

Медицинская

23 июня 2017 г.
пятница
№ 45 (7763)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

В центре внимания

Эффективно, надёжно и красиво

Всероссийская конференция офтальмологов обсудила состояние и пути совершенствования офтальмологической помощи



В столице Республики Дагестан Махачкале прошёл форум офтальмологов России с международным участием, посвящённый трём знаменательным событиям: 15-летию Дагестанского центра микрохирургии глаза (ДЦМГ), 85-летию Дагестанского государственного медицинского университета и 90-летию со дня рождения великого учёного, организатора здравоохранения академика РАН С.Фёдорова.

Достижения офтальмологов Дагестана бесспорны. Уровень развития современных технологий возвращения зрения в республике самый высокий. Здесь оперируют больных с катарактой, болезнями сетчатки и стекловидного тела, патологией глаз пожилого и детского возраста. В практике ДЦМГ, например, проведение бесшовной

Конференцию открывают (слева направо) Танка Ибрагимов и Абдул-Гамид Алиев

операции по имплантации искусственного хрусталика, лазерная коррекция зрения и многое другое. Очень часто в эту клинику приходят уже практически слепые люди, в том числе и пожилые. Некоторые не могут различить даже свет. Но после операции зрение восстанавливается. И люди прозревают...

Новая страница

Открыл конференцию министр здравоохранения Республики Дагестан Танка Ибрагимов.

– Офтальмологическая помощь в регионе оказывается на высоком уровне, – подчеркнул он. – Это подтверждают специалисты, которые приезжают проводить конференции и участвовать в мастер-классах в респу-

блике. Но таких достижений не было бы без ежедневного труда команды профессора Абдул-Гамида Алиева. Хотелось пожелать ему дальнейших успехов как главному офтальмологу Дагестана и Северо-Кавказского федерального округа.

Своё поздравление участникам конференции направил глава Республики Дагестан Рамазан Абдулатипов.

«В самые трудные как с политической, так и с экономической точки зрения годы руководство республики изыскало возможности для завершения строительства ДЦМГ, – говорится в нём.

(Продолжение на стр. 5.)



Рамазан АБДУЛАТИПОВ,
глава Республики Дагестан:

Дагестанским врачам удалось значительно нарастить объёмы ВМП.

Стр. 6

Амиран РЕВИШВИЛИ,
директор Института хирургии
им. А.В.Вишневского,
академик РАН:

Если мы воплотим в жизнь идею лучевой экстракорпоральной терапии фибрилляции предсердий, это станет прорывом.

Стр. 11



Карен ОГАНЕСЯН,
заведующий хирургическим
отделением № 2 московской
ГКБ № 13,
хирург высшей категории,
кандидат медицинских наук:

Такого количества сложных патологий, которые проходят через наше отделение, я ещё не встречал в своей практике.

Стр. 12

Акценты

Есть что показать

«Достижения отечественной медицинской и фармацевтической промышленности» – выставка с таким названием открылась в Государственной Думе Федерального Собрания РФ.

Торжественную церемонию открытия выставки, организованной Госдумой и Министерством промышленности и торговли РФ, провёл председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов. Участие в мероприятии приняли депутаты всех фракций, представители Минпромторга России, эксперты.

В экспозиции представлены основные результаты реализации Государственной программы «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» на 2013-2020 гг., а также современные лекарственные средства для лечения рассеянного склероза, ВИЧ-инфекции, сердечно-сосудистых заболеваний, различных форм эпилепсии, препараты фактора свёртывания крови и др.

В числе достижений промышленности – импортозамещающие медицинские изделия, выведенные на рынок в прошлом году: полимерный протез клапана сердца, автоматический малога-

баритный дефибриллятор. Российские компании представили широкий сектор продукции медицинской направленности: лабораторные, фармацевтические холодильники, инкубатор интенсивной терапии для новорождённых, диагностическое оборудование.

По словам первого заместителя председателя Государственной Думы Александра Жукова, «сейчас российская медицинская промышленность действительно встает на ноги и производит передовую технику, которой оснащаются наши российские клиники».

Заместитель председателя Госдумы РФ Ирина Яровая отметила, что «задача законодателей – создать ту надёжную фундаментальную основу, которая позволит развиваться нашему здравоохранению и фармацевтике».

Также в рамках мероприятия выступил заместитель министра промышленности и торговли России Сергей Цыб, который, говоря о достижениях российской медицинской и фармацевтической промышленности, заявил: «Нам удалось достичь серьёзных результатов. Например, сегодня в России производится более 81% жизненно необходимых препаратов».

Константин ШАРЬИН.
МИА Сити!

События

Воздушная «скорая»

Вертолёт санитарной авиации «Ансам» совершил свою первую посадку на специально подготовленную площадку рядом с главным корпусом больницы скорой помощи № 25, где и был передан Волгоградскому центру медицины катастроф.

Теперь медики смогут оперативно приходить на помощь и максимально быстро доставлять в медучреждения областного центра тяжелобольных пациентов.

– Для этого у нас будут задействованы 12 врачей и 6 медсестёр, прошедших подготовку во Всероссийском

центре медицины катастроф «Защита», – сказал директор территориального Центра медицины катастроф Владимир Ярмолич. – Вертолёт оснащён медицинским модулем с самым современным реанимационным оборудованием, что позволит повысить уровень оказания медицинской помощи в полёте, в том числе пациентам с серьёзными травмами, кардиологическими и неврологическими диагнозами, а также беременным женщинам и детям.

С полной загрузкой вертолёт должен будет обеспечивать полёт на дальность не менее 450 км, садиться

и взлетать на неподготовленные площадки. Все вопросы с дозаправкой при удалённости полёта свыше 450 км согласованы с подрядчиком.

В настоящее время волгоградские специалисты разрабатывают схемы маршрутизации больных по экстренным показаниям.

Теперь можно с уверенностью подтвердить, что вертолёт санавиации как воздушная скорая помощь заступил на вахту в Волгоградском регионе.

Александр КУЗНЕЦОВ,
соб. корр. «МГ».

Волгоград.

Новости

Новый центр — новые достижения

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова и глава Республики Ингушетия Юнус-Бек Евкуров открыли новый Республиканский онкологический диспансер на 150 коек в Назрановском районе. На строительство и оснащение диспансера ушло более 1,2 млрд руб. Учреждение в том числе оборудовано линейным ускорителем, аппаратом для брахитерапии, рентгенотерапевтическим аппаратом. В этом году в Ингушетии завершится строительство 6 крупных медицинских объектов. В.Скворцова отметила, что показатели выявления рака молочной железы в республике на ранней стадии за последнее время улучшились на 60%, а рака желудочно-кишечного тракта — на 45%.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

Ребёнка прооперировали без разреза

Специалисты Омской областной детской клинической больницы освоили технологию малоинвазивной хирургической коррекции атрезии пищевода у новорождённых. Первая операция выполнена успешно. Прежде хирургические вмешательства по поводу полной врожденной непроходимости пищевода выполнялись здесь открытым доступом. Сегодня на смену «агрессивной» хирургии пришла мало-травматичная. Чтобы вылечить маленького пациента, хирурги впервые применили торакоскопию: они разобщили пищевод, пересекли свищ нижнего отдела и наложили анастомоз, соединив пищевод с желудком.

— Уровень подготовки наших хирургов и реаниматологов, их опыт выполнения лапароскопических и торакоскопических процедур у новорождённых, в том числе маловесных детей, по поводу других патологий, а также наличие современного оборудования позволили нам выполнить такое хирургическое вмешательство, которое ранее казалось сложным и недостижимым, — сказал заведующий хирургическим отделением № 2 областной детской клинической больницы Денис Фёдоров.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

100 литров от доноров

Массовая заготовка донорской крови прошла в городах Челябинской области — Кусе, Магнитогорске, Миассе и Челябинске. На пункты переливания пришли 280 человек. В результате южноуральский банк крови всего за один день увеличился более чем на 100 л.

— Донорские акции привлекают внимание к важной роли донора в оказании помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях и формируют достаточный запас крови, — отметила главный трансфузиолог Минздрава Челябинской области, главный врач областной станции переливания крови Галина Рудакова. — Мы благодарим всех южноуральцев, добровольно сдающих кровь для спасения жизни пациентов медицинских учреждений! Также в этот день чувствуем почётным доноров и вручаем нагрудные знаки «Почётный донор России» тем, кто сдал кровь более 40 раз или плазму более 60 раз. И, конечно, дарим на память сувениры от службы крови России.

С начала года медицинские бригады Челябинской областной станции переливания крови выезжали в города и районы региона 326 раз. В результате проведённой работы 16 906 южноуральцев стали донорами крови и её компонентов и пополнили резервный запас крови на 13 591 л.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

Необходимые процедуры

Более 200 человек приняли участие в профилактической акции, которая прошла в поликлинике Алтайского краевого онкологического диспансера.

Онкологи диспансера работали одновременно на 3 площадках. Опытные врачи вели открытый приём пациентов с заболеваниями органов дыхания, желудка, молочных желёз, хроническим болевым синдромом. Специалисты проверяли различные образования на коже для того, чтобы исключить меланому или другие онкологические заболевания.

В случае подозрения на опухоль была предусмотрена возможность её цитологического исследования с выдачей результатов в этот же день. Для этого работали ведущие специалисты цитологической лаборатории диспансера под руководством доктора биологических наук О.Григорук.

Из 126 человек 4 отправлены на оперативное лечение с подозрением на меланому. Из 20 человек, имеющих образования на коже, предположительно онкологического характера, диагноз подтвердился у 6.

Врачи отделения профилактики и индивидуального прогнозирования злокачественных новообразований провели очередную «школу профилактики рака».

Были рассмотрены основные факторы риска развития рака молочных желёз, его целевой профилактики и ранней диагностики. Особое внимание специалисты уделили конкретным рекомендациям по коррекции образа жизни, характера питания, профилактике отёка верхней конечности после операционного лечения. Навыки по самообследованию молочных желёз закрепили просмотром документального обучающего фильма.

Елена ЛЬВОВА.

Барнаул.

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

Тенденции

Лидеры утверждают свои позиции

Инновационные подразделения в медицине становятся привычными в Самарской области

Губернатор Самарской области Николай Меркушкин посетил научно-производственные площадки Самарского государственного университета — технопарк и Центр прорывных исследований «Информационные технологии в медицине».

В СамГМУ динамично развиваются такие передовые направления, как обработка и анализ больших массивов данных, искусственный интеллект и нейротехнологии, технологии виртуальной и дополненной реальности. На сегодняшний день реализовано и применяется в здравоохранении около 30 наукоёмких проектов, столько же находится в разработке.

Губернатору показали вертикализатор для людей, которые перенесли инсульт, продемонстрировали систему, направленную на реабилитацию детей с ДЦП, проект по созданию имплантатов уха, носа, мелких суставов кисти и стопы.

С виртуальными медицинскими технологиями, системами принятия решений, а также с образовательными проектами мирового уровня губернатора познакомили в Центре прорывных исследований. Посетив губернатора инновационных подразделений не случайно. На Петербургском международном экономическом форуме Президент РФ В.Путин озвучил стратегическую инициативу о необходимости развития в России цифровых технологий. Он назвал конкретные меры, которые будут приняты для развития данного направления. В его докладе также прозвучало, что государство окажет поддержку тем компаниям, которые являются носителями разработок и компетенций в сфере



Г.Котельников знакомит Н.Меркушкина с работами технопарка

цифровых технологий, имеющих сквозной межотраслевой эффект. Именно в этой сфере СамГМУ имеет лидерские позиции в России. В стране планируется в несколько раз увеличить выпуск специалистов в сфере цифровой экономики и повысить цифровую грамотность.

В этой области медицинский университет также имеет сильные конкурентные преимущества.

— Государство заинтересовано в том, чтобы инвестиции приходили в высокотехнологичные отрасли, и будет создавать опорную инфраструктуру цифровой экономики, — говорит ректор СамГМУ Геннадий Котельников. — На базе ведущих вузов будут формировать инновационные научно-технологические центры. В этой логике уже в ближайшей перспективе будет строиться экономическая и технологическая политика, и эффективно работающие межотраслевые исследовательские команды смогут получить ощутимую поддержку государства. Поэтому визит губернатора Н.Меркушкина имеет важное значение для разработчиков инновационных проектов. Он подробно ознакомился с разработками, разговаривал со специалистами и получил всю необходимую информацию, чтобы оценить созданные проекты и научный потенциал учёных медицинского университета.

Владимир РЕЗНИКОВ, внешт. корр. «МГ».

Самара.

Награды

За заслуги перед Отечеством

Высоко отмечена работа одного из наших ведущих онкологов

Губернатор Ростовской области Василий Голубев на торжественной церемонии вручил генеральному директору Ростовского научно-исследовательского онкологического института Минздрава России, доктору медицинских наук, члену-корреспонденту РАН, заслуженному врачу РФ Олегу Киту медаль ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени — за заслуги в развитии здравоохранения, медицинской науки и многолетнюю добросовестную работу.

За 20 лет работы в РНИОИ Олег Иванович прошёл путь от хирурга торакоабдоминального отделения до заместителя директора по науке, а в 2010 г. возглавил институт. В онкохирургической практике О.Кит активно использует самые современные хирургические подходы, позволяющие максимально безопасно и эффективно выполнять операции высокой сложности.

С начала руководства институтом О.Китом началась модернизация его научной деятельности, обновление материально-техни-



ческой базы. Здесь создан лабораторно-диагностический центр с научно-экспериментальными лабораториями, открыта лаборатория молекулярной онкологии, а также лаборатория молекулярно-биологических исследований и ПЦР с группой клинической микробиологии, лаборатория культуры клеток. Создан единый патологоанатомический центр Южного и Северо-Кавказского

федеральных округов, открыт испытательный лабораторный центр, обновлена лучевая служба с парком самого современного радиологического оборудования. Сотрудники института регулярно проходят стажировки в ведущих онкоцентрах России и зарубежья, участвуют в международных конференциях, публикуются в ведущих научных изданиях. Институт вышел на мировой уровень по оказанию онкологической помощи и стал одним из лидеров в развитии онкологической науки.

В октябре 2016 г. за разработку и внедрение междисциплинарной стратегии в лечении колоректального рака О.Киту присуждена премия Правительства РФ в области науки и техники. Он избран членом-корреспондентом Российской академии наук по специальности «онкохирургия».

«Медицинская газета» присоединяется к поздравлениям коллег в адрес директора РНИОИ О.Кита с присвоением ему высокой награды и желает дальнейших достижений.

Алексей ЛЕОНИДОВ, МИА Cito!

Ориентиры

Заплатить по достоинству

В Алтайском крае идёт поэтапная работа по повышению заработной платы медицинских работников.

Таким образом, продолжается работа по исполнению Майских указов Президента РФ по повышению зарплат медицинских работников. Во исполнение указа «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» к 2018 г. по категории «врачи» она достигнет 200% от средней заработной платы по Алтайскому краю, по категории «средний и младший медицинский персонал» зарплата увеличится до 100% от средней заработной платы в Алтайском крае.

На 1 января 2017 г. в регионе средняя зарплата врачей и работников, имеющих высшее фар-

мацевтическое или иное высшее образование, составила 37 242,1 руб. Целевой показатель соотношения средней заработной платы врачей к средней заработной плате в регионе составил 187,4% (по «дорожной карте» – 178,6%), что на 8,8% превышает плановый уровень.

Средняя зарплата среднего медицинского персонала на 1 января текущего года составила 19 905,9 руб. Целевой показатель соотношения к средней заработной плате в регионе составил 100,2% (по «дорожной карте» – 95,6%), что на 4,6% больше планового уровня.

Младшие медицинские работники Алтайского края в среднем получают 11 379,7 руб. (на 1 января 2017 г.). Целевой показатель – 57,3% (по «дорожной карте» –

51,8%), что на 5,5% превышает плановый уровень.

При этом заработная плата каждого конкретного работника зависит от его квалификации, сложности, количества и качества выполняемой работы для соответствующей категории работников.

Кроме того, с 1 февраля прошлого года для медицинских работников Алтайского края работает горячая линия по вопросам оплаты труда, для этого выделен отдельный номер телефона. Специалистами Минздрава уже принято и обработано 154 звонка.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Алтайский край.

Проекты

Как минимизировать цены на лекарства?

Депутат Московской городской думы Андрей Клычков предложил освободить от торгового сбора аптеки, которые находятся на территории государственных больниц и поликлиник. Соответствующий законопроект столичный парламентарий внёс на рассмотрение Мосгордумы.

Законопроектом предлагается освободить от торгового сбора только те аптеки, площадь которых составляет не более 50 м². «В большинстве случаев такие аптечные организации аренду-

ют небольшие помещения либо размещаются в специальных киосках и имеют возможность осуществлять свою торговую деятельность исключительно для пациентов указанных медицинских учреждений», – говорится в пояснительной записке к законопроекту.

«Освобождение от уплаты торгового сбора позволит обеспечить минимальную розничную цену лекарственных препаратов для пациентов государственных бюджетных и казённых медицинских учреждений», – считает А.Клычков.

Примечательно, что торговый сбор в столичном регионе был введён летом позапрошлого года. Ставка торгового сбора для помещений площадью до 50 м² составляет от 21 до 60 тыс. руб. за квартал. В перечень организаций, которые были освобождены от торгового сбора, вошли розничные рынки, федеральные почтовые организации и бюджетные учреждения. В число последних попали 236 столичных аптек, подчиняющихся Департаменту здравоохранения Москвы.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Перспективы

Ради безопасности медиков и блага пациентов

Госдума РФ обещает учесть поправки к законопроектам о защите медицинских работников.

Пакет законопроектов, направленных на усиление уголовной и административной ответственности за нападение на медицинских работников и воспрепятствование оказанию своевременной медицинской помощи пациентам, рассмотрен на заседании Комитета Госдумы РФ по охране здо-

ровья. Внесённый пакет – это изменения в Кодекс РФ об административных правонарушениях и Уголовный кодекс Российской Федерации. Участники заседания единогласно сошлись во мнении, что представленный вариант проектов федеральных законов можно назвать компромиссным с точки зрения соблюдения баланса защиты как врача, так и пациента. При этом обсуждаемые документы достигают основной цели – усиливают ответственность за противоправ-

ные действия, препятствующие осуществлению медицинскими работниками своих обязанностей по оказанию медицинской помощи.

Законопроект «О внесении изменений в Кодекс РФ об административных правонарушениях в части обеспечения прав граждан на медицинскую помощь» предусматривает административный штраф от 4 до 5 тыс. руб. или административный арест на срок до 15 суток. В соответствии с предложенными нормами за отказ пропустить «скорую», если в результате медицинская помощь была оказана несвоевременно или не была оказана вовсе, нарушитель заплатит штраф в размере 30 тыс. руб. и будет лишён водительских прав на срок от 1,5 до 2 лет.

Законопроект «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и статью 151 Уголовно-процессуального кодекса Российской Федерации в части защиты жизни и здоровья пациентов и медицинских работников» предусматривает

штраф в размере до 40 тыс. руб. за воспрепятствование законной деятельности медработника, если в результате здоровью больного был причинён вред средней тяжести.

Между тем к законопроектам имеется ряд замечаний со стороны экспертного сообщества и депутатов.

Национальная медицинская палата предложила законодателям существенно доработать законопроект о защите медицинских работников. По мнению палаты, подготовка и принятие законопроекта о защите медицинских работников от насильственных посягательств при исполнении ими служебных обязанностей является на сегодняшний день жёсткой необходимостью. Именно поэтому палата намерена в сотрудничестве с Минздравом России и законодателями доработать законопроект, внося в него, по возможности, ряд конструктивных изменений.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Официально

Спорт и здоровье: их можно и нужно совмещать

«Комплексный контроль и сохранение здоровья спортсменов» – эту тему рассмотрел на своём заседании Экспертный совет по физической культуре и спорту при Комитете Совета Федерации по социальной политике.

Как отметил председатель комитета Валерий Рязанский, тема сохранения здоровья в спорте высших достижений становится частью одной из определяющих – именно ей на последнем заседании Совета при Президенте РФ по развитию физической культуры и спорта было уделено особое внимание.

«В условиях усиливающейся глобальной конкуренции среди квалифицированных спортсменов повышение тренировочных нагрузок на организм приводит к преждевременному профессиональному выгоранию», – констатировал сенатор. Он добавил, что на спортсменах именно этой категории лежит большая ответственность – они защищают честь страны, зачастую прилагая усилия на пределе человеческих возможностей.

«Получается, что лучшие представители нации – генофонд страны – могут легко перейти в категорию инвалидов, поскольку преждевременно стареют и «выгорают», – отметил В.Рязанский.

