

# Медицинская

22 ноября 2017 г.  
среда  
№ 88 (7806)

# Газета®

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

## Тенденции

# Тройня за тройней — добрый знак!

Тем более если пополняется население села Форпост



В этом году в Астраханской области родились четыре тройни. Недавнее радостное событие случилось в семье Татьяны и Николая Павловых. Родились две девочки и мальчик. В день рождения мамы (ей исполнилось 23 года) тройняшек выписали из областной детской клинической больницы им. Н.Н.Силищевой. Губернатор Астраханской области Александр Жилкин поздравил счастливых родителей, которые отбыли к себе домой в село Форпост Володарского района.

Две девочки (2050 и 1540 г) и мальчик (1940 г) появились на свет в стенах Клинического родильного дома. Затем малышей перевели в детскую клиническую больницу им. Н.Н.Силищевой. Учитывая небольшой вес новорожденных, они находились под наблюдением

Сам губернатор прибыл на необычный праздник в больницу

опытных неонатологов, где получали всю необходимую терапию. «Дети поступили в тяжёлом состоянии, они были незрелые, с большими проблемами», — рассказала неонатолог отделения патологии новорождённых и недоношенных детей Марина Резцова. — Но сейчас всё разрешилось. На данный момент малыши в удовлетворительном состоянии, они очень хорошо набрали в весе. Двое детей — мальчик и девочка — весили более 3 кг, а другая малышка — почти 2400 г. Но она — самая шустрая и активная».

Имена для малышей Татьяна и Николай выбрали заранее: Мария, София, Иван. В семье Павловых ещё есть старший ребёнок — пятилетний сын Алексей. Он очень рад младшим сестрёнкам и братику. «Я буду с ними гулять, учить их ходить», — сказал

Лёша. Папа тройняшек к приезду малышек подготовился. «Дома сделали ремонт, установили кровати, — говорит он. — Большая семья — это хорошо. Я очень доволен».

«Вы такие замечательные, красивые, молодые мама и папа, — обратился А.Жилкин к многодетным родителям. — От лица всех астраханцев поздравляю вас с таким чудом, которое у вас свершилось, — сразу тройня. Это великое событие. Конечно, мы будем помогать вам. Я такое поручение уже дал».

А.Жилкин вручил молодой семье сертификат на 100 тыс. руб., а также подарки для детей — одежду, постельное бельё, посуду, игрушки.

Павел АЛЕКСЕЕВ.  
МИА Сити!

## Итоги

# Год здоровья: программа выполнена

В правительстве Ханты-Мансийского автономного округа — Югры под председательством губернатора Натальи Комаровой состоялось заседание, на котором были подведены предварительные итоги Года здоровья. На нём отмечено, что за 9 минувших месяцев исполнение плана мероприятий составило 99,9%.

Характерно, что внести свои идеи в план Года здоровья мог любой житель округа. Всего в адрес оргкомитета поступило порядка 100 предложений, 74 из них вошли в «дорожную карту».

В итоге в план включили около 400 различных акций. Мероприятия сверх

плана были предложены в муниципалитетах.

«Самым активным в проведении Года здоровья оказался Сургут, на втором месте — Нижневартовск, замыкает тройку лидеров Нягань», — отметила представитель общественного совета при Департаменте здравоохранения региона Наталья Олейник.

Участники совещания особо выделили масштабный проект «Красное платье», который был организован окружным кардиологическим диспансером «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии». Его цель заключалась в том, чтобы при-

влекать внимание югорчан к здоровью своих родных. В программу проекта вошли различные экспресс-обследования на наличие так называемых сердечных рисков.

Был дан старт ещё одному важному федеральному проекту — «Бережливая поликлиника». На сегодняшний день к нему подключились 10 поликлиник автономного округа.

«По итогам Года здоровья планируется достичь 60% охвата населения мероприятиями профилактической направленности. Мы ожидаем, что доля югорчан, систематически занимающихся спортом, составит более трети всего населения, а снижение числа жителей с избыточной массой тела превысит прошлогодние показатели», — добавила Н.Олейник.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Ханты-Мансийск.



Александр АВЕРЬЯНОВ,  
директор НИИ пульмонологии  
ФМБА России, профессор:

Требуется разработка новых технологий диагностики и лечения болезней органов дыхания на основе геномных и постгеномных методик и достижений регенеративной медицины.

Стр. 6

Владимир ОБОЛЕНСКИЙ,  
заведующий отделением гнойной  
хирургии городской клинической  
больницы № 13 Москвы,  
кандидат медицинских наук:

В нашей больнице за последние 5 лет доля ампутаций любого уровня при диабетической стопе снизилась практически в 3 раза.

