятий в регионах, по ликвидации последствий техногенных, природных катастроф, военных конфликтов и т.д. Но, к сожалению, сегодня эта организация во многом утратила свою благородную функцию. Да, развитие здравоохранения и службы санэпиднадзора невозможно без базирования на отечественных традициях.

Кроме РКК я всегда опирался на профессиональные врачебные общества, которые также – часть российской истории. Зачастую можно видеть, как многие наши коллеги восхищаются: «Ах, какие у американцев сильные врачебные ассоциации, ах, как они эффективны!» Так вот, прежде чем всхлипать на этот счёт от умиления, надо знать собственную историю. В царской России не существовало Министерства здравоохранения. Николай II подписал указ о создании Министерства народного здоровья и даже назначил министра, но ему не дали реализовать эту идею. Такое было время, что даже царя не слушались. Управляло здраво-

охранением Пироговское общество как самоорганизующаяся структура. Кроме него действовал ещё Совет врачебных коллегий ряда министерств – внутренних дел, путей сообщения, обороны. Они рассматривали медицинские вопросы, но не осуществляли государственного управления. При подписании указа Совета народных комиссаров о создании Наркомздрава Ленин поставил условие, что делает это только в случае ликвидации Пироговского общества, которое не поддержало советскую власть.

У нас всегда соблюдалась традиция проведения съездов обществ эпидемиологов, гигиенистов, санитарных врачей. Я также бережно хранил её, передавая эстафету с советских и даже досоветских времён. Считаю, что очень важно, когда специалисты того или иного общества от низового до высшего звена собираются и обсуждают все актуальные вопросы, волнующие каждого.

Во врачебном сообществе неизбежно возникает необходимость в саморегулируемой профессиональной организации. При этом важно и повышение роли гражданского общества. Вспомним советское время, когда в стране обозначилась проблема ВИЧ/СПИДа. Уже тогда стало очевидно, что без гражданского общества, без ассоциации ВИЧ-инфицированных, без людей, которые неравнодушны к чужим тяготам, нельзя решить проблему профилактики ВИЧ/СПИДа и эффективной борьбы с заболеванием. Только сообща мы сможем одолеть это медико-социальное зло.

Кстати, аналогичная ситуация была тогда, когда мы получили законодательство о защите прав потребителей. В законе было записано, что, по сути, гражданское общество на паритетных началах с государством участвует в защите прав потребителей. Это актуальная тенденция. Без вовлечения самых широких кругов населения общие проблемы не преодолеть. Как в когорте ВИЧ-инфицированных не решить проблемы стигмы, дискриминации, социализации этих людей, чтобы они могли полноценно жить, создавать семьи, работать и т.д., точно такая же ситуация и в сегменте защиты прав потребителей.

**– Каким видите вам ближайшее будущее службы?**

– Меня разочаровывают звучащие порой сегодня опрометчивые предложения об очередной ломке структур. Считаю недопустимыми стремления некоторых горячих голов таким образом удовлетворить свои амбиции. Санэпиднадзор может и должен развиваться исключительно на основании государственного подхода, внедрения современных технологий (прежде всего IT), перманентного перевооружения службы, расширения и разработки новых средств профилактики, защиты общества от тех вызовов, которые преподносит современная ситуация, военные и террористические структуры.

В русле цивилизации госсанэпиднадзор будет развивать новый технологический уклад, при котором главной тенденцией станет стимулирование такого научного направления современной биологии, как синтетическая. Она открывает широчайшие горизонты для медицины и общества. Мы обязаны возвратиться к тому биологическому балансу, из которого за последние несколько сотен лет так беспечно ушли. В современном мире человечество собственными руками нарушает тот эволюционный экологический баланс, составной частью которого оно является. Некоторые сомневаются, дескать, теперь ничего не исправишь, раз уж мы оказались в этой ситуации вследствие бурного развития цивилизации. Но это не так. Как раз благодаря новейшим достижениям биотехнологии, применению синтетической биологии мы в состоянии восстановить нарушенный биобаланс. Нам это по силам, и мы решим эту задачу.

Беседу вёл  
Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».

Как показывают опросы, именно 35 лет считается тем возрастом, который разделяет молодость и зрелость. И когда можно официально объявить себя старым и скучным? В нескольких последних исследованиях утверждается, что это 35 лет. Неужели всё действительно так?

Какой возраст самый лучший? Для некоторых это беззаботные детские годы или время студенчества. Но как основной пограничный момент в нашей жизни, за которым и личная жизнь, и профессиональная карьера начинают медленно катиться вниз под гору, многие воспринимают именно 35-летие. Не только потому, что после этого возраста нас больше не воспринимают как «молодого человека» или «девушку» (согласно исследованию Кентского университета), но и потому, что именно тогда наступает время, которое для мужчин считается «пиком одиночества», а для женщин – «пиком скуки».