Председатель Экспертного совета директор Федерального центра подготовки спортивного резерва Министерства спорта РФ Константин Вырупаев рассказал об основных направлениях современной подготовки спортивного резерва для сборных команд России. Он напомнил, что в прошлом году в нашей стране была завершена разработка Концепции подготовки спортивного резерва до 2025 г. и плана по её реализации.

«Совместными усилиями министерств и ведомств, органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере физической культуры и спорта, общероссийских спортивных федераций и экспертов удалось создать документ, способный качественно изменить подходы к подготовке спортивного резерва», – высказал своё мнение К.Вырупаев. По его словам, сегодня значительно расширен кадровый состав Федерального центра подготовки спортивного резерва: в настоящее время в 63 субъектах РФ работают инструкторы-методисты, задача которых – помогать специалистам на местах, консультировать и оперативно выявлять существующие проблемы.

«Мы продолжаем повышать качество проведения спортивных соревнований. Особенно важным мы считаем дальнейшее укрепление роли спартакиадного движения», – сказал глава Экспертного совета.

По мнению члена Комитета Совета Федерации по социальной политике Эдуарда Исакова, важно также создавать условия для развития спорта в посёлках и малых городах. «Необходимо строить недорогие спортивные площадки. В итоге отдача будет выше, чем от финансирования 20–30 спортсменов, выступающих за определённый регион», – считает парламентарий.

Участники заседания сошлись во мнении, что популяризация массовой физкультуры и спорта в Российской Федерации повлияла на формирование у населения привычки к ведению здорового образа жизни: всё больше граждан, в том числе и старшего возраста, прибегают к занятиям физкультурой и спортом.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Криминал

Стоматолог «высокого полёта»



Следственный комитет Санкт-Петербурга возбудил уголовное дело в отношении 40-летнего стоматолога.

«Из материалов уголовного дела следует, что подозреваемая ввела в заблуждение 43-летнюю местную жительницу относительно объёма оказания стоматологических услуг, в результате чего удалила последнюю 22 здоровых зуба, установив «мосты» ненадлежащего качества, и получила от потерпевшей более

843 тыс. руб.», – передаёт пресс-служба Следственного комитета по Санкт-Петербургу.

В отношении стоматолога и учредителя клиники возбуждено уголовное дело по ч. 3 ст. 159 УК РФ «Мошенничество». Следователи проверяют, действовала ли ранее врач аналогичным образом.

Борис БЕРКУТ.

МИА Сити!

Санкт-Петербург.

Высшая школа организации и управления здравоохранением составила недавно индекс эффективности систем здравоохранения всех субъектов Российской Федерации. Среди лидеров – Республика Дагестан, ей присвоили первое место. На рейтинг влияли такие показатели, как ожидаемая продолжительность жизни при рождении, валовой региональный продукт, расходы на здравоохранение, потребление алкоголя, то есть регион за меньшие деньги, потраченные на медицину, сумел добиться самых высоких результатов. С министром здравоохранения Республики Дагестан Танкой Ибрагимовым мы беседуем о сегодняшнем дне республиканской медицины.

– Танка Ибрагимович, если оценить такие критерии, как продолжительность жизни и количество средств, вложенных в охрану здоровья, то по соотношению этих показателей Дагестан станет одним из самых эффективных субъектов России. Но и проблем со здоровьем населения в регионе всё-таки хватает. Какие из них вы считаете наиболее сложными?

– Это касается финансирования и возможности оказания какой-то дополнительной помощи. Один из болевых вопросов – огромные очереди в Республиканском онкологическом диспансере. Больница была построена лет 30-40 назад, тогда население Махачкалы составляло около 400 тыс. человек. Сегодня число людей, проживающих в столице Дагестана, выросло в два раза, более миллиона жителей, и, конечно, мощности диспансера не хватает. Чтобы избавиться от длинных очередей, мы планируем расширить возможности онкодиспансера. Уже началось строительство нового корпуса. Средства на аренду дополнительных помещений готовы выделить и в территориальном фонде ОМС по Республике Дагестан. Что касается оснащения, то в прошлом году мы получили достаточно хорошее оборудование для того, чтобы оказывать помощь онкологическим больным, только пока всё упирается в нехватку площадей для их установки. Кроме того, в ближайшее время в Дагестан должен поступить аппарат «Гамма-нож», который позволяет безболезненно проводить сложные операции по удалению опасных опухолей. Этих установок в России всего 4, и это станет настоящим прорывом для дагестанского здравоохранения.

Довольно тяжёлым остаётся состояние материально-технической базы и условий для лечения больных туберкулёзом. Много лет заморожено строительство Республиканской туберкулёзной больницы на окраине Махачкалы. Завершить работы планируется в ближайшие год-два, и это очень важно для нас. Мы единственный субъект Российской Федерации, в столице которого нет своей современной туберкулёзной больницы.

– Как идёт оптимизация здравоохранения в республике? Наверное, очень трудно проводить реорганизацию, учитывая, что в Дагестане немало труднодоступных и высокогорных населённых пунктов?

– Одним из основных направлений проводимой в республике оптимизации является перевод части круглосуточных коек в стационары дневного пребывания, что позволило, не снижая доступности медицинской помощи больным, не требующим круглосуточного наблюдения, обеспечить рациональное и экономное использование финансовых средств, выделяемых на содержание медицинских организаций. В 2013 г. в республике функционировали 605 коек в дневных стационарах. А на начало 2017 г. коечная мощность дневных стационаров составила 1632 койки. В результате показатель обеспеченности койками дневных стаци-

онаров составил 5,4 единицы на 10 тыс. населения, что превышает уровень 2013 г. почти в 3 раза. За последние 3 года дополнительно развёрнуто 1027 коек дневных стационаров, из которых 838 – за счёт соответствующего сокращения мест круглосуточного пребывания. Так же в связи с уменьшением количества детей-сирот, пребывающих в специализированных домах ребёнка, с 1 января 2017 г.

Во многом нарастить объёмы ВМП удалось благодаря оснащению клиник и больниц современным оборудованием. Одна из главных задач, которая стоит перед Минздравом Дагестана, – сократить число больных, выезжающих на лечение за пределы республики.

– Существует ли проблема дефицита кадров в больницах и поликлиниках, каких специалистов больше всего не хватает?

Авторитетное мнение

Министр здравоохранения Республики Дагестан Танка ИБРАГИМОВ:

Врач — это не только специальность...



был закрыт Республиканский дом ребёнка в Махачкале, и на его базе создан Республиканский детский реабилитационный центр, в котором функционируют отделения медицинской реабилитации детей с неврологической и ортопедотравматологической патологией. Доступность медицинской помощи – один из главных приоритетов. Поэтому решения по оптимизации Минздравом Дагестана принимаются с учётом обсуждений с общественностью населённых пунктов. Так, в 2016 г. были закрыты по одному фельдшерскому пункту в селе Ухул Ахтынского района и в селе Гадари Гумбетовского района в связи с переселением жителей в другие населённые пункты. Несмотря на рекомендуемые штатные нормативы и несоответствующую им численность проживающего населения, мы стараемся не принимать решений, которые ухудшат условия и доступность оказания медицинской помощи, особенно в сельской местности, в труднодоступных населённых пунктах.

– Как обстоит дело с высокотехнологической медицинской помощью – увеличиваются ли её объёмы, оказываемые непосредственно в лечебных учреждениях Дагестана?

– Да, растёт качество и доступность медицины высоких технологий для всех граждан. Всё больше применяются инновационные методы в диагностике и лечении. Сегодня в республике 12 медицинских организаций имеют лицензию на оказание ВМП и успешно выполняются сложные операции. Самое востребованное направление – сердечно-сосудистая хирургия, в частности стентирование сосудов сердца, нейрохирургия, онкология, травматология, экстракорпоральное оплодотворение. В 2016 г. сложные операции и комплексное лечение в регионе смогли получить более 3 тыс. пациентов. В то время как в 2012 г. ВМП в Дагестане и вовсе не оказывалась. В этом году планируется увеличить число пациентов, получивших ВМП в медицинских организациях Дагестана, до 4 тыс.

заработная плата врачей в соответствии с Майскими указами Президента должна составлять 200% от средней по стране, оплата труда среднего и младшего персонала – до 100% от средней по экономике. Для достижения установленных показателей привлекаются все источники финансирования медицинских организаций: средства республиканского бюджета, бюджета ТФОМС, поступления от предпри-

будущих профессиональных возможностей. В Республиканской детской больнице восстановительного лечения осуществляется реабилитация малышей, страдающих заболеваниями центральной нервной системы и ортопедотравматологической патологией. В столице республики функционирует Детский центр реабилитации и восстановительного лечения на 500 посещений в сутки. В составе

– Что касается проблемы дефицита кадров, то она решается довольно эффективно благодаря целевым местам в вузах, интернатуре и ординатуре. Основной процент врачей в республике по-прежнему обеспечивает Дагестанский государственный медицинский университет. Наибольшая нехватка специалистов ощущается в скорой помощи, а также среди реаниматологов, физиотерапевтов, неонатологов, психотерапевтов и т.д.

– Помогает ли решить кадровую проблему на селе программа «Земский доктор»?

– Благодаря этой федеральной программе нам удалось снизить дефицит кадров в сельской местности. Проект реализуется в Дагестане с 2012 г. В прошлом году на работу в глубинку по программе отправились 245 специалистов. Все они получили «подъёмные» в один миллион рублей как дополнительное стимулирование. За это они должны отработать в селе не менее 5 лет. Всего же с начала действия программы с 2012 г. трудоустроили в сельские больницы удалось почти 650 специалистов, что позволило значительно укрепить здравоохранение в глубинке. «Земский доктор» по праву является одной из самых востребованных и эффективных целевых программ в сфере здравоохранения, и положительная динамика, безусловно, есть, так как программа позволила привлечь в сельские населённые пункты и рабочие посёлки большое количество молодых специалистов, что значительно выправило кадровый дисбаланс. В этом году мы так же планируем направить работать в сельские больницы по программе 245 специалистов при условии соответствия их требованиям действующего законодательства.

– Что можно сказать о работе по выполнению Майских указов Президента РФ? Удаётся ли повышать заработную плату в соответствии с «дорожной картой»? Какая она, средняя зарплата медицинских работников сегодня?

– Обеспечение целевых показателей по средней заработной плате медицинских работников в рамках исполнения Майских указов Президента страны находится на особом контроле Минздрава Дагестана. Все социальные гарантии медицинским работникам, определённые «дорожной картой», сохранены, а, самое главное, в 2016 г. заработная плата по всем категориям медицинских работников возросла. Так, у медицинских работников за 3 года она увеличилась на 25,3% и составила в 2016 г. 19 567 руб. При этом у врачей среднемесячный доход вырос до 31 690 руб., на 1,8% увеличилась зарплата среднего медицинского персонала и составила 19 454 руб., более чем на 2% выросла оплата труда младших медработников – 12 298 руб. Напомню, в 2018 г.

независимой деятельности и родовых сертификатов. В 2016 г., как и в предыдущие годы, в республике было обеспечено выполнение целевых индикаторов, установленных в соответствии с указом.

– Танка Ибрагимович, Дагестан занимает почётное первое место по численности населения в Северо-Кавказском федеральном округе, более того – доля детей и подростков в структуре населения увеличивается. Но это, наверное, заставляет и больше внимания уделять диспансеризации детей, реабилитации малышей, страдающих хроническими заболеваниями?

– Действительно, Дагестан – территория с высокой численностью населения, более 3 млн человек, 30% составляют дети. По рождаемости республика входит в пятёрку лидеров среди регионов России. Однако за последние 2 года наметилась тенденция к снижению рождаемости – это связано в первую очередь со вступлением в период репродукции женщин, родившихся во время демографического спада в 90-х годах, и высоким уровнем миграции населения репродуктивного возраста.

Одним из основных направлений деятельности педиатрической службы, конечно же, является детская диспансеризация, которая проводится ежегодно. В 2016 г. профилактическое обследование прошли 765 тыс. детей. Особое внимание уделяется проведению диспансеризации детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей, оставшихся без попечения родителей. Широко используются также выездные формы работы. Доктора проверяют здоровье детей из сельской местности и проводят медосмотр беременных женщин. В течение года по графику в сельские районы выезжают бригады специалистов республиканских медицинских организаций, используя передвижные модули, оснащённые современным оборудованием. Население заблаговременно информируется о времени приезда специалистов. В течение года мобильные бригады осуществляют порядка 20 выездов с осмотром более 10 тыс. детей. У 19% осмотренных детей диспансеризация в прошлом году выявила различные патологии, в том числе у 11% выявлена хирургическая патология, у 57% – ортопедическая, у 48% – неврологическая, у 19% – кардиологическая, у 63% детей зарегистрированы стоматологические заболевания.

Диспансеризация больных детей в комплексе с реабилитационными мероприятиями позволяет не только предотвратить рецидивы заболевания, инвалидизацию пациента, но и вернуть ребёнка к обычному образу жизни, расширить круг его

учреждений, подведомственных Минздраву Дагестана, находятся 5 детских самостоятельных республиканских санаториев на 440 коек. В январе текущего года заработал реабилитационный центр для детей с первых месяцев жизни, перенёвших перинатальное поражение ЦНС, страдающих ортопедической патологией и патологией нарушения слуха. Разработана и утверждена республиканская «дорожная карта» профилактики инвалидности у детей с низкой массой тела при рождении.

– Функционирование системы здравоохранения всегда находится под пристальным вниманием общества, которое часто предъявляет к профессии врача крайне высокие требования. На ваш взгляд, повысилась ли удовлетворённость дагестанцев работой системы здравоохранения за последние годы?

– Согласно результатам независимой оценки качества оказания медицинской помощи, число жителей, довольных услугами медицины, в регионе составляет 80%. В последние годы нам удалось укрепить материально-техническую базу, во многих больницах и поликлиниках обновили медицинское оборудование, растут объёмы высокотехнологичной помощи, при необходимости больные направляются на лечение в федеральные центры, с этим тоже не возникает трудностей. Однако нам есть ещё над чем работать, есть огромный резерв для дальнейшего улучшения качества медицинских услуг: человеку важно, придя в поликлинику, в больницу, оказаться в комфортной атмосфере, чтобы к нему относились по-доброму, с уважением.

Для того, чтобы стать хорошим врачом, одним медицинских знаний недостаточно. Это не только специальность – это искусство. Искусство врачевания и есть важнейшая формула успеха на медицинском поприще. В Дагестане очень много прекрасных, талантливых врачей, которые каждый день приносят пользу людям. Подавляющее количество медиков работает и днём, и ночью, у них не бывает ни праздничных, ни выходных. Хотя, конечно, бывали случаи некорректного поведения, хамства... Мы не хотим, чтобы такие люди были в наших рядах. Каждый человек, столкнувшийся с подобной ситуацией, может открыто пожаловаться на действие медработников в Минздрав республики. У нас круглосуточно работает телефон горячей линии. Оказание качественной и доступной медицинской помощи является для нас приоритетом!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

– С 2003 г. ДЦМГ ведёт отчёт своей практической деятельности. Известному учёному и организатору здравоохранения Дагестана и России профессору Абдул-Гамид Алиеву при личной поддержке выдающегося учёного-офтальмолога академика РАМН Святослава Фёдорова удалось создать современную офтальмологическую клинику, где успешно возвращают зрение жителям республики и многих регионов России.

Важно, чтобы медицинские услуги населению оказывались на современном уровне, качественно и независимо от социального статуса и места жительства граждан России. Благодаря прогрессивной организации работы, использованию новейших технологий диагностики и лечения ДЦМГ стал одним из ведущих центров офтальмологической науки и практики в Северо-Кавказском федеральном округе. Убеждён: дальнейшая поддержка учёных и практикующих врачей центра будет способствовать развитию офтальмологической науки и внедрению передовых технологий лечения глазных болезней в практическую медицину».

Слова поддержки развитию науки, применению передовых технологий в офтальмологии, повышению качества медицинского образования высказал с трибуны конференции ректор Дагестанского государственного медицинского университета профессор Сулейман Маммаев. Он напомнил, что университет имеет славные традиции. Со дня своего создания вуз подготовил более 300 тыс. врачей, которые работают сегодня во многих уголках России и зарубежья. Одной из кафедр, которая нарабатывала годами авторитет дагестанской медицинской школы, является кафедра офтальмологии.

– Трудно переоценить роль ДЦМГ, открывшего 15 лет назад новую страницу в развитии офтальмологии в республике, – считает директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Дагестан Магомед Сулейманов. – Сегодня ДЦМГ, возглавляемый известным учёным профессором Абдул-Гамид Алиевым, – одно из ведущих медицинских учреждений региона. За последние годы в клиническую практику внедрено более 30 современных высокотехнологичных методов диагностики и лечения глазных заболеваний. Отрадно и то, что центр уже долгие годы успешно работает в системе ОМС, ежегодно оказывая на высоком уровне тысячам дагестанцев и жителям соседних регионов бесплатную и качественную медицинскую помощь.

Ключевые вопросы

Научная часть конференции началась с доклада ведущего научного сотрудника Московского научно-исследовательского института глазных болезней им. Гельмгольца профессора Елены Иомдиной (Москва). Она напомнила, что НИИ им. Гельмгольца и офтальмологические учреждения республики связывают давние, тесные, партнёрские отношения. Чтобы в этом убедиться, достаточно посмотреть труды классиков офтальмологии академика Эдуарда Аветисова и профессора Юрия Роземблума, которые не раз ссылались в своих трудах на данные дагестанских коллег.

Новые результаты биомеханических исследований корнеосклеральной оболочки глаза при первичной глаукоме и их клиническое значение – такой была тема выступления Е.Иомдиной. Ключевой вопрос, который пыталось разрешить проведённое исследование, являются ли нарушения биомеханической оболочки следствием повышенного внутриглазного давления или речь идёт о пусковом звене, факторе развития глаукомы. Исследование с помощью мультиспектральной микроскопии подтвердило тезис, что структура глаукомной склеры

иная, нежели в здоровом глазу. Тем самым было доказано, что при глаукоме происходит ремоделирование матрицы склеры. Причём наблюдаются такие перемены уже на первой стадии заболевания. А дальше механизмы отрицательной обратной связи способствуют прогрессированию глаукомы.

Заведующий отделом хирургического лечения глаукомы МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова профессор Игорь Алексеев считает, что корнеосклеральная оболочка глаза является одним из главных звеньев патогенеза многих заболеваний. Именно она формирует для глаза своеобразный экзоскелет, который не

конечно же, остаётся степень недоношенности. Чем раньше рождается ребёнок, тем меньше масса его тела при рождении, тем выше риск выявления ретинопатии. Вторым существенным фактором риска ретинопатии считается соматическая отягощённость здоровья матери. Не менее значимы условия выхаживания, то есть уровень неонатальной помощи.

В нашей стране осуществляется скрининг недоношенных детей на ретинопатию. В основе её возникновения лежит срыв нормального остеогенеза сетчатки. Развитие заболевания основано на морфофункциональной её незрелости, как следствие – формировании

они подтвердили заслуженную им славу хирурга-офтальмолога.

Со дня основания кафедры была открыта первая клиника глазных болезней на 30 коек на базе Республиканской клинической больницы, организатором и руководителем её также являлся профессор Х.Булач.

Перед офтальмологами стояли серьёзные вызовы, одним из которых стала трахома. Профессор Х.Булач принял активное участие в борьбе с этой болезнью. И уже в 1952 г. в Дагестане создаётся противотрахомный диспансер. Через некоторое время с этой патологией удалось справиться навсегда, а успех обеспечило квалифицированное медикамен-

сохранил тесные научные и человеческие контакты со своими дагестанскими коллегами. С сентября 1976 по декабрь 1988 г. кафедрой офтальмологии заведовал доцент Шамал Шамхалов. Кандидатскую диссертацию по теме «Методика образования костного отверстия при дакриоцистиностомии» Ш.Шамхалов защитил в 1959 г. в Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца. Предложенный им инструмент применяется теперь во многих клиниках России.

С декабря 1988 г. по настоящее время кафедру офтальмологии возглавляет профессор Абдул-Гамид Алиев. Кандидатскую диссертацию «Исследование рацио-

В центре внимания

Эффективно, надёжно и красиво



Оперирует Абдул-Гамид Алиев

только сохраняет форму глаза, но и выдерживает перепады внутриглазного давления.

Ответ же на вопрос, когда необходима операция по поводу глаукомы, требует учёта ряда факторов. Хирургическое лечение глаукомы считается наиболее надёжным способом компенсации внутриглазного давления, предотвращая в большинстве случаев её прогрессирование. Без лечения это заболевание приводит к фатальному снижению зрения. Каждый конкретный больной имеет свои собственные нюансы течения данной патологии.