Стр. 7



Наталья ЧЁРНАЯ,  
заведующая кафедрой  
поликлинической педиатрии  
Ярославского ГМУ, профессор:

Диспансеризация несовершеннолетних в том виде, в каком она проводится сейчас, ни в коей мере не оправдывает тех финансовых затрат, которые на неё выделяются.

Стр. 10-11

## Из первых уст

# Онкология названа приоритетом

Заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец призвала российских онкологов улучшить ситуацию с выживанием онкологических больных.

«По смертности злокачественные опухоли устойчиво занимают второе место в нашей стране... Профессиональному сообществу надо найти ту программу, которая в осязаемый период времени выведет нас на достойные показатели излечиваемости по онкологическим заболеваниям», — заявила О.Голодец на XXI российском онкологическом конгрессе.

В России ежегодно умирают около 300 тыс. человек по причине новообразований. «У нас есть доктора, лекарства, оборудование. Всё находится в ваших руках», — считает О.Голодец.

По её словам, очень важно, что Минздрав России недавно утвердил новый приказ, который установил предельные сроки начала лечения. «Мы сталкивались с ситуацией, когда после постановки диагноза проходит месяц-два, и непонятно, где больной находится. Должна быть точно прописана ответственность всех докторов после того, как установлен диагноз, — как человек проходит лечение, какие лекарства ему прописываются, — подчеркнула вице-премьер. — Сейчас создаётся реестр онкологических больных, я прошу сделать всё, чтобы он заработал как можно скорее. Онкология с точки зрения населения — одно из самых тяжёлых заболеваний. Поэтому приоритет выделения средств и закрепления финансов за такими больными должен быть безусловным».

Алексей ПИМШИН.

**МЕДИЦИНСКАЯ  
МЕТРОЛОГИЯ**

Объединение  
«Медицинская метрология»  
приглашает Вас посетить  
наш стенд на выставке  
«Здравоохранение-2017»  
4-8 декабря 2017 г

Москва, Краснопресненская набережная, д.14, ЦВК «Экспоцентр»  
Наш стенд: павильон 2, зал 2, стенд 22D50

## Новости

## Яркий юбилей врача

В городском совете ветеранов города Ирбит было проведено чествование ветерана Великой Отечественной войны врача Лидии Герман. Повод весьма солидный – 95 лет со дня рождения. Лидия Александровна служила врачом полка, была капитаном медслужбы. Персональное поздравление было прислано в адрес Л.Герман от Президента РФ В.Путина в рамках проведения патриотической акции «Я гражданин России». В нём, в частности, сказано: «Вы выстояли в годину тяжёлых испытаний, сохранили веру в правое дело, в добро и справедливость. Вы всю свою жизнь связали с медициной, спасали жизнь в годы Великой Отечественной войны офицеров и солдат, а в мирное время – детские жизни. Желаю вам здоровья, благополучия, и всего самого наилучшего».

Очень приятно было Л.Герман читать письма от коллег, которые благодарили за благородный труд, за большой вклад в дело охраны здоровья детского населения Ирбита, за чуткость и тепло души. Они желали доктору-ветерану здоровья, оптимизма, заботы и любви близких людей, неугасающего интереса к жизни, счастья и семейного благополучия.

Александр ЗДОРОВ.

Свердловская область.

Простудные вирусы  
«витают» в воздухе

Прииртышье, как и другие регионы России, всё больше «затягивает» эпидемический сезон заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями, характерными для этого времени года. Как сообщили в территориальном Управлении Роспотребнадзора, только за недавнюю неделю зарегистрировано почти 8 тыс. случаев заболевания ОРВИ. Впрочем, пока эта цифра остаётся на 10,3% ниже эпидемического порога. По данным лабораторного мониторинга циркуляции респираторных вирусов, заболеваемость среди омичей обусловлена негриппозными возбудителями: рино-, метапневмо- и коронавирусами, а также респираторно-синцитиальным и вирусами парагриппа. «Посланцы» гриппа на территории области не отмечены.

Тем временем в регионе продолжается массовая вакцинация населения против гриппа. Общее число привитых в рамках Национального календаря прививок в настоящее время составляет более 500 тыс. человек, в том числе взрослых – 260 тыс. (49,1% от числа подлежащих) и 250 тыс. детей (100% от числа подлежащих).

Эпидемиологическая ситуация по ОРВИ и организация вакцинации населения против гриппа находится на постоянном контроле Управления Роспотребнадзора. Кроме того, в Центре гигиены и эпидемиологии в Омской области организована телефонная горячая линия, позвонив на которую омичи могут задать специалистам любой вопрос, касающийся профилактики ОРВИ и гриппа, а также прививок против гриппа.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

В награду лучшим —  
«Золотая астра»

Успешно справились со всеми испытаниями, ответив на все вопросы и продемонстрировав палитру педагогических технологий, победители и призёры конкурса мастерства «Золотая астра» 2017 г. преподавателей средних медицинских учебных учреждений Департамента здравоохранения Москвы.