И если этого недостаточно, то 35 – ещё и возраст, в котором мы начинаем ненавидеть свою работу. Именно такой результат дал опрос более 2 тыс. работников в Британии, проведённый рекрутинговой компанией. Кроме того, исследование показало, что в этом возрасте сочетание новых семейных и финансовых обязательств рождает проблемы, с которыми человек сталкивается как на работе, так и дома.

### Вопросы, от которых не избавиться

Всё больше тревожит 35-летних и вопрос гарантий занятости. В I квартале 2017 г. британским работникам в возрасте от 35 до 49 лет грозило сокращение с двукратной долей вероятности по сравнению с теми, чей возраст от 25 до 34 лет (по данным Управления национальной статистики Соединённого Королевства). Более того, эта группа (35-49 лет) оказалась менее удовлетворена тем, что

происходит с ними на работе, чем более молодые коллеги. Работникам, достигшим 35 лет, не даёт покоя вопрос: сумел ли я добиться чего-то в жизни? Обнаружено, что в Британии каждый шестой работник в возрасте 35 лет и старше не доволен своей работой, что более чем в два раза превышает аналогичный показатель у тех, кто моложе 35.

«Это непростая комбинация новых обязательств в жизни – как

пограничным возрастом, возраст-разделителем между теми, кто молод, кто только начинает строить профессиональную карьеру, и теми, кто постарше и уже более или менее сложился как работник.

Женщин, собирающихся иметь детей, может тревожить преодоление 35-летней границы, хотя недавнее исследование показывает, что фертильность после этого возраста снижается не так резко,

эти годы полны стресса и беспокоев – именно тогда людям приходится принимать многие важнейшие для себя решения.

В развитых странах продолжительность жизни растёт. Глобализация экономики создаёт новые карьерные возможности, значительно расширяя выбор. Всё вместе это замедляет и удлинняет «процесс взросления» – построения карьеры, создания семьи,

Однако

## Несладкие последствия сладкого продукта

Группа британских учёных после ряда исследований установила, что чрезмерное употребление сахара может привести к расстройствам психического характера. Однако такие выводы относительно, а диетологи вовсе отказались их воспринимать.

Научные специалисты из Университетского колледжа в Лондоне (Великобритания) провели исследование, в котором принимали участие около 8 тыс. человек. Следует отметить, что сбор данных от добровольцев длился в течение нескольких лет.

Кроме этого, периодически участники данного проекта заполняли опросные листы. Отмечается и то, что никаких изменений в рационе целенаправленно в рамках самого научного изыскания внесено не было. То есть участники питались на своё усмотрение. Так, по результатам исследования, учёные пришли к следующему выводу – чрезмерное употребление сахара может стать причиной некоторых психических расстройств.

Само собой разумеется, что о серьёзных психиатрических заболеваниях речь не идёт. В данном случае, по словам учёных, были зарегистрированы случаи депрессии в хронической форме, приступы тревоги и паники без видимой на то причины. Такие результаты исследования британских учёных поставили под сомнение диетологи и гастроэнтерологи.

Несомненно, отказ от сахара и сладкого в целом может принести пользу для здоровья – снижение веса, профилактика сахарного диабета и сердечно-сосудистых заболеваний. Однако, что касается психологического здоровья, то здесь всё неоднозначно.

Так, представитель Британской диетологической ассоциации Кэтрин Коллинз заявила, что результаты работы британских учёных основываются только на ответах респондентов, научного подтверждения этому нет. Поэтому относиться к таким результатам исследования нужно осторожно и вовсе не рекомендуется применять их на практике.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению Reuters.

Выводы

## Маркетинг тому причиной

Исследователи Университета Аделаиды (Австралия) выяснили, что любители вин гораздо более восприимчивы к описанию качества напитка, чем считалось ранее. Хорошее описание на этикетке не просто влияет на выбор покупателя, но и на ощущения при употреблении.

Как сообщает сайт австралийского Университета Аделаиды, учёные уже опубликовали выводы своего исследования. По мнению авторов, хорошо составленное описание вина может «повысить позитивное восприятие» при его употреблении.

При исследовании были опрошены 126 постоянных покупателей белого вина. Им предлагалось выпить порцию вина 3 марок сначала без какого-либо описания, затем с кратким и далее с полным и эмоциональным описанием, включающим историю винодела и описание качества напитка. Оказалось, что в последнем случае вино удостоилось наиболее высоких оценок.