Современные аспекты лазерного лечения активной ретинопатии недоношенных представил на конференции заведующий отделом лазерной хирургии сетчатки МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова (Москва) профессор Павел Володин.

Переход отечественного здравоохранения на критерии выхаживания недоношенных ВОЗ, а именно: детей с 22 недель гестации, ренимация новорождённых весом более 500 г, естественно, привел к существенному увеличению данной патологии среди новорождённых. Сегодня в России рождаются не менее 5 тыс. детей с ретинопатией недоношенных. Основным фактором, влияющим на частоту развития данного заболевания,

патологической ревазуляризации. Бесспорно, далеко не у всех детей с ретинопатией недоношенных формируются столь неблагоприятные последствия. Тем не менее об этом нельзя забывать. Если не выявлять ретинопатию своевременно, она может привести к отслойке сетчатки.

Путь к прозрению...

На конференции говорили и о славной истории дагестанской офтальмологии. Кафедра офтальмологии Дагестанского медицинского института была основана в 1935 г. профессором Хаджи Булачом. По заслугам и признание – Хаджи Омарович избирался депутатом Верховного Совета Дагестана, заместителем председателя Верховного Совета республики.

Его уважали за высокие профессиональные качества. Х.Булач был признан выдающимся хирургом-офтальмологом ещё в период работы в эвакуогоспиталях. Шла Великая Отечественная война, и в Махачкале непрерывно лечили раненых. Но он успевал при таком колоссальном потоке операций заниматься и научной работой. В этот период им написаны монографии «Огнестрельные остеомиелиты орбиты», «Пластика век свободным лоскутом кожи ушной раковины» и многие другие. В очередной раз

тозное и хирургическое лечение. Вклад Булача в ликвидацию этого недуга в территории невозможно переоценить.

Профессор Х.Булач – организатор и первый председатель Дагестанского общества офтальмологов. Новая общественная организация становится школой профессионального совершенствования и обмена практическим опытом. Коллеги, отдавая дань уважения его заслугам, решили присвоить обществу его имя. Совет министров Республики Дагестан издал специальное постановление в 1953 г. о том, что Республиканская офтальмологическая больница будет носить имя Х.Булача. Приказом ректора Дагестанской государственной медицинской академии имя профессора увековечили и в названии кафедры офтальмологии академии. Одна из улиц Махачкалы названа в честь корифея офтальмологии.

С 1959 по 1971 г. кафедру возглавляла доцент Айшат Магомедова. В памяти благодарных студентов и коллег она осталась профессионалом своего дела и человеком высокой культуры. С сентября 1971 по сентябрь 1976 г. заведующим кафедрой был избран доктор медицинских наук Николай Сергиенко. Позже он стал профессором Украинского центра микрохирургии глаза, академиком АН и АМН Украины. Николай Маркович

нальной коррекции астигматизма» он защитил в 1980 г. в Одесском научно-исследовательском институте глазных болезней и тканевой терапии им. В.П.Филатова, в 1993 г. в Московском НИИ глазных болезней им. Гельмгольца – докторскую диссертацию «Аберрации оптической системы человеческого глаза в норме и патологии, и их роль в процессе зрительной деятельности». В том же году он утверждён в звании профессора. Он является автором более 500 научных работ, многие из которых опубликованы в зарубежной печати, 3 монографий, имеет 42 авторских свидетельства и патента РФ на изобретения и полезные модели.

В демократичной атмосфере

Конференцию можно назвать важной вехой в развитии офтальмологии региона. В ходе её заседаний были подняты актуальные вопросы рефракционной и фенталазерной, катарактальной хирургии, рассматривались инновационные технологии. Её участникам была предоставлена уникальная возможность познакомиться с новыми методами диагностики и лечения, обменяться накопленным опытом. Гости смогли убедиться, что ДЦМГ оснащён фактически по всем направлениям современным оборудованием, он стал кузницей высококвалифицированных кадров для территорий Северо-Кавказского федерального округа. Дискуссии на заседаниях были успешными и содержательными, атмосфера конференции – демократичной и доверительной. На все поставленные вопросы были даны ответы.

«Мы познакомимся с профессором Абдул-Гамид Алиевым 15 лет тому назад, когда создавалось Российское общество офтальмологов, – рассказал руководитель клиники «Леге-Артис» (Москва) профессор Владимир Лапочкин. – Он всегда активно выступал на конференциях общества, возглавляя офтальмологическую службу одного из крупных регионов нашей страны. Нам повезло, что сегодняшняя замечательная конференция прошла в Дагестане. Это незабываемый горный край. Первая секция заслушала порядка 10 содержательных докладов о разных областях офтальмологии, вторая – столько же. Главное – рассматривались инновационные, по своей сути, идеи, которые принимаются и внедряются в практику медицинским сообществом».

Материалы подготовлены специальным корреспондентом «МГ» Алексеем ПАПЫРИНЫМ.

Москва – Махачкала.

В его работе приняли участие врачи, эксперты, учёные, фармацевты со всей страны, всего более 900 участников. В центре внимания собравшихся были актуальные вопросы состояния и перспективы развития здравоохранения и медицины. Участники говорили о развитии регионального здравоохранения, затронули кадровое обеспечение медицинских организаций, повышение доступности, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, речь шла и проблемах первичной медико-санитарной помощи.

Открывая форум, глава республики Рамазан Абдулатипов отметил, что подобные мероприятия – наиболее приемлемая и конструктивная форма общения врачей как самого высокого ранга, так и профессорско-преподавательского сообщества, клиницистов.

Говоря о положительных показателях, достигнутых в здравоохранении за последние 4 года, им было отмечено, что в регионе удалось значительно нарастить объёмы высокотехнологичной медицинской помощи, снизить уровень материнской и младенческой смертности до исторического минимума и увеличить среднюю продолжительность жизни. Сданы в эксплуатацию 74 объекта здравоохранения. Знаменательным событием явилось открытие оснащённого по последнему слову техники Республиканского перинатального центра в Махачкале на 150 коек.

Акценты

Конструктивная форма общения

Первый медицинский форум «Здравоохранение Дагестана: реалии и стратегия развития» прошёл в Махачкале



Во время работы форума

От имени министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой к участникам и гостям форума обратилась начальник отдела мониторинга, анализа и совершенствования отдельных

видов специализированной медицинской помощи Минздрава России Марина Кочнева. В своём послании федеральный министр поблагодарила медработников республики за существенные

успехи в развитии здравоохранения региона.

Как отметил глава Минздрава Дагестана Танка Ибрагимов, в условиях экономического кризиса удалось сделать многое для реализации поставленных задач, однако в полной мере достичь поставленных целей можно лишь при наличии достаточного количества квалифицированных кадров, современной инфраструктуры медицинских организаций и необходимых финансовых ресурсов. «В республике организована и достаточно хорошо работает трёхуровневая система оказания качественной медицинской помощи. Это позволило повысить эффективность работы всех учреждений здравоохранения. Мы также ежегодно проводим мероприятия по посещению районных больниц бригадами специалистов из республиканских клиник, где они проводят обследование больных и диспансеризацию», – сообщил Т.Ибрагимов.

После приветственной части состоялась церемония награждения отличившихся специалистов медицинской отрасли. Ордена «За заслуги перед Республикой Дагестан» были удостоены министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, министр здравоохранения Республики Дагестан Танка Ибрагимов и врач функциональной диагностики Каспийской центральной городской больницы Азиз Багандов. Медалью «За вклад в социально-экономическое развитие Республики Дагестан» отмечен главный врач общества с ограниченной ответственностью «Медпрофцентр» Али Алиев. После пленарной части работа форума продолжилась по шести секциям, где обсудили вопросы охраны материнства и детства, организацию работы сосудистых центров республики, развитие кардиохирургической помощи, мужское здоровье, социальное долголетие и т.д. Также прошла научно-практическая конференция «Онкология – сложные проблемы анестезиологии и интенсивной терапии» в Республиканском онкологическом диспансере. Помимо этого, каждый желающий смог принять участие в мастер-классе «Симуляционные технологии в медицине».

В рамках форума в Махачкале также открылась выставка «Медицина и здоровье». Новейшие разработки медицинской науки и техники представили порядка 25 участников.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА,
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

Проблемы и решения

В Госдуму РФ внесён проект федерального закона о социальной и медицинской поддержке людей с сахарным диабетом (СД). В документе, размещённом в электронной базе нижней палаты парламента, детализированы ключевые аспекты борьбы с этой болезнью, которая в настоящее время приобрела масштабы неинфекционной эпидемии.

Парламентарии указывают, что в России должна появиться гарантированная государством система медико-социальной защиты, включающая в себя комплекс первоочередных мер по поддержке людей с диабетом. Документ носит рамочный характер и предполагает регламентировать обязательность создания регистров таких пациентов. Кроме того, предлагается повысить уровень подготовки специалистов диабетологической службы.

Важнейшей законодательной новеллой является утверждение перечня прав лиц, страдающих СД. Так называемый национальный минимум включает право на бесплатное лекарственное обеспечение сахароснижающими препаратами, а также лекарствами для предупреждения осложнений, тест-полосками для определения уровня глюкозы в крови, сахара и ацетона в моче, средствами введения инсулина, а несовершенное летним – право на отдых и оздоровление, в том числе бесплатное санаторно-курортное лечение.

– Данный законопроект имеет давнюю историю, – отмечает председатель Санкт-Петербургского диабетического общества Марина Шипулина. – Ещё 15 лет назад по инициативе нашего общества в рамках Межпарламентской ассамблеи СНГ состоялась первая конференция диабетических ассоциаций государств – участников содружества, на которой была принята резолюция о необходимости законодательного обеспечения прав людей с СД. В 2004 г. рабочей группой

Все грани болезни

При хорошем самоконтроле и поддержке со стороны врачей люди с диабетом могут прожить долгую и полноценную жизнь

Комиссии по социальной политике Межпарламентской ассамблеи СНГ был разработан модельный закон «Об основах медико-социальной защиты граждан, больных сахарным диабетом», который был утверждён на специальной сессии Ассамблеи стран СНГ, что сделало возможным государствам-членам содружества формировать своё законодательство в этой области. В настоящее время национальные законы по СД уже приняты в Азербайджане, Киргизии, Таджикистане.

Для успешной реализации модельного закона в государствах СНГ была проведена большая работа по созданию Соглашения о сотрудничестве государств-участников СНГ в борьбе с ростом заболеваемости диабетом, и в ноябре 2008 г. соответствующий документ был подписан главами правительств этих государств. «Каждый этап этого продолжительного пути сопровождался поддержкой и участием депутатов Госдумы РФ Сергея Миронова. Для России результатом этой последовательной депутатской работы и стал данный законопроект, который внесён на рассмотрение нижней палаты парламента в мае этого года», – подчеркнула М.Шипулина.

На «круглом столе», состоявшемся недавно в Общественной палате, эксперты были единодушны во мнении: здоровье населения – это выгодная сфера для инвестиций. По мнению директора Института диабета Эндокринологического научного центра Минздрава России академика РАН Марины Шестако-

вой, если своевременно выявлять и адекватно лечить диабет, то затраты на него могли бы быть в 90 раз меньше. На сегодняшний день более 4 млн человек в России поставлен диагноз «сахарный диабет», а ещё до 6 млн не знают о своём заболевании. Согласно исследованиям, действительное число пациентов с СД достигает 9-10 млн человек. Это означает, что до 60% людей с диабетом не знают о своём заболевании и не получают медицинскую помощь.

Ранее в рамках XI всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России» эксперты, обсуждая проблемы современной диагностики и лечения диабета, затронули также тему производства инсулинов. Выступавшие не ограничивались темой обеспечения больных инсулинами, их волновали и вопросы выбора конкретного препарата. К слову сказать, право больного СД на выбор инсулина по согласованию с лечащим врачом отобрано в обозначенном выше законопроекте.

В частности, многие отечественные эндокринологи ратуют за переход к выпуску аналогов инсулина и отказ от генно-инженерного. Аналоги более физиологичны, несут меньший риск гипогликемии и сосудистых осложнений. Интересной и важной особенностью этого «круглого стола» стала совместная работа медиков и производителей гипогликемических препаратов. И прежде всего одной из старейших (и при этом инновационной) компаний этого сегмента

фармацевтического рынка – Ново Нордиск. Сегодня завод компании, построенный с «нулевого» цикла в технопарке «Габцево» в Калужской области, производит весь спектр современных инсулинов, что позволяет обеспечить российских пациентов качественными препаратами и внести существенный вклад в борьбу с диабетом в целом.

В ходе мероприятия федеральный менеджер компании по доступу на рынок Елена Ковалёва рассказала о том, что Ново Нордиск приступила к реализации нового инвестиционного проекта, который подразумевает строительство дополнительного цеха по изготовлению одноразовых шприц-ручек ФлексПен. Данный инвестиционный проект идёт в рамках намерения Ново Нордиск заключить специальный инвестиционный контракт. Компания подала соответствующую заявку в Министерство промышленности и торговли РФ.

Но, несомненно, очень важно, чтобы сами люди с диабетом осознавали значимость своей активной позиции в борьбе с болезнью. При хорошем самоконтроле и поддержке со стороны врачей люди с СД могут прожить долгую и полноценную жизнь. Кроме этого, важно объединять усилия всем заинтересованным сторонам: медицинскому сообществу, руководителям здравоохранения, законодателям, ассоциациям пациентов, представителям общественных организаций, а также производителям лекарственных средств и СМИ.

Всероссийская акция «Жить, побеждая диабет», которая с 2015 г. проводится Добровольным физкультурным союзом при поддержке компании Ново Нордиск, охватывает всё большее количество регионов страны. Главная цель акции – обучать и консультировать людей с этим заболеванием, помогать им адаптироваться к жизни, чувствовать себя полноправными и полноценными её участниками. В рамках этой акции в регионах России проводятся мастер-классы по скандинавской ходьбе и фигурному катанию для детей и взрослых с СД. В их проведении принимает участие призёр Олимпийских игр, чемпионка мира Ирина Слуцкая.

Одно из последних мероприятий состоялось в конце мая в Самаре. Знаменитая спортсменка выступила в Самарской губернской думе с докладом, посвящённым проблемам диабета и необходимости повышения физической активности для профилактики серьёзных хронических заболеваний, а затем провела мастер-класс.

По мнению олимпийской чемпионки, заниматься собой и вести здоровый образ жизни необходимо каждому, особенно людям, имеющим проблемы со здоровьем, например такие, как диабет. Физическая активность – это лучшее лекарство от болезней и способ чувствовать себя полноценным членом общества.

Ирина АНДРЕЕВА.
Материал подготовлен
при поддержке компании
Ново Нордиск.

«Проблема зачастую кроется не в оборудовании, а в уровне квалификации врачей...» – завилла Елена Байбарина, директор Департамента родовспоможения и помощи новорождённым детям Минздрава России, выступая на XV Всероссийском форуме «Мать и дитя».

«Ниже плинтуса»

Министр здравоохранения Сахалинской области Алексей Пак: «врачи разучились разговаривать с больными». О необходимости устранить при обслуживании больных грубость со стороны врачей говорил Президент РФ Владимир Путин на обсуждении проблем здравоохранения на одном из недавних совещаний. Глава столичной службы здравоохранения: подготовка врачей «ниже плинтуса».

Мне, преподавателю медицинского вуза с более чем 40-летним стажем работы по подготовке врачебных кадров, горько слышать и читать обо всём этом.

Но это правда. Почему? Кто грубит при общении с больным человеком? Тот, кто плохо подготовлен к работе врача и получил недостаточную подготовку к профессиональной работе. Врач, прошедший хорошую клиническую школу, видевший вживую преподавателей, профессоров, доцентов за их повседневной лечебной и диагностической работой, заразится их любовью к профессии врача, не будет грубить больным, внимательно и терпеливо их выслушает.

Как важно для воспитания врача впитывать атмосферу коллегального обсуждения высококлассными специалистами трудных больных.

Надобен критикам теперешнего положения дел с квалификацией врачей, в последние годы выпущенным вузами, что, как правило, преподаватели лишены возможности готовить будущих врачей, как это следовало бы, то есть с участием больных в процессе обучения.

В последние несколько лет учреждены так называемые университетские клиники. Почему так называемые? Потому что за красивым названием, ласкающим слух руководителей здравоохранения, как уже писала по этому поводу «Медицинская газета», не произошло ожидаемого от этих клиник: того, что «студенты будут получать практические навыки... поскольку по-настоящему научиться медицине можно лишь в соприкосновении с практической деятельностью».

Не получилось...

Нельзя считать проводимую теперь в конце цикла занятий аттестацию практических навыков за полноценный контроль их освоения: всё сводится к оценке лабораторных анализов

Точка зрения

Числом поболее, ценою подешевле?

Похоже, так готовятся наши врачи



С кого брать пример нашим студентам?

и расшифровке различных типов рентгенограмм (бронхограмм, урограмм и др.). Оценить практический навык сбора анамнеза, физикального осмотра и обследования больного ребёнка при таком способе контроля не представляется возможным. Кроме того, вырабатывается совсем не клинический подход к больному – вырабатывается порочная практика ставить диагноз по анализу, без оценки клинических данных.

У главных врачей больниц, на базе которых учреждены университетские клиники, разные с вузами заботы. Первые не могут по многим причинам обеспечить вторым выполнение своих главных обязанностей – подготовку врачебных кадров нужной квалификации. Главные врачи озабочены максимальной загрузкой больничной койки, сокращать сроки пребывания больных на ней должны согласно Майским указам Президента, чтобы обеспечить названную в указах зарплату своим врачам. Больница должна зарабатывать деньги. Поэтому оказалось, что кафедрам не место в отделениях, которые были базовыми для клинических кафедр. В этих отделениях раньше 2-3 палаты были отданы под учебные помещения. Удобно для кафедры, эффективно для обучения студентов.

Сотрудники кафедры (ассистенты) вели самых трудных и сложных больных, доценты и профессора проводили консультации. Они росли как клиницисты высокой квалификации. Студенты старших курсов, обучаясь будущей профессии, писали учебные истории болезни, собирали анамнез у больных. Получая тем самым навыки общения с больным и его родственниками. Собирая анамнез и потом записывая его, они развивали коммуникационные способности, учились излагать свои мысли на бумаге. Недаром профессия врача дала так много писателей: А.Чехов. В.Вересаев, А.Кронин, Ф.Рабле... Вместе с преподавателем и своими товарищами по группе обсуждали курируемых больных – обретали навыки работы в коллективе, без которых немислима работа в современной клинике.

При теперешнем положении клинических кафедр с сожалением думаю о молодых преподавателях-ассистентах. Обретение кандидатской степени ещё не делает из молодого человека опытного клинициста. Должен пройти не один год, прежде чем он станет таковым. Стать таковым он может только трудясь в полном смысле этого слова, в поте лица в клинической больнице.

Что теперь?

Раньше надбавку к зарплате за ведение врачебной работы в клинической больнице платил ассистентам и доцентам вуз. В сумме получалось недурственно. Остался на кафедре выпускнику считалось большой удачей, в преподаватели шли самые лучшие. Тепер не так.

Сейчас за врачебную работу преподавателям платит не вуз, а главный врач. Зарплата врача в столицах часто выше, чем у профессора. Клиническая кафедра насчитывает от 25 до 30 и более сотрудников, в большой больнице располагаются несколько кафедр, на кафедре львиную долю составляют ассистенты. Какой руководитель больницы «обескровит» фонд зарплаты своего учреждения, оплачивая труд сотрудников другого учреждения? Ответ очевиден. Какой выход предпринимает главный врач? Берёт одного, максимум 2-3 самых опытных сотрудников – чаще всего заведующего кафедрой или второго профессора – и заключает с ними договор. По договору названные сотрудники обязаны за год проконсультировать по больнице 500 больных (не описка – 500. За вычетом двух каникулярных месяцев получается по 50 больных в месяц!). Что будет с педагогической, научной

работой этих лиц, не хочется даже говорить.

Это самые опытные и квалифицированные сотрудники кафедры. Что остаётся молодым, только что «остепенившимся» и «неостепенённым»? Им остаётся преподавание на тестах и ситуационных задачах без всякого профессионального, то есть врачебного роста и совершенствования. Решая тесты и ситуационные задачи, студент не знает, каков его преподаватель как врач. С кого брать пример?!

Может быть, поэтому, как писала «МГ» в № 9 от 08.02.2017, больше половины выпускников вузов искали (в интернете) работу, не связанную с лечением пациентов? Может быть, потому, что не получили практических навыков? Боятся больных? А потому и грубят?

Итак, вуз не тратит деньги на оплату преподавателям врачебной работы (может быть, потому, что они отлучены от таковой?). Главный врач не склонен оплачивать врачебный труд всем сотрудникам другого учреждения.

«За бортом» этих рассуждений осталась научная работа («Не до жиру...»). Однако, как может осуществляться наука для клинической кафедры? Для теоретиков – лаборатория. Для клиницистов – клиника, больные. Могут ли сотрудники клинической кафедры её осуществлять, если не работают в данной в клинике. Прийти в «чужое» для него отделение и попросить разрешение «делать науку»? Делать её можно только в «своём» отделении, на «своих» больных, изучать катамнез (повторно госпитализировать в «своё» отделение для оценки динамики болезни и результатов лечения), без чего клиническая наука немислима. Не может, а отчёт о количестве опубликованных работ научный отдел вуза требует. Учить «на пальцах» (жаргонное ассистентское выражение – учить без больных на тестах и задачах) преподаватели уже научились. Делать же науку «на пальцах» ещё не научились.

Что же получается? Вуз устраняется от оплаты врачебной работы своих преподавателей (а отчёты о лечебной работе – сколько больных «посмотрели – опять же требуются»). Главный врач «клинической» больницы (опять кавычки – поскольку тепер по большому счёту таковой она не является, бывшим Положением о клинической больнице никто тепер не пользуется) может вполне обойтись без вуза на её базе. Подготовка врача тепер – как у грибоводовского персонажа «...числом поболее, ценою подешевле?»

Медицинское образование было и остаётся всегда и везде самым дорогим видом образования. Экономия на нём – не лучший вклад в экономику.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Сотрудничество

В Омском государственном медицинском университете прошли переговоры о взаимодействии с китайскими коллегами. Исполняющий обязанности ректора вуза профессор Виталий Охлопков встретился с господином Па Ша, заведующим отделением международного сотрудничества Синьцзянского медицинского университета.

Россия и Китай имеют давние добрососедские отношения, у двух стран накоплен опыт в сфере здравоохранения. Учитывая, что главы двух государств приняли решение о развитии стратегического сотрудничества, обстановка для развития

Медицинским вузам расстояния – не преграда

Это показывает обмен опытом двух университетов

таких партнерских отношений в настоящее время складывается весьма благоприятная. К тому же ОмГМУ имеет позитивный опыт отношений с Китаем: в 2015 г. сибирский вуз вошёл в состав Российско-китайской ассоциации медицинских университетов, которая объединяет более 30 высших медицинских учебных заведений РФ и свыше 40 медицинских уни-

верситетов КНР. Ежегодно студенты ОмГМУ проходят стажировки в Китае, участвуют в научных конференциях молодых учёных.

Предметом сотрудничества состоявшейся встречи в городе на Иртыше стал обмен опытом между ОмГМУ и Синьцзянским медицинским университетом. Форматы для такого взаимодействия и активного вовлечения вузов, находящихся

на значительном географическом удалении друг от друга, могут быть разнообразны: обучение специалистов, проведение семинаров, сотрудничество в области учебно-методической, научно-исследовательской и медицинской деятельности, организация стажировок и летних школ. Результатом переговоров стало намерение о подписании двухстороннего со-

глашения, которое позволит расширить добрососедские связи и сделать их более продуктивными и взаимовыгодными, вывести академическое и научное сотрудничество в сфере здравоохранения двух стран за пределы традиционных приграничных контактов.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 42 (2072)

Системная склеродермия (прогрессирующий системный склероз, М34.0) – стадийно протекающее полиорганное заболевание с характерными вазоспастическими сосудистыми реакциями по типу синдрома Рейно и облитерирующей васкулопатией с ишемическими нарушениями, при котором развиваются специфические аутоиммунные расстройства, сопровождающиеся активацией фиброобразования и избыточным отложением коллагена в тканях. Прогрессирующее течение системной склеродермии (ССД) приводит к развитию необратимых фиброзных изменений, приводящих к нарушению функции органов, что определяет высокую инвалидизацию больных и общий плохой прогноз болезни. Первичная заболеваемость составляет 2,7-12 случаев на 1 млн населения в год.

Для развития ССД факторами риска являются охлаждение, вибрация, воздействие химических веществ (хлорвиниловые производные, кремниевая пыль, пары бензина

Ранний симптом – **плотный отёк кожи кистей** (из-за отёчности пальцев кистей плохо сжимается в кулак). При прогрессировании развивается индурация кожи (увеличение плотности и толщины и уменьшение эластичности), гипер- и диспигментация, затем атрофия. В мягких тканях появляются кальцинаты (которые могут вскрываться с выделением творожистой массы и образованием длительно незаживающих язв) и

Диагностика и лечение системной склеродермии (прогрессирующего системного склероза)

Федеральные клинические рекомендации

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, напрямую применённые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающих результаты исследований, напрямую применимые к целевой популяции, и демонстрирующие общую устойчивость результатов
C	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средней вероятностью причинной взаимосвязи
D	Небольшие пилотные исследования, описание случаев, мнение экспертов

и др.), инфекционные и алергизирующие факторы, нервно-эндокринные сдвиги. Нейропсихические перенапряжения и стрессы – ведущий фактор, провоцирующий начало болезни или её обострение. К группе «угрожаемых» лиц следует отнести людей со склонностью к вазоспастическим реакциям, с распространённой очаговой формой ССД и родственников больных с системными заболеваниями соединительной ткани, особенно при выявлении каких-либо клинических или лабораторных (часто серологических) сдвигов.

Диагностика системной склеродермии

Принципы диагностики. Диагноз развёрнутой формы ССД основывается на характерной клинической картине заболевания. Один из главных симптомов – синдром Рейно – маркер болезни – встречается у 90-95% больных. **Синдром Рейно** – симметричный пароксизмальный спазм дигитальных артерий и артериол, вызванный холодом, эмоциональным стрессом. Эпизоды вазоспазма сопровождаются онемением, болью, бывают асимметричными и нередко ассоциируются с рецидивирующими ишемическими повреждениями кожи – дигитальными рубчиками и язвочками, сухими некрозами. Если при врачебном осмотре у пациента нет признаков синдрома Рейно, его диагноз может быть установлен при опросе.

Пациенту последовательно задают три вопроса:

– Повышена ли чувствительность ваших пальцев к холоду?
– Изменяют ли пальцы рук цвет на холоде?
– Становятся ли они белыми или синими?

Диагноз синдрома Рейно основывается на положительных ответах на все три вопроса.

Диагноз синдрома Рейно исключается, если ответы на второй и третий вопросы отрицательные. Синдром Рейно длительно может протекать изолированно, предшествуя развитию других клинических проявлений болезни за много месяцев и даже лет.

Клинические признаки, характерные для ССД, выявление которых повышает вероятность диагноза

Поражение кожи – универсальный симптомомплекс, отдельные проявления которого сменяют друг друга во времени.

телеангиэктазии («сосудистые звёздочки» – сгруппированные в пучок расширенные капилляры и вены). Количество телеангиэктазий увеличивается со временем, локализуются они на лице, руках, зоне декольте и др. Вокруг рта формируются радиальные складки («кисет»), заостряется кончик носа, лицо становится амимичным. Типичен акроостеолит – резорбция концевых отделов дистальных фаланг кистей вследствие длительной ишемии; проявляется уменьшением объёма мягких тканей кончиков пальцев, укорочением и деформацией пальцев. Из-за фиброза кожи и околосуставных тканей формируются склеродактилия и гиббелиты контрактуры как мелких, так и крупных суставов. Существует корреляция распространённости кожных изменений с выраженностью висцеральных проявлений, скоростью прогрессирования заболевания и прогнозом.

При ССД часто поражаются **суставы и мышцы**. Характерны упорные полиартралгии, нередко развивается полиартрит с выраженным синовитом (в дебюте нередко – по типу РА), а также теносиновиты. При хроническом течении преобладают склерозирующие теносиновиты и поражение других периакулярных тканей. Типична **невоспалительная фиброзная миопатия**, проявляющаяся незначительной слабостью проксимальных групп мышц и небольшим повышением уровня КФК. Может встречаться и воспалительная миопатия, которая проявляется миалгиями, проксимальной мышечной слабостью, значительным повышением уровня КФК, воспалительными изменениями на ЭМГ и в биоптатах. При диффузной форме склеродермии развивается атрофия мышц вследствие нарушения подвижности и появления контрактур.

При ССД закономерно поражаются органы пищеварения, сердце, лёгкие и почки. **Гипотония пищевода** встречается у 75-90% больных и проявляется изжогой, дисфагией. Часто появляются эрозии и язвы пищевода, являющиеся следствием гипотонии нижнего сфинктера пищевода и **гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР)**. В результате длительного течения рефлюксной болезни может происходить метаплазия эпителия пищевода в эпителий, напоминающий слизистую оболочку желудка или тонкой кишки («пищевод Барретта»). Это состояние считают предраковым и предрасполагающим к развитию аденокарциномы пищевода. Поражение тонкого

и толстого кишечника сопровождается носами и/или запорами. Иногда развивается синдром **мальабсорбции**, проявления которого усиливаются при избыточном росте патогенной флоры кишечника на фоне замедления пассажа пищевых масс. Несостоятельность сфинктеров прямой кишки проявляется недержанием кала. У 80% больных в первые годы болезни начинается **интерстициальное поражение лёгких (ИПЛ)**, которое обычно имеет медленно прогрессирующее течение, эволюционирует в фиброз лёгочной ткани разной степени тяжести и наряду с прогрессирующей **лёгочной артериальной гипертензией (ЛАГ)** определяет основные причины смерти при ССД. **Лёгочная гипертензия** – повышение давления в лёгочной артерии выше 25 мм рт.ст. в покое – развивается у 5-10% больных и обусловлена либо пора-

жением артериального русла лёгких, либо является следствием тяжёлого поражения паренхимы лёгких и/или левых отделов сердца. Поражение почек проявляется в виде острой или хронической нефропатии. Острая нефропатия (**склеродермический почечный криз**) – висцеральное проявление характерной для болезни васкулопатии, встречается редко, у 2-5% больных, но сопровождается высокой летальностью (40-50%). Основные проявления острой нефропатии – внезапное и стремительное развитие острой почечной недостаточности и артериальная гипертензия, быстро принимающая злокачественный характер. Для склеродермического **поражения сердца** наиболее характерно развитие фиброза с вовлечением обоих желудочков и характерным «пятнистым» (некоронарогенным) распределением очагов фиброза. Этот процесс во многих случаях протекает бессимптомно и выявляется инструментально (аритмии, признаки ишемии миокарда до очагово-рубцовых изменений на ЭКГ, снижение сократительной способности и зоны гипо- и акинезии, расширение полостей сердца по Эхо-КГ).

Для ССД характерны разнообразные нарушения **иммунологического гомеостаза**, в частности аутоиммунные нарушения с образованием антиядерных антител. Антинуклеарный фактор выявляется практически у всех больных. **Специфичными для ССД** считают антицентромерные (АЦА) антитела, антитела к топоизомеразе I (Sci-70) и антитела к РНК полимеразе III. Специфичность антитопоизомеразных антител (АТА) для ССД составляет 90% и АЦА – 99%. Все эти аутоантитела направлены на различные растворимые ядерные белки. Аутоантитела при ССД появляются уже на доклиническом этапе, до развёрнутой клинической картины болезни, когда у больного имеется только «изолированный» синдром Рейно, и этот факт имеет важное диагностическое значение. Существенно, что каждый больной ССД обычно имеет только один тип аутоантител, не меняющийся в процессе развития болезни. Каждое из аутоантител

расценивался как достоверный при наличии большого критерия или не менее двух малых критериев. **Большой критерий** – это проксимальная склеродерма, то есть типичные склеродермические изменения кожи (уплотнение, утолщение), распространяющиеся проксимально по отношению к пястно-фаланговым и плюснефаланговым суставам, а также охватывающие другие части конечностей, лицо, шею или туловище (грудь или живот); эти изменения обычно двусторонние и симметричные. **Малые критерии** включают три признака – склеродактилию, ишемические рубчики на пальцах и двусторонний базальный лёгочный фиброз (на рентгенограмме грудной клетки). Эти критерии недостаточно чувствительны у больных с преимущественно висцеральными формами, с медленно прогрессирующими хроническими вариантами, дебютирующими с синдрома Рейно и больных с ювенильной ССД. В 2013 г. Европейская лига по борьбе с ревматизмом (EULAR) совместно с ACR разработали новые классификационные критерии ССД. Согласно новым критериям, больные с поражением кожи выше пястно-фаланговых суставов могут быть расценены как больные с ССД. При отсутствии проксимальной склеродермы диагноз устанавливается на основании других признаков, оцениваемых в баллах (см. табл. 1). Указанные в таблице параметры 2 и 3 имеют градации выраженности. Так, уплотнение кожи пальцев может быть представлено или отёком пальцев (puffy fingers), или утолщением и уплотнением пальцев дистальнее пястно-фаланговых суставов (склеродактилия). Ишемические расстройства в области кончиков пальцев могут проявляться дигитальными рубчиками и/или дигитальными язвами. В общую сумму баллов добавляется только одно – максимальное – значение параметра. Пациенты, «набирающие» в сумме 9 и более баллов, классифицируются как имеющие достоверную (definite) ССД. Чувствительность новых критериев составила 91% и специфичность – 92%.

Таблица 1
Классификационные критерии системной склеродермии

Параметры	Варианты признаков	Баллы
1. Уплотнение и утолщение кожи обеих рук выше пястно-фаланговых суставов (ПФС)		9
2. Уплотнение и утолщение кожи пальцев	Отёк пальцев Все пальцы дистальнее ПФС	2 4
3. Дигитальная ишемия	Язвочки Рубчики	2 3
4. Телеангиэктазии		2
5. Капилляроскопические изменения		2
6. Лёгочная артериальная гипертензия и/или интерстициальное поражение лёгких		2
7. Феномен Рейно		3
8. Специфичные аутоантитела (анти-Sci-70, антицентромерные, к RNA-полимеразе III)		3

Диагностические признаки ССД

Таблица 2

Основные признаки	Дополнительные признаки
<ul style="list-style-type: none"> • Склеродермическое поражение кожи • Синдром Рейно, дигитальные язвочки/рубчики • Суставно-мышечный синдром (с контрактурами) • Остеолиз • Кальциноз • Базальный пневмофиброз • Крупноочаговый кардиосклероз • Склеродермическое поражение пищеварительного тракта • Острая склеродермическая нефропатия 	<ul style="list-style-type: none"> • Гиперпигментация кожи • Телеангиэктазии • Трофические нарушения • Полиартралгии • Полимиалгии, полимиозит • Полисерозит (чаще адгезивный) • Хроническая нефропатия

В России в течение многих лет используется набор диагностических признаков, предложенный профессором Н.Гусевой (1975) и представленный в таблице 2.

Основные субтипы, или формы болезни – диффузная, с обширным поражением кожи и внутренних органов, и лимитированная, а также ювенильная, то есть начавшаяся в возрасте до 16 лет. Особая форма – перекрёстная, при которой ССД сочетается с ревматоидным артритом, полимиозитом, системной красной волчанкой и др. Очень редко встречается ССД без поражения кожи (1-2%). Различные клинические формы ССД имеют различия в частоте и выраженности проявлений. Скорость прогрессирования висцеритов при разных клинических формах различна и определяет прогноз. Отечественная классификация ССД, в отличие от зарубежных, включает также определение характера течения и темпов прогрессирования (острое быстро прогрессирующее, подострое умеренно прогрессирующее и хроническое медленно прогрессирующее) и стадии болезни (начальная, генерализованная и поздняя, или терминальная). Конкретизация по всем трём параметрам отечественной классификации – клинической форме, варианту течения и стадии болезни – важна для диагностики, выбора терапевтической программы и определения прогноза.

Диагностика ССД у детей

Для диагностики ювенильной ССД предложены специальные классификационные критерии, которые построены по типу критериев у взрослых (см. табл. 3).

На основании этих критериев больной в возрасте до 16 лет может быть классифицирован как имеющий ювенильную системную склеродермию, если в клинике присутствуют большой критерий и как минимум два малых критерия. Специфичность критериев – 96%, чувствительность – 90%. Критерии диагноза ювенильной ССД более «жесткие», чем у взрослых. Это связано с необходимостью исключать состояния, при которых у детей может встречаться диффузное уплотнение кожи – эозинофильный фасциит, прогерия, фенилкетонурия или пансклеротическая морфея. В этом плане важную роль играют серологические аутоиммунные маркеры.

Алгоритм диагностики ранней стадии системной склеродермии

При ССД формирование висцеральной патологии и характер течения заболевания детерминируются на ранней стадии, длительность которой зависит от темпа прогрессирования болезни. Особенности

дебюта позволяют прогнозировать форму и течение болезни ещё до развития развернутого симптомокомплекса, что очень важно при определении стратегии терапии. Подозрение на раннюю системную склеродермию должно возникнуть у врача любой специальности, если при осмотре или в анамнезе у больного имеются феномен Рейно, особенно в сочетании с отёчностью кистей, даже если отёчность возникает непостоянно. Такую больному необходимо определить в сыворотке крови антинуклеарный фактор (АНФ). **Феномен Рейно, отёк кистей и позитивный результат теста на АНФ** расцениваются как «красные флаги». Выявление этих признаков **на первом этапе** диагностического поиска служит основанием для направления пациента на консультацию опытного ревматолога, хорошо знающего клинику системного склероза. Ревматолог решает вопрос о назначении обследования на второй ступени диагностики, включающей капилляроскопию (выявляющей расширенные капилляры, уменьшение числа капилляров) и определение антител к топоизомеразе (Scl-70) и/или антицентромерных антител и антител к РНК полимеразе III. При обнаружении как минимум одного из этих предикторов ССД пациенту с синдромом Рейно и/или отёчностью кистей **устанавливается диагноз очень раннего системного склероза**, и он обязательно должен наблюдаться ревматологом. В план ведения такого больного ревматолог включает дополнительные исследования для выявления патологии внутренних органов:

- компьютерную томографию органов грудной клетки для исключения интерстициального поражения лёгких
- функциональные лёгочные тесты для выявления рестриктивных нарушений
- определение диффузионной способности лёгких, которая снижается на ранних стадиях поражения лёгких
- манометрию пищевода для оценки тонуса нижнего сфинктера пищевода и рефлюкса или
- рентгенографию пищевода для выявления гипотонии пищевода
- ЭКГ и Эхо-кардиограмму для уточнения кардиальной патологии, исключения лёгочной артериальной гипертензии, нарушений ритма и проводимости, очаговых изменений миокарда.

При выявлении поражения внутренних органов решается вопрос о соответствующей терапии.

Дифференциальная диагностика проводится с СКВ, РА, ДМ/ПМ, а также с

Таблица 3

Классификационные критерии ювенильной системной склеродермии

Большой критерий (обязательный)	Проксимальный склероз/индурация кожи
Малые критерии	
Поражение кожи	Склеродактилия
Периферические сосуды	Синдром Рейно Дигитальные язвы кончиков пальцев Типичные изменения при капилляроскопии
Поражение ЖКТ	Дисфагия Гастроэзофагеальный рефлюкс
Вовлечение сердца	Аритмия Сердечная недостаточность
Почечные проявления	Острый склеродермический криз Вновь начавшаяся артериальная гипертензия
Респираторный тракт	Лёгочный фиброз (КТВР/рентгенография) Лёгочная гипертензия Снижение диффузионной способности лёгких
Мышечно-скелетная система	Крепитация сухожилий Артрит Миозит
Неврологические проявления	Синдром карпального канала Невропатии
Серологические маркеры	Антинуклеарные антитела (АНФ) Специфичные для ССД аутоантитела: антицентромерные, анти-топоизомеразы-1 (Scl-70), антифибриллиновые, анти-РНК полимеразы I и III

другими заболеваниями склеродермической группы: диффузным эозинофильным фасциитом, склеродермой Бушке, склеромикседемой, паранеопластическим склеродермическим синдромом. Для диффузного эозинофильного фасциита характерны более острое начало, нередкая связь с предшествующим физическим перенапряжением, наличие индуративных изменений главным образом в области предплечий и голеней, развитие сгибательных контрактур, но синдром Рейно и висцеральные поражения, как правило, отсутствуют. Для склеродермы Бушке характерны индуративные изменения преимущественно в области лица и шеи; для паранеопластической склеродермии – нередко атипичное и торпидное к лечению течение заболевания. Диагноз склеромикседемы подтверждается морфологически по отложению муцина в строме кожи.