Герман АКОДИС.

По сообщению Food Research International.

Идеи

# Стареть достойно

Пик одиночества? Возраст, в котором мы прощаемся с молодостью

семейных, так и финансовых... И всё это как раз тогда, когда в профессиональном смысле вы начинаете выходить на руководящие позиции, требующие от вас большей ответственности», – комментирует Эшли Уилпман, директор рекрутинговой компании. Он отмечает, что молодые работники, как правило, полны энтузиазма, в то время как начальство пока ещё не ожидает от них многого. А работникам, достигшим 35-летнего возраста, не даёт покоя вопрос: сумел ли я добиться чего-то в жизни? Именно в этом возрасте, когда вас перестают относить к молодёжи, вы формально попадаете в другую, более старшую группу, в соответствии с чем к вам начинают предъявлять несколько иные требования. Но проведение такой границы выглядит весьма произвольным.

Чаще всего 20-летние и 29-летние находятся на очень разных этапах жизни, поэтому первая демографическая категория, как правило, – от 18 до 24 лет (а следующая – от 25 до 34). Макрокатегории объединяют людей 18-34 и 35-54 лет, что делает 35

как полагали раньше. В США, например, всё большее количество женщин откладывает первую беременность на «после 30» и дальше, чтобы продолжить образование и построить карьеру. Согласно последним данным, впервые за всю историю исследований американские женщины в возрасте от 30 до 40 лет имеют больше детей, чем те, кому от 20 до 30.

Есть и финансовые причины отложить рождение ребёнка. Исследование 2011 г., опубликованное в Journal of Population Economics, обнаружило, что каждый год, на который женщина откладывает рождение детей, ведёт к увеличению её зарплаты на 9%.

### Принятие решений откладывается

Дилип Джест, директор центра здорового старения при Калифорнийском университете Сан-Диего, считает, что это распространённое заблуждение – считать годы между 20 и 40 лучшим временем в нашей жизни. Мол, после 40 лет жизнь практически закончена, остаётся только доживать. На самом деле

Мнения

Учёные объяснили, в чём заключается разница между мозгом правши и левши. Исследование было приурочено к Международному дню левшей, который берёт начало в 1976 г. Именно тогда появился «Билль о левшах».

Информация о том, что левое полушарие более логическое, а правое – образное, давно опровергнута. Учёные считают, что они знают намного меньше о работе головного мозга, нежели они раньше предполагали. Главная причина дислексии воз-

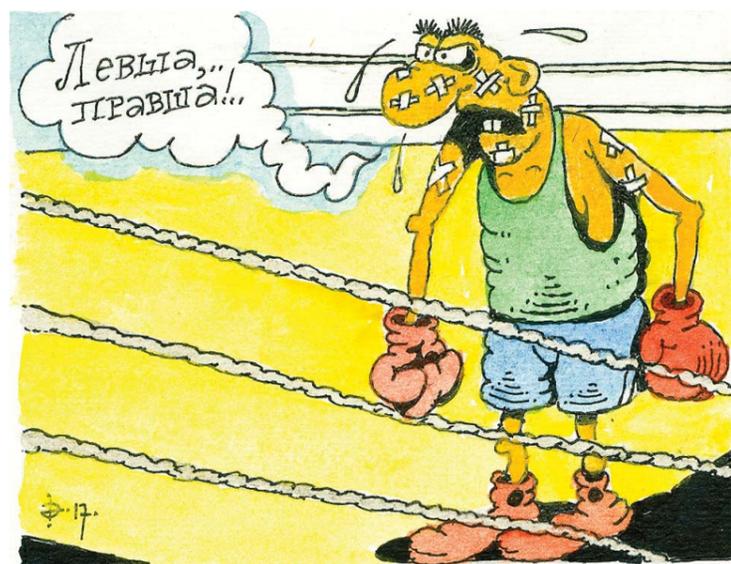
Также выяснилось, что левши обрабатывают сведения двумя полушариями одновременно. Кроме того, разница заключается и в процессе обработки сенсорной информации. Как правило, данные, которые воспринимают правой частью тела, транслиру-

## «Как будто жизнь качнётся вправо, качнувшись влево...»

Исследователи уверяют, что есть не только леворукость, но и левоглазость, левоухость и даже левоноготь. Также оказалось, что левая часть носа гораздо чувствительнее правой. Особенно это проявляется у 71% взрослых мужчин и женщин и примерно 13% детей. То же самое, считают эксперты, может происходить и с языком. Они имеют в виду чувствительность вкусовых рецепторов.

Учёные говорят, что у здорового взрослого человека на левой половине языка больше вкусовых сосочков, поэтому на этой стороне вкусовая чувствительность немного острее, чем на правой.