Системная и очаговая склеродермия

Локализованная склеродермия (morphea) характеризуется очаговым склерозом кожи и рассматривается как аутоиммунное заболевание, поражающее только один орган – кожу. Главное отличие очаговой склеродермии (ОС) от системной – отсутствие прогрессирующего поражения жизненно важных внутренних органов. В большинстве случаев ОС имеет доброкачественный самоограничивающийся характер с локализацией в коже и в некоторых случаях в подлежащих тканях. Прогноз ОС хороший. Как у взрослых, так и у детей иногда сопровождается внекожными проявлениями (артралгии, синдром Рейно, дисфагия, одышка) и появлением антинуклеарного фактора в крови. Редко сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями (системная красная волчанка, первичный билирубин

нального признака болезни – поражения кожи. С этой целью используют кожный счёт. Кожные изменения оцениваются по 3-балльной системе.

Балльная шкала оценки уплотнения кожи:

- 0 – отсутствие изменений,
- 1 – незначительное уплотнение кожи (кожа легко собирается в складку),
- 2 – умеренное уплотнение кожи (кожа с трудом собирается в складку),
- 3 – выраженное уплотнение кожи (в складку не собирается, «доскообразная»).

Изменения оцениваются в 3 непарных зонах – лицо, грудь, живот – и 7 парных зонах – пальцы рук, кисти, предплечья, плечи, бедра, голени, стопы. Сумма выявленных показателей составляет общий «кожный» счёт. Диапазон счёта может варьировать от 0 (когда нет уплотнения кожи) до 51 балла (максимальная сумма баллов во всех 17 областях).

Видеокапилляроскопия ногтевого ложа

Для нормальной картины характерно равномерное расположение капиллярных петель вдоль ногтевого ложа. При ССД выявляют неравномерное расположение капилляров, они становятся расширенными, число их уменьшается, появляются аваскулярные зоны, элементы неоангиогенеза – мегакапилляры. Для ранней стадии изменений типично небольшое число расширенных/гигантских капилляров, единичные геморрагии, относительно хорошо сохранённое распределение капилляров и отсутствие явного уменьшения плотности капилляров. В поздней стадии появляется неравномерное расширение капилляров, фиксируется отсутствие или незначительное число гигантских капилляров и геморрагий, выраженное снижение плотности

Таблица 4

Инструментальные исследования

Органная патология	Методы исследования
Гипотония пищевода Рефлюкс эзофагит Стриктура пищевода Пищевод Барретта	Манометрия, pH-метрия Эзофагогастроуденоскопия Рентгенография с контрастным препаратом Биопсия метаплазированной слизистой пищевода
Интерстициальное поражение лёгких	Компьютерная томография грудной клетки Оценка функции внешнего дыхания Определение диффузионной способности лёгких Бодиплетизмография
Лёгочная артериальная гипертензия	Эхокардиография, ЭКГ Катетеризация правых отделов сердца
Аритмии	ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ
Очаговый фиброз миокарда Перикардит	ЭКГ Эхокардиография
Острая склеродермическая нефропатия	Мониторинг АД, уровень креатинина и ренина в крови, офтальмоскопия, биопсия почки

цирроз, аутоиммунный тиреоидит и др.). Меньше чем в 1% случаев системная склеродермия дебютирует с появления отдельных очагов уплотнения. В МКБ10 ограниченная склеродермия включена в рубрики **L94.0** – локализованная склеродермия (morphea) и **L94.1** – линейная склеродермия.

Лабораторные и инструментальные исследования для уточнения выраженности органной патологии

В клиническом анализе крови возможно ускорение СОЭ. В иммунологическом анализе может быть гипергаммаглобулинемия, снижение компонентов комплемента, с высокой частотой встречается АНФ в повышенном титре и характерные для ССД аутоантитела (антитела к Scl 70, антицентромерные антитела, антитела к РНК-полимеразе III) – в 20-30%. Положительный РФ встречается у больных с выраженным суставным синдромом при сочетании с синдромом Шегрена или РА.

Самым адекватным неинвазивным методом выявления ИПЛ при ССД является компьютерная томография высокого разрешения (КТВР), которая позволяет оценить выраженность и стадию фиброзирующего процесса. Информативными, особенно для динамического наблюдения, являются функциональные лёгочные тесты: спирометрия и метод однократного вдоха с задержкой дыхания для определения диффузионной способности лёгких. При ИПЛ функциональный профиль выявляет рестриктивный тип вентиляционных нарушений.

Кожный счёт

При определении активности ССД важное значение имеет характеристика и количественная оценка выраженности карди-

капилляров с обширными аваскулярными полями, дезорганизация капиллярной сети, кустовидные капилляры. Об активной стадии микроангиопатии свидетельствуют гигантские капилляры, геморрагии, умеренное снижение плотности капилляров, небольшая дезорганизация капиллярной архитектоники, отсутствие или единичные кустовидные капилляры

Оценка активности ССД

Градации по степеням активности, в основу которой положены особенности клинической симптоматики и лабораторных тестов, в нашей стране была предложена профессором Н.Гусевой и применяется много лет. Деление ССД по степеням активности представляется в определённой степени условным и во многом зависит не только от клинико-лабораторных параметров болезни, но и от опыта врача.

III степень активности характеризуется наличием лихорадки (обычно не свойственной склеродермии) и других общих признаков болезни, преобладанием эксцудативных, острых и подострых, интерстициальных и сосудистых проявлений в виде плотного отёка кожи, иногда эритемы и капилляритов, эксцудативного полиартрита, плеврита, интерстициальной пневмонии, миокардоза, дуоденита, почечной патологии (острая склеродермическая нефропатия) и др. Из лабораторных данных определяются повышение СОЭ, СРБ; гипергаммаглобулинемия, АНФ.

(Окончание следует.)

Под редакцией
главного ревматолога
Минздрава России академика РАН
Евгения НАСОНОВА.

Оценку и перспективы экономической эффективности службы здоровья обсудили эксперты и представители общественности за «круглым столом» в Общественной палате РФ «Роль социальной инфраструктуры в формировании прогностического и профилактического здравоохранения в Российской Федерации».

Всегда дешевле лечения

В нашей стране было и сейчас, к сожалению, превалирует мнение, что система здравоохранения обязана всё делать для человека. Это естественно и понятно. Однако и сам человек должен проявлять инициативу, его надо мотивировать на здоровый образ жизни, на профилактику, диспансеризацию.

«Обозначенная проблема – наследие прошлого, – считает исполнительный директор Российского агентства медико-социальной информации Даниил Ткачёв. – Наследие – это убежденность, что медицина у нас бесплатная. Не надо делать медицину платной, но люди должны понимать, сколько денег тратится на медицинские процедуры. Существует и общее представление, что если у человека ничего не болит, то нет смысла вести здоровый образ жизни. У концепции ЗОЖ попросту нет ориентиров, к примеру, какой уровень сахара должен быть в крови. Также необходимо исключить страх общества перед врачом, который до сих пор свойственен большому количеству населения, независимо от возраста».

Д.Ткачёв подчеркнул, что проблема неинфекционных заболеваний стоит особенно остро, и здесь прежде всего важна пропаганда здорового образа жизни и роль СМИ в этом. Ведь именно расходы на профилактику заболеваний позволяют действительно сэкономить средства.

Перед Россией стоят сложные задачи по старению населения, доля трудоспособных людей составляет в стране 25%. С 1990 до 2013 г. снизилась продолжительность жизни лиц возраста от 60 лет и старше. При этом по всему миру тот же показатель более положительный. Эксперты отметили, что необходимо увеличить финансирование оказания помощи пожилым и инвалидам, как это принято по всему миру. Например, 8% ВВП в Китае – это услуги и товары

Профилактика

Приоритетом остаётся диспансеризация



Диспансеризацию можно будет пройти во время отпуска?

для так называемого серебряного возраста.

Особое внимание участники дискуссии обратили на сахарный диабет, от осложнений которого количество смертей превышает все мыслимые смерти от инфекционных заболеваний. Пожилых людей становится всё больше, у них же намного больше вероятность прогрессирующего диабетического заболевания. Экономическое бремя от диабета трудно недооценить.

Государственное же финансирование делится таким образом: 25% – на медикаментозное сопровождение, а остальные 75% выделяется на лечение осложнений. Поэтому важнее выявить болезнь заранее, определить сосудистые осложнения, проводить профилактическую работу. В среднем при хорошем контроле без осложнений на это тратится 30 тыс. руб. в год. При осложнениях, к сожалению, эта сумма возрастает до 100 тыс.

Первый заместитель председателя Комиссии Общественной палаты РФ по развитию социальной

инфраструктуры, местного самоуправления и ЖКХ Артём Кириянов подчеркнул, что данная тема уже не первый раз обсуждается в палате, и это говорит о её особой актуальности. Оратор напомнил о пунктах, вошедших в резолюции «круглого стола» по диабету, который также проходит в Общественной палате РФ: «Рост диабетиков 2-го типа – это прямой удар по экономике страны и вообще по её развитию. Необходима чёткая государственная поддержка федерального регистра больных сахарным диабетом, обучение профессии диабетологической медсестры. Надо работать с населением и доносить до людей те вещи, о которых мы говорим на заседаниях. Но при этом нужно доносить информацию по заболеваниям системно, в первую очередь через СМИ».

Более половины смертей (68%) – именно от неинфекционных заболеваний. По словам экспертов, наши пациенты в сравнении с другими странами не доживают 15 лет жизни, страдая от своего за-

болевания. Не стоит забывать, что тот же сахарный диабет является причиной многих других осложнений, в том числе гипертонических проблем, а это прямой путь к инфаркту. Нужно оценить ситуацию и понять факторы, которые влияют на болезнь. Скрытое течение, поздняя диагностика, низкие комплаентность пациента, информированность в вопросах профилактики и финансирование – это, в частности, причины осложнения диабета. Нет идеологии понимания необходимости системной проверки своего организма.

На обследование – в отпуск

Советник министра здравоохранения РФ Игорь Ланской подчеркнул, что действенная мера, позволяющая выявлять преддиабетическое состояние – диспансеризация. «Очень небольшое количество государств предоставляет возможность в рамках государственной гарантии каждые 3 года проходить осмотр, – отметил он. – Этот тип обследований показывает свою эффективность. С 2013 г. обследование прошли 87 млн взрослых и всё детское население РФ. Также важным аспектом для нас являются онкологические заболевания. Благодаря постоянному осмотру выявили на ранней стадии 55% злокачественных опухолей на I-II стадии».

При этом участники «круглого стола», организованного Комиссией Общественной палаты РФ по развитию социальной инфраструктуры, местного самоуправления и ЖКХ и Комиссией по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни, подчеркнули: необходимо, чтобы у работающего населения была возможность пройти диспансеризацию в нерабочее время. Следует подумать над созданием мотивационных стимулов для рабо-

тодателей к прохождению людьми медицинских осмотров.

«В большинстве медицинских учреждений есть возможность проходить диспансеризацию в нерабочее время, почти везде работают в субботу и до 8-9 часов вечера. Но нужна мотивация, а население, к сожалению, не мотивируется. Нам хотелось бы поискать возможности склонять работодателей к тому, чтобы они проводили определённую работу», – уточнил И.Ланской.

По его словам, в большей степени эта проблема касается мелких компаний. На крупных предприятиях руководители и так заинтересованы. При этом, как показывает практика, для прохождения диспансеризации недостаточно одного дня. «Хотя бы один день для первичных анализов, но нужно дать», – предложил представитель Минздрава.

Ранее Федерация независимых профсоюзов России предлагала закрепить в Трудовом кодексе РФ обязанность работодателя предоставлять работнику на время прохождения диспансеризации оплачиваемый отпуск раз в 3 года. Соответствующий законопроект внесён в Госдуму РФ в 2016 г. и до сих пор находится на рассмотрении.

Действующий Трудовой кодекс, как известно, содержит нормы по проведению медосмотров, но только для некоторых категорий работающих. Так, в обязательном порядке регулярно проходят обследование работники пищевых производств, торговли, водозаборов, представители профессий, чья деятельность связана с источниками повышенной опасности, например лётчиков, и др. Однако тут речь идёт только об исполнении профессиональных обязанностей, но не о комплексных обследованиях.

Виктор САВРАНСКИЙ.

МИА Сити!

У наших соседей

Украина: старт реформы здравоохранения

Подход к финансированию здравоохранения меняет его реформа, старт которой дан в Украине. Согласно ей, в 2020 г. в стране будет завершён переход на государственное страховое финансирование медицинских услуг. Роль оператора бюджетных средств возмёт на себя специально созданное агентство.

Согласно принятому Верховной Радой Украины в первом чтении законопроекту № 6327, бесплатная медицинская помощь и обеспечение лекарствами распространяются только на 3 направления: экстренная, паллиативная и первичная медицина. Перечень услуг и лекарств ежегодно будет определяться правительством.

Расходы же на специализированный и высокоспециализированный уровни медицинской помощи государство будет покрывать лишь частично. Разницу между тарифом в государственной клинике на услуги узких специалистов и бюджетными ассигнованиями предлагается покрывать за счёт пациентов. Неимущим слоям населения государство обещает на эти цели дотации, вари-

анты для остальных – частная страховка или ДМС от работодателя.

Реформа предполагает структурное разделение всех медицинских учреждений на три звена: семейные амбулатории, которые заменят поликлиники; узкопрофильные обсерватории – КТ, МРТ, УЗИ, лаборатории; узкопрофильные больницы. При этом прямое финансирование всех государственных и коммунальных учреждений здравоохранения (кроме тех, которые будут прописаны в перечне кабинета) за счёт госбюджета прекращается после 1 января 2020 г.

Высвободившиеся средства Минздрав планирует перенаправить на новые цели. Сегодняшний бюджет здравоохранения Украины близок к 80 млрд гривен и тратится не на лечение конкретного человека, а на содержание сети больниц, независимо от качества и количества оказанных услуг. А население платит дважды: сначала в виде налогов, а затем – за лекарства, процедуры и в форме взятки.

Как предполагается в законопроекте, каждый гражданин, независимо от возраста, места проживания и имеющихся у него хронических

заболеваний, подпишет договор с семейным врачом по своему выбору. Чем больше пациентов наберёт доктор, тем выше будет его зарплата.

Выступая перед парламентариями, и.о. министра здравоохранения Ульяна Супрун признала, что предлагаемая модель не идеальна, но на дальнейшие поиски решений времени просто нет – каждый день в стране умирают 1600 человек, столкнувшись с недоступностью или низким качеством медицинской помощи.

Модель реформы Украина заимствовала у Великобритании. Там тоже здравоохранение финансируется не на страховые взносы работодателей, а на общие налоги.

Председатель Свободного профсоюза медицинских работников Украины Олег Панасенко заявил, что реформа, которую намеревается провести министр здравоохранения У.Супрун, приведёт к закрытию медучреждений и лишит граждан гарантий получения бесплатной медицинской помощи.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

Ситуация

Федеральная служба по труду и занятости (Роструд) разрешила не проходить медицинские осмотры офисным сотрудникам на опасных производствах, больше половины рабочего времени проводящим за компьютером.

Медосмотр. Обязательно или добровольно?

Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 2011 г., медосмотры надлежит проходить работникам, которые сталкиваются с воздействием вредных и опасных производственных факторов. К таким факторам относятся и «электромагнитное поле широкополосного спектра частот от ПЭВМ». Сотрудники, которые занимаются деятельностью «по считыванию, вводу информации, работой в режиме диалога в сумме не менее 50% рабочего времени», обязаны дважды в год обследоваться у невропатолога и офтальмолога.

Осмотры обязательно только в том случае, если упомянутая работа действительно связана с вредными или опасными производственными факторами, уточняет Роструд в письме № ТЗ/942-03-3. Отсутствие таких факторов может установить комиссия,

которая проведёт специальную оценку условий труда. Другой вариант – прописать эти условия и время работы с компьютером в должностных инструкциях, трудовых договорах и трудовом распорядке, полагают эксперты.

Между тем допуск работника к исполнению трудовых обязанностей без прохождения обязательных медосмотров предполагает штрафы.

В настоящее время в Министерстве труда и социальной защиты РФ разрабатывается проект федерального закона, который обяжет работодателей выявлять ранние признаки профзаболеваний у подчинённых. Об этом глава Максим Топилин заявил на Всероссийской неделе охраны труда-2017.

Константин ШАРЬИН.
МИА Сити!

Концепция снижения заболеваемости аритмиями и смертности пациентов с нарушением ритма сердца (читай – профилактика внезапной смерти), разработанная российскими учёными-кардиохирургами и успешно внедрённая в клиническую практику, удостоена Государственной премии Российской Федерации в области науки и технологий за 2016 г. Как отмечено в материалах конкурсной комиссии, предложенные технологии являются уникальными и значимо отличаются от существующих более высокой эффективностью. Но главное их достоинство в том, что научные идеи уже воплощены в виде медицинского оборудования и технологий, которые успешно внедрены в клиническую практику. Это в чистом виде целостный проект отечественной трансляционной медицины.

Так, впервые в мире предложена и реализована концепция профилактики и лечения наджелудочковых и желудочковых тахикардий, фибрилляции предсердий, в том числе у больных с сердечной недостаточностью, путём имплантации многокамерных кардиовертеров – дефибрилляторов с оригинальной системой электродов. Создан уникальный, ранее не используемый в мировой практике алгоритм неинвазивной 3D-диагностики распространения возбуждения в сердце в норме и патологии, что позволило говорить о возможности неинвазивного лечения целого ряда нарушений ритма сердца. Разработан новый метод хирургического лечения длительно персистирующей формы фибрилляции предсердий, который позволяет интраоперационно контролировать электрофизиологический эффект выполняемых процедур.

Работа российских кардиохирургов и аритмологов получила высокую оценку не только в России, но и за рубежом: предложенные ими технологии диагностики и лечения нарушений ритма сердца уже включены в международные клинические рекомендации.

Авторы концепции – директор Института хирургии им. А.В.Вишневского Минздрава России, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ Амиран Ревитшвили, директор Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ Александр Караськов и его заместитель по научно-экспериментальной работе член-корреспондент РАН Евгений Покушалов.

С одним из лауреатов – академиком **Амираном РЕВИТШВИЛИ** – встретила обозреватель «МГ» **Елена БУШ**.

– Амиран Шотаевич, как происходит рождение новой научной идеи? Это всегда внезапное озарение или же результат длительных размышлений и расчётов?

– У меня это, как правило, итог длительных размышлений, анализа собственного опыта и работы других специалистов. Более того, я постоянно соотношу наши врачебные действия с ощущениями пациентов: насколько комфортна для них та или иная медицинская технология, не усугубляет ли она страдания, которые доставляет человеку сама болезнь? Почти 40 лет своей жизни я посвятил аритмологии, и моя мысль всё время работает в одном направлении: как сделать диагностику ещё более точной, а лечение – ещё более щадящим?

Успешно выполненная большая открытая операция на сердце всегда доставляет огромное профессиональное наслаждение кардиохирургу. Но не всегда – пациенту, потому что ему предстоит длительный период восстановления после хирургического вмешательства. В начале 1980-х годов произошло важное событие – появление малотравматичных катетерных технологий лечения аритмий, когда пациент на второй день выписывается из стационара. И дай бог, чтобы ещё при моей жизни хирургия нарушений ритма сердца перешла в следующую, ещё более деликатную форму экстракорпоральной терапии.

– Думаю, такие же гуманистические устремления свойственны и другим хирургам. Но почему-то именно вам пришла идея выяснять структуру и локализацию нарушений ритма, не имплантируя электроды в сердце, а с поверхности тела.

Наши интервью

Академик РАН Амиран Ревитшвили:

Дух научного соперничества весьма ощутим

Российские учёные в числе мировых лидеров по уровню прорывных концепций



– Помогает то, что у меня от природы математическое мышление. Я всегда любил физику и математику, в школе участвовал во многих олимпиадах. Поэтому, став врачом, всерьёз занялся изучением электрического поля сердца.

Поскольку я увлёкся идеей неинвазивного лечения аритмий, возникло желание придумать также технологию неинвазивной диагностики нарушений ритма. Ещё в 80-е годы мы с коллегами начали заниматься разработкой метода поверхностного ЭКГ-картирования. Тогда мы использовали всего 30 электродов, и точность определения очага нарушения ритма была плюс-минус несколько сантиметров. Затем, набирая опыт выполнения катетерных процедур лечения аритмий и читая тысячи кардиограмм, я уже до операции по «картинке» ЭКГ мог с высокой степенью точности определить, где находится источник аритмии. Так появилась следующая идея: а почему бы не увеличить количество точек записи электрических импульсов, распространяющихся по сердцу? В этом случае разрешающая способность ЭКГ-картирования резко возрастает, как в системах GPS/Глонасс: чем больше спутников, тем выше точность данных о местонахождении объекта. Только там вероятность попадания измеряется метрами, а в нашем случае – миллиметрами.