При этом, по словам исследователей, абсолютных правшей и абсолютных левшей не так много. Например, среди 100 испытуемых только 38% оказались полными правшами, а остальные были частичными левшами. Из них 5% были леворукими, а самым частым (37%) оказалось левшество слуха.



никает из-за нарушения «коммуникации» между областями мозга, которые обрабатывают речевую информацию, и областью Брока, то есть центром, который управляет речью.

ются в левое полушарие мозга. А информация из левой части мозга отправляется в правую.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению EurekAlert!

Ну и ну!

## Половая дискриминация

Крупнейшая страховая компания США отказалась покрыть расходы жителя Нью-Йорка на лекарство предконтактной терапии от ВИЧ-инфекции из-за его «гомосексуального поведения высокого риска».

Житель Нью-Йорка в июле подал заявку на препарат трувада – единственный одобренный FDA антиретровирусный препарат, предназначенный для защиты от ВИЧ-инфицирования. Через несколько дней медицинский страховщик United Healthcare ответил, что «полученная информация показала, что вы используете это лекарство для гомосексуального поведения высокого риска».

В письме также указано, что просьба о страховании «по закону штата Нью-Йорк не является медицинской необходимостью». Компания заявила, что здравоохранение обеспечивает препаратом лишь ВИЧ-инфицированных пациентов или подвергшихся воздействию вируса.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению Daily Mail.

Сто лет назад увидели свет знаменитые есенинские строки: «Звени, звени, златая Русь, / Волнуйся, неуёмный ветер...» В стране зрела Октябрьская буря, а бывший санитар с личным знаком № 9999 Царско-сельского военно-санитарного поезда № 143 Её Императорского величества государыни императрицы Александры Фёдоровны «решил лишь в стихах воевать...»

О годах военной службы великого русского поэта сказано уже немало. Не стоит, думаю, повторяться. Однако мало известно, что, будучи в составе персонала поезда в Москве, Сергей Есенин и Николай Клюев несколько дней читали стихи раненым в лазарете Марфо-Мариинской общины имени Великой княгини Елизаветы Фёдоровны и в различных лазаретах Красного Креста.

Я много лет занимаюсь изучением жизни и творчества Сергея Александровича, ещё в студенческие годы все курсовые и дипломные работы посвятил этой теме, буквально не вылезал из архивов Государственного литературного музея. А потом журналистская судьба неоднократно сводила меня с людьми, близко знавшими при жизни певца «шестьей части земли с названьем кратким – «Русь»».

Так, осенью 1970 г. я проходил производственную практику в областной молодёжной газете «Брянский комсомолец». Помню, вызвал как-то к себе ныне покойный редактор Анатолий Кузнецов:

– Хочешь познакомиться с первой учительницей Сергея Есенина? – сходу спросил он. И, не дожидаясь ответа, предложил поехать вместе с ним во Дворец культуры железнодорожников. Там я и увидел Лидию Власову и её дочь Лидию Золотухину. Лидия Ивановна тогда было уже под 90, однако память у этой по-молодому статной и, видимо, когда-то очень красивой женщины была поистине удивительная. Поскольку о диктофонах в ту пору журналисты и не помышляли, я по ходу памятного вечера в честь поэта пытался

Далёкое-близкое

# «Решил лишь в стихах воевать...»

Сергей Есенин накануне Октябрьской революции



С. Есенин и Н. Клюев

кое-что записать. Листаю теперь старый блокнот.

Сразу отмечу, что, рассказывая о своём бывшем ученике, Лидия Ивановна уступила первенство в его воспитании своему покойному мужу Ивану Матвеевичу Власову, работавшему с 1896 г. учителем школ Рязанского уезда и заведовавшему потом детским домом в селе Константиново. К слову, сестра поэта Александра Есенина так пишет в своих воспоминаниях: «Иван Матвеевич был очень строгим учителем и суровым человеком. Лидия Ивановна тоже была строга, однако держалась значительно проще, чем Иван Матвеевич...» Далее она сообщает, что «после закрытия детского дома учителя куда-то уехали». А уехали-то супруги Власовы в Брянск к родственникам, где и обосновались.

Привожу почти дословную запись из рассказа учительницы поэта: «Однажды ребята почему-то не вернулись в класс с большой перемены. Оказывается, Серёжа повёл их на речку, совсем забыв про школу. Иван Матвеевич крепко наказал их за это, заставив переписать с доски все предложения. А зачинщику дал ещё дополнительное задание. Он, к слову, так и назвал его «зачинщиком, который «заплутал» ребят».