Когда практика показала, что картирование – это высокоточная система для выяснения механизма многих аритмий, я решил заняться этим плотнее, теперь уже совместно с математиками из Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова. Опираясь на теорему Тихонова, они придумали математический алгоритм, благодаря которому можно предугадать не только что происходит на поверхности сердца, но и что происходит внутри него. Наши зарубежные коллеги считали, что это невозможно, а мы доказали, что возможно. Разработанная нами система для неинвазивного электрофизиологического исследования

сердца впервые позволяет проводить панорамное эпикардальное и эндокардиальное картирование всех камер сердца в режиме реального времени.

Мы шли к созданию нынешней навигационной системы неинвазивного ЭКГ-картирования от её первого варианта до современного компьютерного 12 лет. Это в чистом виде российская разработка, защищённая 20 патентами.

болезни, а также при мерцательной аритмии. Нанося множественные небольшие разрезы в правом и левом предсердиях, хирург формирует так называемый лабиринт, который не даёт возможности нервному импульсу вернуться назад и вызвать внеочередное сокращение предсердия. Таким образом устраняются условия для формирования мерцательной аритмии.

– Полностью согласен. Есть два крупных открытия в области мерцательной аритмии, за которые я бы вручил Нобелевскую премию. Первое – обнаружение пусковых факторов аритмогенеза в области лёгочной вены в зоне левого предсердия, что позволило разработать метод катетерной изоляции лёгочной вены. Идея принадлежит французскому кардиологу-электрофизиологу Мишелю Эссагуэру

Авторская версия операции «Лабиринт» уже несколько раз была модифицирована, но она всегда выполняется на остановленном сердце, в то время как предложенная мною версия «Лабиринт-5» – вмешательство на работающем сердце. В этом случае мы можем оценить результат нашего хирургического воздействия прямо на операционном столе.

В свою очередь, новосибирские учёные Александр Караськов и Евгений Покушалов стали основоположниками целого научного направления, нового в аритмологии – изучение влияния вегетативной нервной системы на формирование нарушений ритма сердца и сердечной недостаточности. Они выяснили, что виной всему – ганглионарные сплетения на задней поверхности сердца, и предложили оригинальный способ воздействия на эти очаги аритмии. В них вводится ботулотоксин, в результате чего передача нервных импульсов останавливается, нет выброса ацетилхолина, прекращается влияние блуждающего нерва на мышцу предсердия, и аритмия не возникает. Эффект сохраняется от 6 месяцев до года. Идея гениальная, мировое сообщество аритмологов её признало.

Данный метод используется в отношении тех пациентов, которые безуспешно перенесли все варианты лечения аритмии, включая открытую операцию на сердце. Пока это тоже открытое вмешательство, но новосибирские специалисты уже занимаются малоинвазивным вариантом: они разрабатывают способ доставки ботулотоксина к очагу аритмии эндоваскулярно. Это важно, учитывая, что воздействие на ганглии ботулотоксином необходимо будет повторять, так как эффективность метода хотя и высокая, но, видимо, ограниченная по времени.

Вторая отличная идея новосибирских учёных заключается в том, что они первыми в мире стали искать активные ганглии с помощью изотопа. Не все из них могут быть активны и ассоциированы с аритмией, а по свечению изотопов на мониторе специального прибора можно увидеть действующие ганглии, и именно в них вводить ботулотоксин. Много было споров, скептики говорили, что это опасно и невозможно. Однако настойчивость учёных Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина, которые провели множество экспериментов, дала впечатляющий результат.

– С мерцательной аритмией связано 25% ишемических инсультов. В нашей стране это 70-80 тыс. случаев в год. Учитывая такую актуальность проблемы, на мой взгляд, любое прорывное решение проблемы фибрилляции предсердий достойно Нобелевской премии. А вы как считаете?

(М. Haissaguerre). И второе – та самая операция «Лабиринт», придуманная Д.Коксом.

Если мы воплотим в жизнь идею лучевой экстракорпоральной терапии фибрилляции предсердий, – а такая идея есть, – и я, безусловно, не останусь, пока не реализую её, думаю, это станет следующим прорывом. Кроме нас ещё несколько научных коллективов в мире работают в данном направлении.

– В чём состоит замысел?

– В том, чтобы разрушать очаги мерцательной аритмии и других нарушений ритма сердца с помощью энергетического воздействия. Это может быть высокоэнергетическое рентгеновское облучение, протонное или ультразвуковое облучение с локальным, точечным повреждением очага аритмии. Коль скоро можно убрать очаг нарушения ритма с помощью катетера, то почему не попробовать делать это вообще чрескожно? Я бы назвал этот метод бесконтактной хирургией.

Правда, возникает вопрос, как направить в бьющееся сердце дышащему человеку луч некоей энергии, чтобы стабилизировать ритм? Очень сложная задача, но она уже постепенно начинает решаться.

– Работа над реализацией своих идей, вы соревнуетесь сам с собой, или есть реальные конкуренты в научном сообществе?

– Конечно, есть, и дух соперничества весьма ощутим. Сегодня в мире доминируют три команды кардиохирургов и аритмологов: российская, американская и французская. В целом мы работаем над решением одних и тех же задач, но с некоторыми вариациями. И у меня есть высокая степень уверенности в том, что мы сможем в нашей стране реализовать идею экстракорпорального воздействия на очаги аритмии, создав для этого специальное оборудование, не хуже, чем это сделают за рубежом.

– Сколько лет может уйти на это?

– Думаю 5 – максимум 10 лет.

– Амиран Шотаевич, в вашей жизни это не первая высокая награда: вы уже становились лауреатом Государственной премии СССР и премии Правительства РФ. Как вы воспринимаете эти награды: считаете их законными?

– Мне легко удаётся справляться с естественным «рефлексом» человека на такие стимулы и не возгордиться. Моя мама – скромнейший человек, педагог по профессии, нас с братом воспитывала в убеждении, что надо быть скромным, порядочным и добрым. Всего три правила для жизни, и мы их хорошо усвоили. Поэтому «головокружение от успехов» мне в принципе не свойственно.

К тому же мы с коллегами не были абсолютно уверены в этой победе, так как заявок в конкурсную комиссию было подано много, и одна работа достойнее другой. В России, к счастью, много выдающихся учёных.

Современные технологии

Хирургия нового времени

Это лапароскопические операции

Ровно 115 лет назад немецким врачом Георгом Келлингом была проведена первая лапароскопическая операция. Выполнена она на собаке и послужила толчком для развития и совершенствования технологий лапароскопии. Сегодня возможности «операций без разреза» настолько безграничны, что позволяют проводить хирургические вмешательства практически любого уровня сложности. Корреспонденту «МГ» доктору медицинских наук Наиле САФИНОЙ удалось побывать в операционной московской городской клинической больницы № 13 и побеседовать непосредственно перед операцией с заведующим хирургическим отделением № 2, хирургом высшей категории, кандидатом медицинских наук Кареном ОГАНЕСЯНОМ.

– Карен Суменович, поздравляем с юбилейной датой – 115 лет лапароскопической операции.

– Да, есть повод поразмышлять о нашей работе. Сегодня мы как раз будем оперировать пациентку методом видеолапароскопической резекции толстой кишки.



К. Оганесян

– Операция сложная? Такой вопрос возник в связи с тем, что, оказывается, пациентка, которую будут оперировать ваши специалисты, специально приехала для этого из Израиля.

– Не могу сказать, что мы единственные, кто выполняет этот вид операции, – она распространена во всём мире. Но в данном случае для выбора этой пациентки сошлись воедино два момента – во-первых, в нашей больнице используют все передовые технологии, что и во всём

мире, и, во-вторых, высокая квалификация специалистов. Данную операцию будут выполнять замечательные хирурги Бадма Башанкаев и Александр Архаров.

– Слышала, что вы имеете опыт работы за рубежом.

– Ещё в 90-е годы 6 лет работал в Словакии. Но где бы ни оперировал, такого количества сложных патологий, которые проходят через наше отделение, я ещё не встречал в своей практике.

– Экстренная хирургия?

– В основном. Пациенты часто попадают к нам уже в запущенном состоянии с вовремя не диагностированными формами рака, потому что у них не было элементарного желания обследоваться. Вот и эта пациентка приехала из Израиля с онкопатологией. Надо сказать, в большинстве случаев удаление толстой кишки выполняется по причине рака этого органа. Средний возраст пациен-



Оперирует Б.Башанкаев

тов с такой патологией – 70 лет. Наша сегодняшняя гостья – из этой категории.

– Удивительно, что в 1994 г. в литературе имелось всего лишь 17 публикаций о лапароскопических вмешательствах на толстой кишке. И такой прорыв за сравнительно небольшой отрезок времени!

– Кстати, в нашей стране лапароскопические операции на толстой кишке начали выполняться в это же время – в 1994 г. – и очень стремительно стали популярными в хирургии. У лапароскопических операций есть неоспоримые преимущества перед традиционными вмешательствами – меньшая травматичность, более быстрый восстановительный период, меньший риск осложнений в послеоперационном периоде и, конечно же, косметический эффект. В 2016 г. только ранее названными врачами Б.Башанкаевым и А.Архаровым проведено 58 операций на толстой кишке – из них 32 выполнены с помощью видеозендоскопических технологий. Специалисты поймут – из высокотехнологичных вмешательств они выполнили в прошедшем году две тотальные колэктомии с формированием резервуара из подвздошной кишки и 12 ультранизких передних резекций прямой кишки с сохранением анального жома.

Как видите, в статистику щадящих хирургических вмешательств наша больница тоже вносит свой вклад. Потому что это хирургия нового времени.

Москва.

Перспективы

Чем ближе дата очередной попытки провести выборы руководства Российской академии наук (они намечены на сентябрь 2017 г. – прим. авт.), тем активнее государство стремится подчеркнуть роль отечественной науки и показать своей неусыпное внимание к ней. Так, буквально через несколько дней после встречи Президента РФ Владимира Путина с исполняющим обязанности президента РАН академиком Валерием Козловым состоялось совместное совещание президиума РАН, ФАНО России и Агентства стратегических инициатив по вовлечению потенциала Российской академии наук в реализацию Национальной технологической инициативы (НТИ).

Событие, надо признать, абсолютно закономерное, потому что сложно представить формирование и реализацию столь масштабного проекта, как Национальная технологическая инициатива, без участия академической науки. В структуре НТИ обозначено 27 наукоёмких технологических платформ, объединивших проекты в самых разных сферах – большие данные, квантовые технологии, сенсорика и компоненты робототехники, создание аэромобилей и беспилотников, технологии беспроводной связи, нейробиология.

Открывая совещание, академик В.Козлов напомнил, что НТИ была заявлена Президентом РФ в 2014 г. в послании Федеральному собранию и призвана обеспечить технологическое

Запрос на идеи

Учёные готовы обеспечить технологическое лидерство России

лидерство России. Поставлена задача добиться в реализации этих проектов таких успехов, которые к 2035 г. выведут нашу страну в статус мирового технологического лидера на тех рынках, которые будут определять структуру мировой экономики в ближайшие 15-20 лет.

Как подчеркнул представитель Агентства стратегических инициатив Дмитрий Песков, на всех новых рынках сегодня нет крупных игроков и принятых стандартов. «Это означает, что у России есть шанс занять особое место в этой сфере. В 90-е годы на рынке нарождающегося интернета также не было принятых стандартов, та же ситуация – в космической и ядерной сферах. Во всех трёх случаях Россия смогла достигнуть успеха. Сегодня бороться за существующие рынки бессмысленно, поэтому необходимо обратить особое внимание на рынки будущего», – считает Д.Песков.

Из 27 технологических платформ НТИ минимум две напрямую ориентированы на здоровье человека: HealthNet (рынок персонализированных медицинских услуг и лекарственных средств, обеспечивающих рост продолжительности жизни, а также получение новых эффективных средств профилактики и лечения различных заболеваний) и NeuroNet (распределённые искусственные компоненты созна-

ния и психики). Насколько готова российская наука участвовать в создании инновационных технологий и продуктов по данным тематикам? Какие барьеры ей мешают?

Главные направления проекта HealthNet – молекулярная биология, а также развитие геномных технологий, а также персонализация медицины и продление жизни человека. Эти направления выбраны с учётом рыночной ценности: согласно прогнозам и расчётам, объём данного сегмента мирового рынка здравоохранения к 2035 г. вырастет в 20 раз и превысит 9 трлн долл. Российская доля рынка HealthNet, по мнению аналитиков, будет оставлять к этому времени не менее 3% от мирового объёма. По мнению соруководителя проекта HealthNet Андрея Ломоносова, представляющего промышленный сектор, без участия Российской академии наук ни один из разделов мега-проекта HealthNet реализован быть не может.

В свою очередь, академик РАН Валерий Береговых, также один из соруководителей проекта HealthNet, указал на существование правовых барьеров в его реализации. Выйти на мировые рынки российской фармацевтической промышленности мешает то обстоятельство, что её нормативно-правовая сис-

тема не соответствует международным стандартам. И коль скоро наше государство делает ставку на технологии персонализированной медицины как на возможность достичь мирового технологического преимущества России в данном сегменте рынка, необходимо срочно обеспечить фармацевтике адекватную нормативно-правовую систему для скорейшего выхода на международный уровень.

Что касается платформы NeuroNet, она, как было заявлено на совещании, станет следующим этапом развития современного интернета, где взаимодействие человек-человек и человек-компьютер будет осуществляться с помощью новых нейрокомпьютерных интерфейсов, а сами компьютеры станут нейроморфными, то есть по своей сути похожими на головной мозг человека. Прогнозируется появление полноценного гибридного человеко-машинного интеллекта.

Применение технологий NeuroNet в сфере медицины – это, в частности, использование искусственных конечностей и дополнительных органов чувств. Кроме того, в течение ближайших 10 лет разработчики надеются завершить клинические испытания инновационных лекарственных препаратов для диагностики и лечения тревожных состояний, инсульта, болез-

ней Альцгеймера, Паркинсона, шизофрении.

Выступая перед участниками совещания, соруководитель проекта NeuroNet директор Института высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН, член-корреспондент РАН Павел Балабан обратил внимание на то, что разработки в области искусственного интеллекта не только востребованы мировым рынком технологий, но и представляют большой интерес для самих учёных. Так, в технологическую платформу NeuroNet уже заявлено 400 проектов, однако лишь 5% из них защищены патентами. «Мы предлагаем ввести такой порядок: перед публикацией проекта обязательно получать патент, иначе идея автоматически становится общественной собственностью, что не позволит нашей стране действительно стать лидером в данной области технологий», – настаивает П.Балабан.

В завершение встречи вице-президент РАН академик Сергей Алдошин заверил гостей из ФАНО и Агентства стратегических инициатив, что академическое научное сообщество готово принимать самое живое участие в разработке и реализации Национальной технологической инициативы. А разве может быть иначе? Времена, когда учёные могли заниматься «наукой ради науки», не соизмеряя свою исследовательскую деятельность с запросами рынка технологий, товаров и услуг, безвозвратно ушли в прошлое.

Елена ЮРИНА.
МИА Сити!

Ракурс

Аутизм

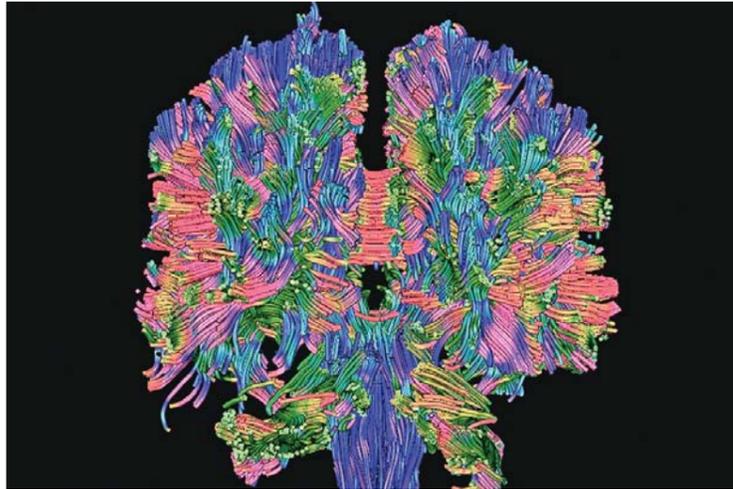
Ч. Ломброзо считал всё в человеке предопределённым от рождения («разум дан от бога»), то есть врождённым, а его противники ратовали за перестройку сознания и создание нового человека в ходе революционных преобразований.

Слово аутизм было предложено немцами ещё в 1938 г., но состояние детской «самоустранимости» и автономности было описано в 1943 г. детским психологом Л. Каннером из Университета Джона Хопкинса в Балтиморе (признано как заболевание лишь в начале 80-х). Оно проявляется, в частности, в том, что такие аутисты не дружат с другими детьми и не участвуют в их играх, так как у них отсутствует воображение, позволяющее детям принимать банан за телефонную трубку (для «переговоров» друг с другом). С той поры представления об аутизме «раздробились», в результате чего теперь говорят о целом спектре аутистических расстройств, который затрагивает до 1,5% детей (что сходно с 1-2% людей, мозг которых «разделён», то есть с шизофренией). К сожалению, до самого последнего времени определение аутизма так и оставалось описательным, откуда и столь большие разночтения в представлениях врачей и учёных.

Приход магнитно-резонансной томографии, а также её вариантов в виде функционального имиджинга и диффузной трактографии позволили говорить о выявлении анатомического субстрата аутистических расстройств. Nature в феврале 2017 г. опубликовал статью специалистов Университета Северной Каролины в городе Чапел-Хилл, в которой были описаны различия в структурах мозга здоровых детей и их сверстников с аутизмом. В ней также указывалось, что у 20% детей, рождающихся в семьях с высоким риском состояния, его симптомы выявляются не ранее 1,5-2 лет от рождения. Только к этому возрасту родители и детские психологи начинают видеть отклонения в общении таких детей с другими, трудности в налаживании семейных

и социальных отношений, а также невозможность концентрироваться.

Всё это сегодня рассматривается как следствие врождённого геномного дефицита, приводящего к нарушениям в формировании не только корковых и подкорковых структур мозга, но и, что гораздо

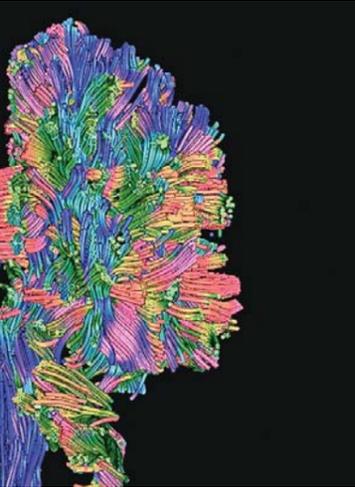


Богатство связей в мозгу с поперечной «шиной» мозолистого тела, соединяющего два полушария

важнее, к несформированности внутримозговых сетей коммуникации. Именно на это указывают в своей новой статье исследователи того же университета и их коллеги из Университета Вашингтона в городе Сент-Луис. Учёные с помощью функционального магнитно-резонансного томографа «посмотрели» мозг 59 шестимесячных спящих младенцев, собрав при сканировании 230 мозговых «локаций» большой массив данных и показав пути следования 26 335 соединений между ними. Представленные диаграммы внутримозгового картирования позволили им выявить вполне чёткие маркеры и сигнатуры развития аутизма к 2 годам, что и подтвердилось выявлением состояния у 11 из 59 обследованных детей (почти 20%, что говорит о высокой надёжности представленных критериев).

Столь высокий по сравнению с общей статистикой процент объ-

ясняется прежде всего тем, что учёные обратили своё внимание на семьи с высоким риском развития состояния, в которых старшим детям уже был поставлен такой диагноз (лишнее свидетельство геномных неполадок и врождённости состояния). Но ситуация не столь однозначна, как считает Эмили Биркбек из Лондонского университета, ратующая за максимально раннее выявление аутистических расстройств, так как ранняя интервенция способствует



Богатство связей в мозгу с поперечной «шиной» мозолистого тела, соединяющего два полушария

уменьшению интенсивности симптомов и налаживанию поведения в ответ на коммуникационные стимулы.

Американские авторы отмечают также и значение синхронизации связей и мозговых структур, проявляющейся у младенцев уже в полугодовом возрасте. Выявленный ими маркер основан на определении связей в корковых областях, отвечающих за развитие языка, и стереотипного, а также социального поведения, выявленных с помощью самообучающейся машинной логики, названной ими «классификатором». Редактор журнала предпослал статье своё резюме под заголовком «Предсказание будущего с помощью мозгового имиджинга».