Вот это качество характера Сергея Есенина – «заплутать», так метко подмеченное учителем, не раз определяло после поведение великого поэта. Будь то в детские годы («Средь мальчишек всегда герой...») и в мытарствах военного лихолетья («Был первый в стране дезертир»). Да и в послевоенное время Сергей Есенин вовсе не был паинькой («Остался в про-

шлом я одной ногою, / Стремясь догнать стальную рать. / Скольжу и падаю другою...»).

Мне удалось дважды побывать на родине поэта, причём в последний раз во время празднования 100-летия со дня рождения в октябре 1995 г. Никогда не забуду, как с замирающим сердцем впервые подходил я к бревенчатому дому. Помню старушку с ведром, наливавшую из колонки воду, и то странное чувство, которое охватило меня, когда она сказала, что как-то плясала с Есениным на деревенской гулянке. Да, в тот мой первый приезд в Константиново ещё были живы старожилы, знавшие голубоглазого отрока. С удовольствием кое-что рассказали. Показали и место, где находился когда-то дом помещицы Л.Кашиной. Как известно, хозяйка именина была одной из прообразов героини поэмы «Анна Снегина».

Поговорим теперь вот о чём. На той встрече во Дворце культуры железнодорожников Лидия Власова рассказала, в частности, и о том, что в детстве Серёжа не отличался крепким здоровьем и нередко хворал. Пользовали, то есть лечили его, как и всех мальчугов, народными средствами: отварами и настоями трав, жаркой баней и всяческими знахарскими наговорами. (Кстати, тот эпизод из телесериала «Есенин» с Сергеем Безруковым в главной роли, где показана сцена болезни Серёжи, едва не закончившейся смертью, действительно имел место. Мальчишка тогда просто чудом остался жив.)

Ну а последующая болезнь, которая в конце концов свела его в могилу... («И я склонился над стаканом»).

Попалась мне как-то на глаза небольшая книжка, изданная тиражом всего в 1000 экземпляров: Анатолий Панфилов. «Есенин без тайн. Болезни поэта и трагедия 28 декабря 1925 г.» Автор избрал темой своего повествования почти не разработанный в есениане медицинский аспект в исследовании личности Сергея Александровича. Здесь дан клинический анализ недуга, который осознавал и сам поэт. Ведь о гложущей его смертельной тоске Сергей Александрович всё время говорит в своих письмах, адресованных Маше Вальзамовой. И, тоскуя, Есенин вынужден скрывать свою ипохондрию, надевая на себя разные маски. А чтобы эти маски «веселия», «праздника гуляки» и т.д. действовали безотказно, нельзя было миновать дорогу в питейные заведения («Глянь на бутылку рать! / Я собираю пробки – / Душу мою затыкать»). Но откуда такая алкогольная зависимость? Отчего желание «Себя сгубить / В угаре пьяном»?

Не буду пересказывать содержание всей книжки. На мой взгляд, это очень серьёзное и объективное медицинское исследование предыстории случившегося в гостинице «Англетер». Добавлю только, что на одной из лекций в Московском государственном университете им. М.В.Ломоносова маститый доктор филологических наук сказал нам, студентам журфака, что алкогольная депрессия поэта ведь на чём-то основывалась. Размышляя позже над этими словами профессора, прочитал в одной из автобиографий поэта такие строки: «В годы революции был всецело на стороне Октября, но принимал всё по-своему: с крестьянским уклоном». Уж не в этом ли надо искать разгадку гибели поэта?! Но то был бы уже совсем другой рассказ.

Василий ШПАЧКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Брянск.

## Преодоление

Маленькие пациенты Ставропольской краевой клинической специализированной психиатрической больницы № 1 создали мультфильм и получили диплом на фестивале детского анимационного кино, который недавно прошёл в Ставрополе.

В необычном форуме искусства принимали участие общеобразовательные и социальные учреждения Ставропольского края, чьи воспитанники под руководством координаторов проекта создавали короткометражные произведения.

В больнице студенты-волонтеры Северо-Кавказского федерального университета организовали мастер-класс по созданию мультипликационного фильма. Работа проводилась в несколько этапов: сначала волонтеры познакомились с детьми, провели беседу. Затем им показали, как создаются мультфильмы, как оживают персонажи. Одновременно с этим происходила съёмка мультфильма. Заключительным этапом был монтаж и просмотр отснятого материала.

Работая над созданием проекта, дети видели на каждом этапе наглядный практический результат, воплощали свои идеи, участвуя в общем деле.