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Nature.

Новые подходы

Стоматологам — от Альцгеймера

Учёные из стоматологического Института королевского колледжа в Лондоне (Великобритания) нашли новый способ лечения зуба без применения зубных пломб. Как выяснилось, починить зуб, поражённый кариесом, можно с помощью препарата гликогенсинтаза-3, который применяется при лечении болезни Альцгеймера.

Этот препарат способен стимулировать рост стволовых клеток, содержащихся в пульпе зуба, и создать новый дентин — минерализованный материал, который защищает зуб. Причём новый дентин может заполнять большие полости, уменьшая потребность в пломбировании или цементации зубных каналов.

Основной недостаток современных методов стоматологии состоит в том, что зубы, прошедшие процесс сверления, более подвержены инфекциям, а пломбы нуждаются в замене, так как при новом поражении зуба стоматологи должны удалить старую пломбу и заново зацементировать вылеченную область.

Множественное лечение зуба в итоге приводит к разрастанию вы-

сверленного участка, что в итоге делает невозможным сохранение зуба и приводит к его удалению. Новый метод, стимулируя естественное восстановление дентина, устраняет все эти проблемы, сохраняя зубы даже после нескольких процедур лечения.

Лекарственное вещество помещается в канал с помощью биодegradирующих коллагеновых губок, что позволяет доставить к поражённому месту низкую дозу препарата, необходимую для эффективного воздействия. С течением времени губки распадаются, уступая место новому дентину, который в итоге обеспечивает полное естественное восстановление зубной ткани.

Простота такого подхода делает его идеальным методом лечения больших полостей, а так как препарат, применяемый при новом методе, уже опробован в ходе клинических испытаний лечения болезни Альцгеймера, то его применение в стоматологических клиниках может начаться уже в ближайшем будущем.

Борис БЕРКУТ.
По сообщению ВВС.

Кстати

Учёные узнали, что у мужчин с высоким уровнем интеллекта почти на треть (31%) повышается вероятность стать отцом ребёнка-аутиста. Такие данные были озвучены в ходе Международной встречи специалистов по изучению аутизма в Сан-Франциско (США).

Плата за интеллект

Специалисты проанализировали медицинскую документацию более 300 тыс. детей, чьи отцы были призваны в шведскую армию и набрали высокие баллы при прохождении тестов IQ.

Выяснилось, что у мужчин, набравших более 111 баллов, дети с аутизмом рождались на треть чаще, чем у тех, чей IQ был около 100. Также в исследовании учитывались уровень образования отцов, их возраст и степень обеспеченности семьи.

Примечательно, что у отцов с IQ 75 и ниже с большей вероятностью могли появиться дети с риском умственной отсталости или синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

Эксперты отмечают, что результаты исследования всё равно не смогли объяснить причину развития аутизма. Кроме того, в работе не были учтены данные о матерях.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.
По сообщению ABC News.

Исследования

Инфекционные вариации

Результаты «свежего» масштабного международного исследования продемонстрировали распространённость и тип инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), у новорождённых, детей и подростков в Европе.

В основе исследования лежат данные о распространённости ИСМП и применении противомикробных препаратов в европейских больницах неотложной медицинской помощи, полученные Европейским центром профилактики и контроля заболеваний за 2011–2012 гг. Специалисты изучили данные более 17 тыс. детей и подростков из 29 стран. В ходе исследования ИСМП были обнаружены у 726 детей.

Результаты продемонстрировали, что самые высокие показатели распространённости инфекций были зафиксированы в педиатрических отделениях интенсивной терапии (15,5% — один из шести детей) и отделениях интенсивной терапии новорождённых (10,7% — один из десяти младенцев). Большинство ИСМП (77%) были обнаружены у детей до года.

Наиболее распространённым типом внутрибольничной инфекции стали инфекции кровотока

(45% случаев) и дыхательных путей (22%). Следом за ними идут инфекции желудочно-кишечного тракта (8%), лор-органов (7%), мочевыводящих путей (5%) и послеоперационные инфекции (4%).

Несмотря на то, что в рамках исследования подавляющее большинство случаев развития инфекций кровотока были зафиксированы у младенцев до года, высокие показатели были отмечены также и в других возрастных группах. Этот тип инфекций у новорождённых и детей старшего возраста способствует росту показателя смертности и неблагоприятных неврологических исходов. Авторы исследования указывают на необходимость тщательной организации профилактики и контроля инфекций кровотока, особенно среди новорождённых, для снижения крайне высокого показателя.

Результаты другого подобного исследования, проходящего в настоящее время в Европе, будут опубликованы Европейским центром по контролю и профилактике заболеваний к концу нынешнего года.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.
По материалам журнала
The Lancet Infectious Diseases.

Эксперименты

Белок инсульта

Учёные Гарвардской медицинской школы (США) разработали методику определения повышенного риска инсульта с помощью анализа крови. По словам исследователей, маркером определения повышенного риска инсульта может стать белок бета-2 микроглобулин, повышенное содержание которого в крови сигнализирует о повышении вероятности инсульта на 56%.

В исследовании, проведённом сотрудниками медицинской школы, приняли участие 473 женщины, перенёвшие в своё время ишемический инсульт, и 473 вошли в контрольную группу. Как показали результаты работы, уровень белка в крови женщин, перенёвших ранее инсульт, составлял 1,86 мг на литр, в то время как белок в крови

участниц из контрольной группы не поднимался выше 1,8 мг на литр. Впрочем, по словам самих учёных, работа находится только в начальной стадии. В частности, исследование проводилось только среди женщин европеоидной расы и может не отражать реальную ситуацию среди представительниц других рас. Кроме того, исследование было проведено только среди женщин. Существует ли взаимосвязь между уровнем белка и риском инсульта у мужчин — неизвестно.

Наконец, в ходе экспериментов не было исследовано факт изменения уровня белка и его влияния на риск инсульта. Другими словами, подтверждение, что инсульт напрямую зависит от уровня белка, до сих пор нет — для этого необходимы дальнейшие исследования.

Герман АКОДИС.
По сообщению FOX News.

Почему бы и нет?

Гормональные происки

Применение гормона роста в сочетании с физиотерапией в течение 6 месяцев позволило значительно улучшить сенсорную функцию у пациентов с полным повреждением спинного мозга. Результаты исследования были представлены на Европейском конгрессе по эндокринологии, прошедшем в мае нынешнего года в Лиссабоне (Португалия).

тенсивную физиотерапию в течение двух часов ежедневно.

Восстановление двигательной и сенсорной функций оценивалось через 3 и 6 месяцев. Результаты показали, что у пациентов, принимавших гормон роста, чувствительность ниже места повреждения позвоночника была восстановлена в большей степени после 6 месяцев лечения, чем у участников плацебо-группы.

В двойном слепом рандомизированном плацебоконтролируемом исследовании, проведённом специалистами клиники Quiron-Teknop и Института Гуттманна в Барселоне (Испания), приняли участие 18 пациентов с полным повреждением спинного мозга, у 13 из которых был выявлен дефицит гормона роста. В течение 6 месяцев пациенты проходили терапию гормоном роста, дозировка которого подбиралась индивидуально до сопоставимых уровней, или получали плацебо. Также все участники проходили ин-

Как отмечают авторы работы, полученные результаты должны быть интерпретированы с осторожностью, поскольку они «не становятся решением проблем при травмах позвоночника с повреждением спинного мозга». Однако при этом могут существенно повлиять на качество жизни пациента, считают исследователи. По их мнению, необходимо провести дополнительные исследования, в том числе клинические испытания на большей выборке пациентов.

Марк ВИНТЕР.
По сообщению Reuters.

Гипотезы

Ближе к Богу —
дольше живёшь?

Богослужения в церквях, мечетях и синагогах помогают людям преодолевать проблемы со здоровьем и увеличивают продолжительность жизни, выяснили исследователи из Университета Вандербильта (США).

Специалисты проанализировали данные 5500 человек, из которых 64% регулярно посещали богослужения. Оказалось, что участие в них снижает уровень стресса, укрепляет здоровье в целом и помогает людям легче переносить операционные вмешательства.

В ходе исследования оценивался уровень аллостатической нагрузки, которая, будучи высокой, свидетельствует о наличии проблем со здоровьем. Учёные выяснили: у верующих участников исследования было меньше проблем с сердцем, обменом веществ и питанием. Наиболее выраженный положительный эффект наблюдался среди людей в возрасте от 40 до 65 лет.

У добровольцев, не ходивших на богослужения, уровни аллостатической нагрузки были выше. Также они чаще имели серьёзные проблемы со здоровьем по сравнению с теми, кто посещал богослужения. При этом учтены факторы, которые могли повлиять на результаты исследования.

Чуть раньше гарвардские психологи раскрыли неожиданную позитивную роль церкви в жизни общества — оказалось, что регулярное посещение церковных служб понижает вероятность преждевременной смерти среди женщин на 30% и продляет им жизнь.

«Полученные нами результаты говорят о том, что посещение служб даёт людям нечто большее, чем индивидуальную духовность. Их позитивное влияние, по всей видимости, включает увеличенную поддержку со стороны окружаю-

щих, снижение в уровне курения и депрессии, а также в более оптимистичном взгляде на жизнь», — заявил Тайлер Вандеруили из Гарвардского университета (США).

Учёный и его коллеги пришли к такому выводу, наблюдая за физическим и психическим здоровьем свыше 70 тыс. женщин, участвовавших в проекте по мониторингу здоровья среди медсестёр Национальной службы здравоохранения Великобритании, который проводился с 1992 по 2012 г. В рамках этого опроса респонденты рассказывали не только о своей диете, образе жизни и вредных привычках, но и о том, верят ли они в Бога и посещали ли они церковные службы.

Как рассказывает Тайлер Вандеруили, в последние два десятилетия было опубликовано несколько громких исследований, авторы которых постулировали, что вера в Бога помогает людям легче переносить операции или преодолевать какие-то другие проблемы со здоровьем. Подобные исследования обычно встречались шквалом критики, указывавшей на малые размеры выборки, перестановку выводов и предположения местами, и заявлениями о том, что церкви посещают заведомо здоровые люди.

Авторы статьи решили воспользоваться данными, собранными в рамках NHS, для проверки того, были ли верны выводы предыдущих исследований на эту тематику или же для подтверждения слов их критиков. Изучая судьбы медсестёр, учёные отбирали среди них только относительно здоровых женщин и учитывали все факторы, способные повлиять на результаты анализа, — их экономическое положение, образование, происхождение и ряд других социально-экономических факторов.

Выводы получились такими: женщины, которые раз в неделю

посещали католические мессы, службы в православных церквях и протестантских храмах, в среднем умирали на 30% реже, чем их сверстницы, никогда не посещавшие службы, и жили дольше. Кроме того, они примерно на 27% реже умирали от болезней сердца и на 21% — от рака.

Как признают учёные, данные выводы могут быть не применимы для жителей всей планеты в целом — участники исследования в подавляющем большинстве были белокожими христианками и принадлежали к той категории населения, которая лучше всего осведомлена о состоянии своего здоровья. В любом случае, данные выводы будут, скорее всего, встречены научным сообществом довольно скептически, полагают исследователи.

Примером этого стал комментарий Дэна Блейзера из Университета Дьюка в Дареме (США), который не видит никакой медицинской ценности в публикации таких исследований в профессиональных журналах и полагает, что подобное открытие не должно заставлять врачей рекомендовать своим пациентам посещать церковные службы для продления жизни.

Кроме того, Дэн Блейзер отмечает, что средний возраст участниц этого исследования составляет 60 лет, что могло сказаться на его выводах и на том, как много медсестёр этого поколения были верующими, а кто никогда не посещал церковь. В целом, по его мнению, к выводам подобных исследований следует подходить с большой осторожностью, учитывая ограниченную применимость их результатов.

Константин БЕЗНЕГ.

По материалам The Daily Mail, JAMA Internal Medicine, JAMA.

Угроза

Недостаток сна напрямую связан с повышением риска смертности и снижением производительности труда. Экономическое моделирование данных 5 стран, включённых в организацию экономического сотрудничества и развития, проведённое исследователями группы RAND Europe, показало, что люди, которые спят меньше 6 часов в сутки, умирают в среднем на 13% чаще тех, кто спит не менее 7 часов. На национальном уровне из-за отсутствия сна до 3% ВВП теряется, так что увеличение сна может добавить в экономику страны миллиарды долларов.

В объятиях Морфея

Негативные последствия недосыпания становятся столь очевидными, что Центры по контролю и профилактике заболеваний США объявил недостаточный сон общественной проблемой здравоохранения. По данным центра, более трети взрослых американцев не получают достаточного количества сна, причём это соотношение в равной степени касается и других стран. Особую тревогу вызывает то обстоятельство, что доля людей, спящих меньше рекомендуемого времени, растёт.

В основном, поясняют учёные, это связано с факторами образа жизни современного общества, такими как психосоциальный стресс, потребление алкоголя, курение, отсутствие физической активности и чрезмерное использование электронных средств массовой информации.

Из-за потенциального негативного влияния недостатка сна на здоровье, благополучие и продуктивность людей последствия лишения сна имеют далеко идущие экономические последствия.

Как выяснилось, экономические потери от массового недосыпа в США оборачиваются потерями до 411 млрд долл. в год, что составляет 2,28% от ВВП страны. На втором месте по потерям стоит Япония, теряющая до 138 млрд долл. в год, или 2,92% ВВП, далее следует Германия (60 млрд в год, или 1,56% ВВП) и Великобритания (до 50 млрд в год, или 1,86% от ВВП). Замыкает пятёрку Канада — до 21,4 млрд в год, или 1,35% от ВВП.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению Reuters.

Ну и ну!

В Великобритании всё больше пожилых людей заражаются инфекциями, передающимися половым путём (ИППП). Как заявляют эксперты, за последнее десятилетие количество диагнозов ИППП среди пациентов, граждан Объединённого королевства, от 50 до 70 лет возросло более чем на треть.

Побочный эффект
«сладкой» жизни

Так, по данным на 2010 г., в британских клиниках сексуального здоровья было зарегистрировано более 11 тыс. новых случаев заражения ИППП среди указанной возрастной группы, в 2014 г. этот показатель увеличился до более 15 тыс. Рост составил 38%.

Наиболее часто диагностированными ИППП в позапрошлом году стали хламидиоз, герпес, острые конические кондиломы и гонорея. Количество новых случаев заражения ВИЧ среди пожилых людей также возросло и в настоящее время составляет 16% от общего количества.

По словам соавтора доклада доктора Дэвида Ли, возможной причиной развития такой тенденции стали некоторые социальные факторы, к примеру рост числа разводов, встречи с новыми партнёрами в более

позднем возрасте, пренебрежение средствами контрацепции. «Мы, возможно, недооцениваем истинные масштабы проблемы, поскольку пожилые люди могут либо не обращаться за медицинской помощью, либо искать альтернативные варианты лечения, избегая приёма в клинике сексуального здоровья», — подчёркивает эксперт.

Конечно, заболеваемость ИППП среди людей старше 50 лет по-прежнему значительно ниже, чем в более молодых возрастных группах — менее 5% от общего количества случаев инфицирования. Однако авторы доклада призывают к более тесной коммуникации между врачами и пожилыми пациентами по решению проблем сексуального здоровья.

Алина КРАЗУЭ.

По сообщению The Independent.

Однако

Спиртные небылицы

Обычно люди говорят о том, что под воздействием алкоголя они ведут себя совершенно иначе, однако новое исследование, проведённое учёными из Университета Миссури (США), показывает, что это мнение не соответствует истине.

Эксперименты, проведённые в лабораторных условиях с участием наблюдателей, показали, что выпившие люди практически не отличаются от себя же, но в трезвом виде, за исключением единственного фактора — экстраверсии.

Научная работа велась с применением пятифакторной модели личности, при которой оценивают человека по пяти показателям: экстраверсия, доброжелательность, интеллект, эмоциональная стабильность и сознательность. Психологи набрали для участия в работе 156 человек, которые до эксперимента ответили на вопросы о своём обычном употреблении алкоголя, а также о чертах, присущих им, когда они в трезвом состоянии и когда «навеселе».

Затем участники начали приглашать в лабораторию группами по 3-4 человека, где они проходили дыхательный тест, а также учёные измеряли их рост и вес. Через 15 минут после этого людям



предлагали напитки — кто-то пил лимонад, а кто-то — индивидуально смешанные коктейли из водки с лимонадом, сделанные так, чтобы у всех нетрезвых участников была одна и та же концентрация алкоголя в крови.

Ещё через 15 минут после этого участники по просьбе исследователей начинали в группе играть в логические пазлы или обсуждать какие-либо вопросы. Во время этой активности люди дважды заполняли опросники о своей личности, кроме того, велась запись на ви-

део, которую затем продемонстрировали сторонним наблюдателям.

Оказалось, что «изнутри» люди ощущали изменения своей личности намного сильнее, чем это казалось снаружи. Сторонние наблюдатели отметили, что подвыпившие участники были более общительны и активны, но не более того. Сами участники сообщили об изменениях по всем пяти направлениям модели.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации EurekAlert!

«Привлечь внимание к большой проблеме – это важнее, чем сообщить ворох готовых научных сведений. Толкнуть же на самостоятельную научную работу – это лучшее и большее, что может сделать научно-фантастическое произведение».

**А.Беляев,
«О моих работах».**

Labor ipse voluptas – труд сам по себе награда. Широко известный девиз исследователей-новаторов. Похоже, что целью его жизни было жгучее желание не только конструктивно изменять окружающий мир, но и трудясь преобразовать самого себя, несмотря на множество ниспосланных роком испытаний. В обширном творческом наследии «русского Жюль Верна», земляка первого в мире космонавта, Александра Беляева – более семидесяти крупноформатных разножанровых, преимущественно фантастических произведений.

Любимой шуткой фантаста была такая: «Когда я умру, не надо ни пышных похорон, ни поминок. Заверните меня просто в газету. Ведь я всегда писал для газет».

Детство непоседы

Будущий писатель-фантаст родился 16 (4) марта 1884 г. в Смоленске в семье настоятеля церкви Смоленской иконы Божией Матери Романа Петровича Беляева и его супруги Натальи Фёдоровны. По семейному преданию, младенец был принят доктором Бриллиантом и опытной повитухой Ключевой. Он оказался по неведомой причине молчаливым, и даже возникло подозрение, что ребёнок родился немым. К счастью, это не подтвердилось.

Мальчишка рос гиперактивным шалунишкой и проказником, за что получил от любящей матушки домашнее прозвище «Царевич-непоседа». Его постоянно уличали в весёлых проделках и проказах, но серьёзно никогда не наказывали. Устраивал домашние спектакли, в которых был един во всех лицах: драматург, и режиссёр, и актёр. Сашу с детства страстно увлекали и неразрешимые тайны. Его манил мир иной, загадочный и непостижимый. А прочитанное разжигало любопытство и рождало немало пусть наивных, но грандиозных замыслов в духе обожаемого Жюль Верна.

В раннем возрасте Саша сорвался с качелей и получил сильный ушиб яблока, а местный эскулап даже настаивал на том, что травмированный глаз необходимо зашить. В детстве от тяжёлой болезни умерла младшая сестра Александра, а чуть позже утонул старший брат Василий. Затем в относительно нестаром ещё возрасте скончался и глава семейства. Необычайно подвижный и непоседливый Саша нередко сам получал многочисленные травмы. Успокоить его могли только книги и безудержная фантазия, уносившая паренёка далеко-далече. По протоптанной профессиональной стезе отца-священника Саше идти никак не хотелось, и 17-летнего талантливого юношу, истово увлекавшегося театром, зачислили по контракту в артистическую труппу Народного дома в Смоленске.

Выбор жизненного пути

Прослужив в театре около полугодика, молодой человек приобрёл реальный опыт общения с публикой и убедился в наличии у себя сценических и... журналистских талантов. Он стал часто публиковать в смоленских газетах злободневные заметки о театральных и музыкальных постановках.

В июне 1902 г. Беляев поступает в Демидовский юридический лицей в Ярославле. Во время всероссийской забастовки студентов 1905 г. занятия в лицее были временно прекращены, и Александр вернулся на малую родину. Этот период ознаменован началом уже литературной деятельности – появились его серьёзные публикации в газете

Болезни великих

Он видел то, чего не бывает...

Александр Беляев был не только великим фантастом, но и великим тружеником



«Смоленский вестник». В июне 1909 г. учёба в лицее окончилась, и Беляев стал служить помощником присяжного поверенного в своём родном городе.

Осторожные обыватели – земляки – поручали молодому адвокату малозначимые дела и довольно редко, но наш герой был счастлив, поскольку получил самостоятельную работу, приносившую ощутимую помощь гражданам. А отдушиной стала журналистика. В смоленской периодике стали появляться под разными псевдонимами его статьи о музыкальных концертах и литературных чтениях, а также многочисленные театральные рецензии.

В 1913 г. Беляев вступает в брак и благодаря деньгам жены совершает продолжительное путешествие в Европу. Он изучал труды по эпохе Ренессанса в Италии, работал в музеях и библиотеках Швейцарии, Германии, Австрии, Франции. Александр ещё не предполагал, что больше покидать пределы России ему не удастся.

Возвратившись на родину, Беляев продолжил активно сотрудничать с газетой «Смоленский вестник» и скоро стал её штатным ответственным редактором. Он всё больше склонялся к профессиональной литературной работе, и в 1914 г. в популярном московском детском журнале «Проталинка» была опубликована пьеса-сказка «Бабушка Мойра» – первое художественное произведение будущего фантаста.

Вскоре на Беляева как гром среди ясного неба обрушилось тяжёлое заболевание. Ему исполнился 31 год, Александр был в полном расцвете физических и интеллектуальных сил, однако мнение врачей относительно его состояния было единодушным – костный туберкулёз. Сложно сказать, что именно послужило пусковым моментом трудно поддававшейся лечению патологии. Может быть, полученные в детстве многочисленные травмы? Высказывались предположения и о медицинской ошибке, когда лечащий врач при проведении пункции у больного плевритом

Беляева неосторожно задел пункционной иглой его позвонок. Позднее литератор так поведал о ситуации с мужественным лаконизмом: «С 1916 по 1922 г. болел костным туберкулёзом позвонков...» Несколькими лет им были проведены в состоянии почти полной обездвиженности благодаря гипсу. Тяжёлая патология, однако, не сломала силы

«Записки из будущего». Зашла речь о пересадках сердца, а после и о жизни изолированного мозга. Коснулись и романа «Голова профессора Доуэля». Амосов подчеркнул: «Не надо думать, что проблема изолированной головы может быть решена в ближайшие годы. Нужна колоссальная работа, однако она будет не более трудной, чем вопрос анабиоза

космическим кораблём и ракетодромом. Грандиозный проект был поддержан вдовой Циолковского и автором занимательных книг Я.Перельманом. Но тревожная предвоенная пора диктовала свои условия, и реализацию идеи отложили.

В это время писатель публикует немало биографических очерков о Ф.Нансене, Ж.Верне, Г.Уэлсе,

воли необычного пациента – Беляев изучает иностранные языки, пристально интересуется новейшими открытиями в биологии и медицине. Прикованный к постели, Александр много читает и при этом тщательно продумывает сюжеты своих будущих книг. По совету врачей он с матерью уезжает в солнечную и климатически более подходящую Ялту.

Тяжелобольного и почти безнадёжного его бросает жена, а вскоре умирает и ухаживавшая за ним мать. Кто знает, хватило ли бы писателю энергии сопротивляться болезни, если бы не дружба и преданность Маргариты Магнущевской – будущей супруги Беляева? Лишь в 1922 г. он смог полноценно вернуться к активной социальной жизнедеятельности. Силы, правда, восстановить удалось далеко не полностью, но и то, что наш герой встал, наконец, на ноги (хоть и в скользящем движении корсете), было победой. В 1923 г. Беляев с женой Маргаритой уезжает в Москву, где начинает службу в Наркомате почт и телеграфа, а позже – в Наркомате просвещения юридическим консультантом. Вечерами он без устали работает над своими литературными произведениями.

Первая книга носила профессиональный характер, о чём красноречиво говорит её название – «Современная почта за границей». В неё была вложена не только колоссальная эрудиция автора, но и его личные впечатления от пребывания в европейских странах. В 1925 г. им была издана специальная брошюра «Спутник письменосца».

О голове без тела

Примерно в то же самое время в популярной газете «Гудок» стал печататься с продолжениями фантастический рассказ «Голова профессора Доуэля», через несколько лет переработанный в научно-фантастический роман с тем же названием. Тема зародилась у писателя в то самое злосчастное время, когда он лежал в гипсе и ему реально угрожала полная обездвиженность. Тело казалось чужим и омертвевшим, функционировала только смелая мысль и непокорный хвори креативный дух. «Я пережил ощущение головы без тела», – позднее говорил об этой поре своей жизни писатель. Его положение в то самое время было практически таким же, как и у профессора Доуэля: кругом были хорошо знакомые домашние предметы, но без посторонней помощи их достать было невозможно.

В январе 1980 г. я, будучи студентом-медиком, побывал в гостях у знаменитого кардиохирурга Н.Амосова в Киеве. Академик с гордостью продемонстрировал свою фантастическую повесть

или преодоление индивидуальной несовместимости тканей».

По примеру своего кумира Жюль Верна Беляев собирал большие папки с поражающими воображение вырезками из газет, каждая из которых – готовый сюжет для произведения. Из заметки о чудо-хирурге профессоре Сальватере родился роман «Человек-амфибия», сделавший имя Беляева известным во всём мире. В декабре 1928 г. семья Беляевых переезжает в город на Неве. Тут в квартире по соседству с комнатой известного детского писателя Бориса Житкова готовится к выходу в свет роман «Продавец воздуха» и повесть «Вечный хлеб». В июле 1929 г. у четы Беляевых рождается вторая дочь, названная Светланой. Ей впоследствии был посвящён роман «Ариэль». Осенью того же года Беляевы из сырого Ленинграда переезжают в Киев, однако там вскоре возникают трудности с переводом произведений писателя на украинский язык. Кроме того, в этом городе писатель потерял старшую дочь, умершую от церебрального менингита.

В конце 1931 г. семья переезжает в Царское Село (ныне город Пушкин) Ленинградской области. Примерно в те же самые времена Беляев начинает переписываться с К.Циолковским и пристально интересоваться космической тематикой. В связи с кончиной основоположника отечественной космонавтики им был подготовлен большой очерк о Циолковском и посвящён роман «Воздушный корабль», а позднее – повесть «Звезда КЭЦ».

Отметим, что в те годы в Пушкине проживало немало известных мастеров слова. В городской газете регулярно печатался Алексей Толстой, фантастические вещи которого «Гипербоид инженера Гарина» и «Аэлита» до сих пор многократно переиздаются. На улицах Пушкина можно было повстречать и автора «Угрюмки» Вячеслава Шишкова, создателя исторических романов Юрия Тынянова, а также прозаиков Ольгу Форш и Всеволода Иванова.

Последние годы

Каждую неделю на квартире Беляевых собирались пушкинские школьники, с которыми писатель вёл занятия по драматическому искусству и готовил спектакль «Голова профессора Доуэля». Он много пишет статей об организации познавательного досуга детей и осенью 1938 г. выступает в печати с предложением построить близости от города Пушкина «Парк чудес», в котором должен иметься и уголок нетронутого цивилизацией леса, и хорошо оборудованные исторические местечки, и даже отдел звездоплавания с настоящим

А.Пушкине, М.Ломоносове, К.Циолковском. Зимой 1939 г. Беляев работает над романом «Пещера дракона» и знакомится с деятельностью Института мозга, классическими трудами В.Бехтерева и И.Павлова, по просьбе Одесской киностудии переделывает в киносценарий свой рассказ «Когда погаснет свет» и готовит либретто для научно-популярного фильма «Покорение расстояний».

Рабочий день фантаста начинался довольно рано. Когда в доме все ещё спали, писатель наскоро завтракал и в мелочах продумывал композицию своей новой вещи, характеры персонажей и планируемые коллизии. Всё произведение должно было прежде всего сложиться, как мозаика, в голове, а уж затем лечь на бумагу. Когда Беляев бывал не здоров (а это случалось после 50 лет всё чаще и чаще) и вынужден был пребывать в постели, его связь с миром становились книги и газеты, письма и многочисленные посетители, а также радио.

Никто из окружающих никогда не слышал от него жалоб на тяжёлую болезнь, которая, конечно же, никуда не делась, периодически заявляя о себе. В 1940 г. Александр Романович перенёс оперативное вмешательство на почках. Он, будучи пациентом, был столь хладнокровен и мужественен, что попросил разрешение хирурга держать медсестре зеркало таким образом, чтобы видеть весь ход операции.

Великая Отечественная застала писателя чрезвычайно больным человеком. Через несколько месяцев в Пушкин вошли немецко-фашистские войска, и жизнь осложнилась донельзя. Запасы продуктов быстро таяли, семья Беляевых стала голодать. Силы писателя слабели с каждым днём, что усугублялось необычайными холодами в ту зиму. Будучи ещё не реабилитированным в полной мере после операции на почках и оставаясь в состоянии тяжело-больного пациента по основной патологии (хронический туберкулёзный процесс позвоночника), наш герой слёг, и в двадцатых числах декабря 1941 г. его не стало.

Умер ослабленный писатель от голода и холода. Великий труженик сумел, как никто другой, органично соединить в своих произведениях науку и жизнь, настоящее и грядущее, фантастику и реальность. Его имя золотыми буквами вписано в историю мировой литературы и никогда не будет стёрто из памяти человечества.

**Николай ПЕРЕСАДИН,
доктор медицинских наук,
профессор.**

**Бутурлиновский
медицинский техникум.**

Воронежская область.

Московское издательство «Нестор-История» недавно выпустило две новые книги столичного педиатра, детского гематолога и онколога, члена Союза писателей России, давнего автора «Медицинской газеты», доктора медицинских наук, профессора Василия Полякова. За книгу «Хрупкое счастье» в номинации «Проза» Василий Евгеньевич награждён дипломом литературного конкурса «Лучшая книга 2014-2016», проводимого Московской городской организацией Союза писателей России. Сегодня публикуем отрывок одной из глав этой книги.

Первая встреча 22-летней золотоволосой благоухающей души русской молодой дамы Татьяны Яковлевой с Маяковским произошла в Париже, во Франции, случайно в приёмной у доктора. Дама обратилась к врачу в связи с обострением хронического бронхита. А Маяковский банально простудился... В приёмной врача они общались очень недолго. Владимир Владимирович галантно пропустил Татьяну вперёд, но попросил подождать его, пока он выслушает советы врача. Выйдя от врача, Маяковский остановил такси и пообещал проводить Татьяну по домашнему адресу. В такси, почти ничего не зная о только что встреченной, но безумно понравившейся ему русской девушке, он признался ей в любви. Произошло это 25 октября 1928 г.

А биография русской француженки была достаточно интересной. Она родилась 7 апреля 1906 г. в Санкт-Петербурге. Отец был известным инженером и архитектором, мать свободно владела четырьмя языками, обладала изысканным вкусом и была очень красивой женщиной.

Но началась Первая мировая война, и в 1916 г. отца направили в США для закупки вооружения. А далее он пропал без вести. И с этого времени дела семьи покатились вниз. Семья испытала безденежье и нищету, голод, холод, болезни. Мать и бабушка с помощью племянника-художника перебрались во Францию, в Париж. Лишь в середине 1925 г. изможденной, истощенной, голодной, больной Татьяне удалось с помощью дяди-художника через фирму «Ситроен» получить разрешение на выезд из России во Францию для воссоединения с семьёй и лечения.

В семье сразу поняли, как девушке следует помочь. Татьяну отправили на юг Франции, где она отсыпалась, лечилась, отдыхала, отъедалась и приходила в себя. Когда девушка вернулась в Париж, она быстро влилась в привычную парижскую жизнь. Дело в том, что её дядя-художник, Александр Евгеньевич Яковлев, был успешен и известен в Париже и в кругах артистической богемы, и среди эмигрантов из России. Конечно, это облегчило знакомство с ними для Татьяны. Но и сама девушка после отдыха, лечения, нормального питания и пребывания в южной средиземноморской зоне стала чудо как хороша. Не забудьте к этому и русскую среду, где родилась,

На литературный конкурс

Василий Поляков

Русская француженка Маяковского



воспитывалась и общалась девушкой. Конечно, она предстала перед французами очень интеллигентной, знающей и воспитанной собеседницей.

Итак, Маяковский познакомился с ней в Париже, когда она непрерывно прожила в нём уже 3 года. До самого дня отъезда Маяковского в Россию они встречались ежедневно тайно от семьи Татьяны. Ходили по музеям и кинотеатрам, обедали в дешёвых бистро, чтобы не встретить кого-нибудь из уважаемых знакомых Яковлевых.

Уезжая, Маяковский оставил заказ в цветочном магазине. Каждое воскресенье Татьяна получала из него букет роз и каждый раз новое короткое стихотворение поэта. Девушка потом признавалась матери: «Это первый человек, сумевший оставить в моей душе след...»

Вернувшись в Москву, Маяковский может думать только о Татьяне. Он посылает ей телеграммы, книги, хлопочет о её семье, оставшейся в Пензе, помогает организовать выезд в Париж её сестре Людмиле. Правда, сестра сможет уехать за границу только в 1930 г.

В 1929 г. Маяковский снова приезжает во Францию и оказывается в Париже 22 февраля. Сразу при встрече со знакомыми ему в подробностях рассказывают обо всех реальных и мнимых поклонниках Татьяны. Но Маяковский настолько влюблён, что даже собирается жениться на Татьяне и перевезти её в Москву. А если Татьяна на такое не согласится, он готов остаться в Париже – лишь бы быть рядом! Внешне пара выглядела очень счастливой. В течение двух месяцев они каждый день встречались, совершали поездки к морю, не расставались ни на минуту, светились от счастья. «Он был абсолютный джентльмен ко мне, – писала Татьяна матери. – Это была сама нежность, сама любовь, само внимание. Это было что-то невероятное. Я такого никогда не видела». В Россию Маяковский уезжал в конце апреля, но все понимали, что он скоро вернёт-

ся. Возвращение планировалось в октябре этого же года. И они договорились именно в октябре окончательно решить вопрос о совместной жизни.

В Москве на Маяковского обрушилась масса дел. Проходят премьеры его пьес, огромное время занимает подготовка к персональной выставке, обширной и очень серьёзной работой оказывается издание собрания сочинений. Но каждый прожитый день начинается и заканчивается переживанием огромной любви к Татьяне. Письма ей в Париж уходят из Москвы каждый день. А ходатайство об очередной визе во Францию оказалось отвергнутым. Маяковский относится к этому как к помехе, но временной. Однако в этой ситуации он начинает нервничать.

В это время Брики знакомят его с актрисой МХАТа и женой Михаила Яншина красавицей Вероникой Полонской. От тоски, неуверенности и одиночества Маяковский начинает ухаживать за ней. А в начале октября Лиля Брик как бы случайно читает при Маяковском письмо своей сестры Эльзы Триоле, присланное из Парижа. Эльза пишет, что «Яковлева, с которой Володя познакомился в Париже и в которую ещё был по инерции влюблён, выходит замуж за какого-то, кажется, виконта, что венчается с ним в Париже, в белом платье с флёрдоранжем, что она вене себя от беспоконья, как бы Володя не узнал об этом и не учинил бы скандал, который ей может навредить и даже расстроить брак». Письмо было неправдой, потому что в начале октября о свадьбе с виконтом дю Плесси и речи не было. Но Маяковский раздавлен. Больше он в Париж не пишет.

Внезапное и категоричное прекращение прихода писем из Москвы от Маяковского с октября 1929 г. заставило Татьяну сделать вывод, что поэт её оставил. Но за Татьяной Алексеевной Яковлевой настойчиво ухаживал виконт Бертран дю Плесси, младший сын графа, представитель хотя и обедневшей, но весьма знатной семьи. Это был красивый, блестя-

ще образованный и обаятельный молодой человек, и обе семьи весьма благосклонно смотрели на их возможный союз. Дю Плесси, правда, требовали, чтобы Татьяна перешла в католическую веру. Но когда Бертран сделал предложение руки и сердца в очередной раз, Татьяна Алексеевна дала согласие и на брак, и на смену религии. Бертран не стал тянуть: 23 октября 1929 г. молодые обвенчались.

Медовый месяц Бертран и Татьяна провели в Италии, а оттуда выехали в Польшу, в Варшаву. Бертран получил пост торгового атташе во французском посольстве.

А весной 14 апреля 1930 г. Владимира Маяковского не стало. Он покончил с собой.

В Варшаве, в конце июля этого же года Татьяна Алексеевна родила дочь, которой дали пышное имя Франсин Людмила Полин Анна-Мари. Впрочем, мать с любовью к малышке чаще звала её дома на русский манер Фроськой. В Варшаве жизнь молодой семьи вертелась вокруг французского посольства. Часто бывая в нём на дипломатических, торговых и светских мероприятиях, Татьяна с удовольствием помогала жене французского посла, когда в этом возникала необходимость. В процессе тесного общения Паулина Ларош дала ей немало бесценных уроков этикета и светского общения. Взаимное тесное общение сблизило Паулину с Татьяной и сдружило их. Безупречный светский лоск, приобретённый Татьяной в Варшаве, сослужил ей хорошую службу во всей последующей жизни до самых последних дней.

Через год супруги дю Плесси вернулись в Париж. Есть сведения, что Бертран запутался в каких-то финансовых делах, хотел получить поддержку посла через тесную дружбу Татьяны с Паулиной Ларош, но жена ему отказала, считая это потерей чести, а также желая вернуться в так любимый ею Париж.

При возвращении в Париж супруги охладели друг к другу. Точнее, между ними установилось какое-то безразличие. Франсин считала, что все последующие годы отец своим поведением мстил Татьяне за разрушенную карьеру. Как бы то ни было, по возвращении в Париж супруги живут, почти не общаясь. Бертран занялся журналистикой, а Татьяна прямо в своём доме открыла шляпный салон.

Татьяна Алексеевна была поглощена светской жизнью, которая имела для неё важное значение. Она в поисках новых клиенток посещала сотни модных приёмов. Круг её общения составляли представители французской знати, богемы и русские эмигранты. Её окружали толпы мужчин, жаждущих её внимания,

расположения и любви, но непременно Татьяной отвергаемых. Однако за безупречный вкус и светские таланты она пользовалась огромным уважением везде.

К занятиям супруги Бертран относился весьма равнодушно, а круг её подруг и клиенток казался ему смешным. Муж стал изменять ей налево и направо. Однажды Татьяна вернулась с прогулки на лыжах и застала супруга в постели с другой. Такого она и представить себе не могла. Однако поостыв и поразмыслив, Татьяна не стала подавать на развод. Ради дочери она решила сохранить отца, полную семью, принадлежность дочери к знати. Но с этого момента она посчитала себя свободной от брачных клятв.

В 1938 г., отдыхая во Франции на Лазурном берегу, Татьяна познакомилась с Алексом Либерманом – журналистом и редактором одного из крупнейших французских журналов, сыном «совпеца» Семёна Либермана, бывшего российского лесопромышленника, а затем – экономического советника самого товарища Ленина. Через много лет Алекс вспоминал: «Когда Татьяна протянула мне руку, у меня буквально потемнело в глазах – настолько она показалась мне ослепительной... Когда наши пальцы соприкоснулись, нас будто ударил током». В Париж они вернулись вместе. Алекс Либерман стал постоянным гостем в доме дю Плесси, всюду появляясь вместе с Татьяной. Конечно, это вызвало неудовольствие Бертрана, и немалое.

Когда в 1939 г. началась война, Татьяна узнала, что самолёт, на котором летел Бертран, был сбит над Гибралтаром. Дочери она решила сообщить об этом только через год. А за три года до начала войны, в 1936 г., Татьяна попала в страшную аварию. Яковлева перенесла около 30 пластических операций. Врачи сделали всё, что могли, чтобы вернуть ей прежнюю красоту. Но на память об аварии осталась искорёженная кисть правой руки, правда, сохранившая подвижность, и довольно хриплый голос из-за сильных повреждений гортани.

В начале 1941 г. Алекс Либерман, Татьяна и Франсин перебираются в США. И вся дальнейшая жизнь Татьяны Алексеевны протекала в этой стране. В 1981 г. Яковлева серьёзно заболела. Врачи запретили ей длительные поездки. Вся её светская жизнь перенеслась в коннектикутское поместье Либерманов. Их русские друзья прозвали это поместье Либерманией.

Татьяна Яковлева скончалась 28 апреля 1991 г. на 86-м году жизни. Её дочь Франсин вышла замуж за художника Клива Грея и родила двух сыновей. Её творчество сделало её известной писательницей.

Москва.

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: Д. ВОЛОДАРСКИЙ, 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 редколлегия – Т. КОЗЛОВ.

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 № 17-05-00203 Тираж 23 973 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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