– Происходил обмен фантазиями, знаниями, способами действия, – рассказывает Олеся Сливак, специалист по социальной

# И самые безумные мечты когда-нибудь сбываются...

Творчество помогает больным детям

работе 17-го детского отделения. – Кроме того, дети приобрели совершенно новые знания и навыки – ведь до работы над проектом никому из них не доводилось фотографировать, делать «раскадровку», озвучивать героя собственного мультфильма.

Творчество юных мультипликаторов было представлено на фестивале детского анимационного кино «Моя мечта». Решением жюри детского отделения больницы № 1 получило диплом победителя фестиваля детского анимационного кино в номинации «Самые безумные мечты».

Фестиваль закончился для маленьких пациентов психиатрической больницы № 1 триумфом: мало того, что они своими руками создавали самые настоящие мультики, да ещё к тому же их работа была отмечена в числе лучших...

Здесь бы и поставить точку, но, главное, по-моему, в другом. Снова обратимся к специалистам.



Юные мультипликаторы погружены в творческий процесс

Наш собеседник – Наталья Хохлова, медицинский психолог 17-го детского стационарного отделения психиатрической больницы № 1.

– В нашем отделении лежат в основном детки с диагнозами лёгкая умственная отсталость, аутизм, синдром дефицита внимания и

гиперактивности (СДВГ), много детей из детских домов и неблагополучных семей. Наша задача – понять, в чём их особенности, к чему у них наблюдаются склонности, и по возможности развивать их. В дальнейшем всё это поможет детям адаптироваться к жизни в обществе. Общеизвестно, что совместная творческая работа благосклонно сказывается как на психическом, так и физическом здоровье ребят: развиваются усидчивость, внимательность, память, терпимость друг к другу. Особенно это важно для детей с СДВГ и эпилепсией: творческие занятия, подобные созданию мультипликационных фильмов, требующие концентрации внимания, подавляют агрессивность, учат владеть собой, быть более спокойными, принимать особенности других.

Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Виктор Кирюшин – поэт, переводчик, публицист, автор ряда сборников стихов, лауреат многих литературных премий, председатель совета по поэзии Союза писателей РФ, секретарь Союза писателей РФ.

– Виктор Фёдорович, конечно же, хочу попросить вас помочь читательской аудитории «МГ» погрузиться в мир поэзии. Итак, самые близкие вам авторы сегодня – кто они?

– Если говорить о поэтах, то это Светлана Сырнева из Вятки, Евгений Семичев из Самарской области, Юрий Перминов из Омска, Мария Аввакумова из Москвы, Николай Рачков из Тосно, Евгений Чепурных из Самары... Ряд этот легко могу продолжить.

Каждый из названных мной поэтов обладает яркой индивидуальностью, собственным поэтическим миром, неповторимым и самобытным. Большинство – не москвичи. Может быть, это случайность, а, возможно, и закономерность. Провинция всегда давала свежую кровь, чего бы это ни касалось: науки, ремёсел, художеств, литературы, да и медицины, думаю, тоже.

Нередко можно услышать, что силлабо-тонический регулярный стих исчерпал себя, необходимость придерживаться размера, искать рифмы сковывают творца. Я так не думаю. Исчерпать себя может только сам стихотворец, а колодець поэзии дна не имеет.

В России сегодня немало поэтов хороших и разных. Слышат ли их? Нет, почти не слышат. Но это уже проблема не поэтов, а общества. К тому же квалифицированных читателей поэзии, истинных любителей её, всегда было мало. Сложилась парадоксальная ситуация: пишущих стало больше, чем читающих. Тут в пору Дмитрия Веневитинова вспомнить: «Многочисленность стихотворцев во всяком народе есть вернейший признак его легкомыслия». Пошутил, наверное...

– Какая из ваших книг для вас самая дорогая? И как вы вообще пишете – подолгу, «с чувством, толком, расстановкой», или легко, под настроение?

– Написать могу быстро, «созреваю» медленно. Для меня период молчания, а он иногда может длиться годами, не менее важен, чем собственно сочинительство. Это тоже часть творчества.

Возникает иногда дискуссия: поэзия – исповедь или проповедь? Для меня исповедь. Но мы ведь не исповедуемся каждый день. «Ни дня без строчки» – лозунг графоманов.

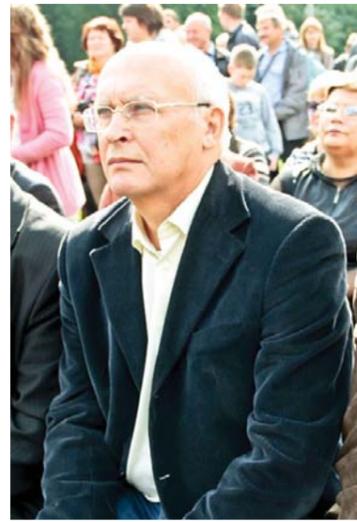
Скажу больше: и термин «поэтическое мастерство» для меня сомнителен. Есть, конечно, вещи, относящиеся к ремеслу, которые необходимо знать, но тайна поэзии, её особая энергетика всё-таки возникает из другого. Нужно слушать свою душу – и всё.

А самая дорогая для меня книга... Пожалуй, та, которую пишу. Это потому, что по натуре я человек сомневающийся, сделанное быстро перестаёт удовлетворять, хочется большего.

– Чего сегодня остро не хватает отечественной поэзии?

– Сегодня всем нам, в том числе поэзии, не хватает любви, любви не хватает! Всё и всех уже, кажется, обличили, всю мерзость человеческую вывернули наизнанку. Ну так это не новость. И у героев Достоевского мер-

Врачам – терпению,  
пациентам – надежде,  
всем – здоровью.  
Слово тоже лечит...  
Виктор Кирюшин



Поэт Виктор КИРЮШИН:

## Сегодня всем не хватает любви, любви не хватает!

зости достаточно. Только там и свет отыскивается на самом дне, в самой падшей душе. Даже сочувствие ещё не любовь, только подступ к ней. Посочувствовал и пошёл дальше по своим делам. А вот так, чтобы «не могу молчать!», чтобы перевернуло всего – пока ни у кого не получается. Хотя писатели искусные есть. А любви всё-таки не хватает, и это главное.

И ещё: сам литератор, неважно, прозаик или поэт, должен представлять собой личность. Сегодня как будто шлюзы какие-то открылись: ринулись в литературу все. Сказать им чаще всего нечего, характеры неяркие, страстишки мелкие, подробности слишком частные. Люди чувствуют этот подлог и протестуют по-своему: просто перестают читать литературу, в которой, по выражению Константина Леонтьева, царит «поэзия изящной безнравственности».

– Какие сегодня существуют «рычаги» для продвижения творческой карьеры?

– «Рычаг» вообще-то должен быть один – талант. Но рынок способен и божий дар превратить в товар. Или фальсифицировать его. В принципе и поэта можно разрекламировать.

Казалось бы, одним из критериев значимости писателя должен служить его успех у читателей. Но сегодня и это не работает: на слуху не самые лучшие...

Рецепт, на мой взгляд, один: наплевать на успех и вообще меньше всего задумываться над этим. А вот верить в себя необходимо. Верить и упрямо делать своё дело. Мы ведь не знаем, «как слово наше отзовется». У того же Тютчева, поставившего этот вопрос, при жизни вышли всего-то две тонких книжечки стихов, но в русской поэзии он остался навсегда.

– Если раньше существовал самиздат, а запрещённые писатели пользовались невероятной популярностью, то сегодня в литературе практически нет «аутсайдеров». Напечататься может каждый. Хорошо это или плохо?

– Хорошо, поскольку «дурь каждого сразу видна», как выразился один из русских царей, правда, по иному поводу. Другое дело,

что не так много ныне людей, способных отличить плохое от хорошего, подлинное от подделки. Вкус утрачен, его не воспитывает ни радио, ни телевидение, ни школа.

Вкус – это внутренний редактор. Нет его – и всё разрешено! Талант от бога, а вкус можно развить, воспитать. Большое влияние здесь оказывает окружение, среда. Да тот же самый интернет, где сегодня полно поэтического дурновкусия. И у него есть поклонники, которые на все лады расхваливают друг друга, «лайкают», даже пишут рецензии и присуждают разные титулы. Но в сети есть и подлинная поэзия. Значит, дело не в интернете, а в нас самих.

– Что вы думаете про русскую литературную классику? Лимит «допустимого» уже исчерпан, или её фонд ещё может пополниться?

– Конечно, может. Литература, по счастью, дело непредсказуемое. Вдруг, да и вбегит кто-либо в редакцию толстого литературного журнала с криком: «Новый Гоголь явился!» И в конце концов окажется, что это так и есть.

Не нужно только путать вещи популярные и классические. Назначить классиком никого невозможно, здесь уж точно выбор делает сам народ. А литературная ситуация в разные времена бывает разной. Вот сегодня, к примеру, в России нет ни поэта, ни прозаика национального масштаба. Но они непременно появятся. Я в это верю.

– Каким вы видите будущее русской литературы? Сегодня, по-вашему, она переживает период подъёма или наоборот?

– Литература существует по своим собственным законам, не до конца изученным и понятным. Кто объяснит: почему в одно время творят два-три гениальных писателя, а потом на долгие годы наступает провал?

На какое-то время место писателя в России занял политолог. И писатель в чём-то начал подражать ему: гнаться за злобой дня, описывать и растолковывать жизнь как процесс политический, социологический. А русскому человеку этого мало. Живём уже в

совершенно ином мире, а вопросы нас мучают всё те же: о совести, о душе, о справедливости, о Боге. Тяжкие вопросы, на которые, наверное, и ответов-то нет. Но искать их нужно. Даже сама искренняя попытка такого поиска необычайно ценна и всегда находит отклик у читателя. И в этом ценность русской классики. И магистральный путь русской литературы остаётся именно таким, а уж как мы пройдем по этому пути и что оставим потомкам, зависит от нас самих.

– Каково, по-вашему, будущее России, учитывая её прошлое и настоящее? И какая, на ваш взгляд, идея могла бы стать для неё национальной?

– Был бы я Вангой, ответил бы вам по существу, а так... Могу лишь сказать о том, что меня тревожит.

В России вообще довольно сложное отношение к частной собственности, материальному достатку. Трудно не согласиться с Мариной Цветаевой, сказавшей однажды, что «...сознание неправды денег в русской душе невытравимо». Так о какой национальной идее можно говорить при той пропасти между бедностью и богатством, которая существует сегодня в нашей стране? У меня нет ответа на этот вопрос. Оттого нет и особого оптимизма в отношении будущего.

Я вот искренне не понимаю: зачем человеку миллиарды долларов при том, что земная наша жизнь заканчивается могилой и памятником? По-моему, это какая-то душевная болезнь.

– Виктор Фёдорович, ваше отношение к медицине?

– Более чем уважительное. И идёт оно во многом от общения с тестем, Николаем Ивановичем. Не единожды раненый во время Великой Отечественной, он дошёл до Победы. И всегда потом говорил: «Если бы не врачи – армию бы выбили, и мы бы не выиграли войну!»

Подвиг фронтовых медиков, по-моему, до сих пор недооценён. Думаю, что сейчас во время прохождения «Бессмертного полка» в его рядах должен идти и «медсанбат», а портреты врачей-героев пусть несут студенты медицинских вузов и колледжей.

– Врачи-писатели, писатели-врачи... Как вы относитесь к их вкладу в русскую литературу?

– Чехов, Вересаев, Булгаков, Аксёнов – элита нашей литературы. Их писательский талант, умноженный на врачебное знание физиологической и психологической сущности человека, убеждает, что и сегодня из большого отряда пишущих врачей наша поэзия и проза получат новых классиков. В том числе и с помощью «Медицинской газеты», редакция которой многие годы проводит масштабный конкурс имени М.А.Булгакова.

– В последнее время мир разделился на сторонников и противников глобализации. По-вашему мнению, глобализация – это зло или добро?

– Глобализацию уже не остановить. С экономической точки зрения здесь есть свои выгоды. Правда, не для всех, а для играющих первую скрипку. В остальном всё плохо. Национальные культуры, религии, традиции – всё это объективно лишь препятствие для глобализации и, соответственно, подавляется и уничтожается. Не случайно многие выдающиеся деятели культуры выступали и выступают против этого процесса.

Речь, конечно, не только о России, но и о странах Запада, не смотря на всю их внешнюю толерантность. Принимайте всё, будьте терпимы ко всему, в том числе и к тому, что отвергается вашими национальными, культурными и религиозными традициями, – таков смысл этой пресловутой всетерпимости. В конце концов человеческая цивилизация превратится во всемирное общество потребителей. В бытовом смысле жить станет более удобно, но противно. Не могу в связи с этим не вспомнить философа Джона Рескина: «Привилегия рабов, крыс и волков состоит в том, чтобы жить по закону спроса и предложения... Что тут добавить?»

– Что вы сейчас пишете? – Пишу стихи. Медленно, редко, и к тому же они становятся всё короче. Вот такое, например, стихотворение «Биография»:

На памятнике жирная черта  
Меж датами...  
Дежурная мемория.  
А вместо биографии – история  
Кредитная  
И больше ни черта.

А вообще-то, я оптимист. Жить нужно долго, чтобы успеть исправить хотя бы собственные ошибки. Будем жить.

Беседу вел  
Владимир КОРОЛЁВ.

**Вниманию читателей «Медицинской газеты», занимающихся литературным творчеством: редакция нашего издания планирует этой осенью провести в Москве встречу с медиками-писателями, проживающими в регионах.**

**Справки по тел.: +7 (910) 785-72-86 или по электронной почте: 677286@mail.ru**

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), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.

Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.  
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.  
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.  
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.  
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).  
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru  
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-09-00292 Тираж 23 873 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

Благоевещенск (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.