Торжественная церемония награждения лучших прошла в столичном медицинском колледже № 2, где им были вручены награды – статуэтки «Золотая астра», почётные грамоты и благодарности руководителя департамента, памятные дипломы.

В номинации «Лучший преподаватель» первенствовал преподаватель медицинского колледжа № 7 Валерий Евтушенко, второе место присуждено преподавателю медицинского колледжа № 5 Лидии Андреевой, третье – преподавателю Свято-Димитриевского училища сестёр милосердия Валентине Бондаренко.

«Лучший классный руководитель» – в этой номинации победила преподаватель медицинского колледжа № 7 Юлия Гуляева, на втором месте преподаватель медицинского колледжа № 5 – Семён Рофе, на третьем – преподаватель медицинского колледжа № 2 Елена Копылова.

Заведующая производственной практикой Медицинского колледжа № 5 Лариса Гузякова победила в номинации «Лучший организатор образовательного процесса», на втором месте – социальный педагог медицинского колледжа № 2 Анжелика Немовскова, на третьем – заместитель директора по воспитательной работе медицинского колледжа № 6 Людмила Вакорина.

Городской конкурс педагогического мастерства среди преподавателей средних медицинских учебных учреждений Департамента здравоохранения Москвы проходит в столице уже в девятый раз.

«Благодаря профессионализму преподавателей столичное здравоохранение получает хорошо подготовленных специалистов среднего звена, – сказал первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Татьяна Мухтасарова. – Ежегодно в наших медицинских колледжах проходят обучение свыше 10 тыс. студентов. В 2017 г. более 70% выпускников трудоустроились в медицинские организации государственной системы здравоохранения столицы. Поэтому мы и в дальнейшем будем делать всё возможное для повышения статуса преподавателя этих учреждений. А лучших всегда ожидает заслуженная награда как от своих учеников, так и от профессионального сообщества».

Анастасия ЩЕГЛОВА.

Москва.

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

## Сотрудничество

Увиденное  
очень впечатлило...

Академик РАН Михаил Давыдов о визите в Грозный



М.Давыдов (в центре) во время встречи с коллегами

Специалисты Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина Минздрава России побывали в Чеченском республиканском онкологическом диспансере в Грозном.

Директор центра, главный онколог Минздрава России, академик РАН Михаил Давыдов, заместитель

директора НИИ Детской онкологии и гематологии, главный детский онколог Министерства здравоохранения РФ, академик РАН Владимир Поляков и старший научный сотрудник проктологического отделения НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, доктор медицинских наук Вячеслав Алиев ознакомились с работой диспансера, проконсультировали несколько сложных

Принципы и алгоритм работы диспансера такие же, как во всех цивилизованных странах. Уверен, при дальнейшей работе по обеспечению кадрами соответствующего уровня это будет примерное учреждение онкологического профиля в нашей стране.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## Перемены

С учётом высоких  
стандартовВ Ульяновской области начал работать первый  
Центр охраны женского здоровья

Ранее жительницы Засвияжского района обслуживались в стеснённых условиях женской консультации городской поликлиники № 4, которая была перегружена более чем в 1,5 раза. Теперь эти функции возьмёт на себя новый центр и тем самым значительно разгрузит учреждение.

Для создания нового подразделения областной системы здравоохранения были проведены строительно-ремонтные работы, закуплено новое дорогостоящее медицинское оборудование, в том числе фетальные мониторы, кольпоскопы, аппарат УЗИ экспертного класса. Все рабочие места оснащены современной компьютерной техникой. Также проведено благоустройство территории, обустроена детская игровая площадка. На эти цели направлено более 45 млн руб.

«Этот центр создан с учётом стандартов «Бережливая поликлиника» и «Доступная среда». Десятки тысяч женщин смогут получать здесь качественную помощь. В данном учреждении будут работать хорошие врачи на современном оборудовании», – заявил губернатор Сергей Морозов. По его словам, в этом году в Ульяновске откроется ещё один центр охраны женского

здоровья – в Железнодорожном районе. Кроме того, на базе городской клинической больницы №1 в Заволжском районе создаётся полноценный центр охраны здоровья матери и ребёнка.

«Необходимо, чтобы и условия пребывания врачей и пациентов, и качество обслуживания соответствовали самому высокому уровню. У нас уже есть такой положительный опыт в детских поликлиниках, теперь он должен распространяться на женские консультации и стационары. Таким образом, поэтапно мы приведём к единому стандарту все лечебные учреждения региона», – уверен глава области.

Центр охраны женского здоровья рассчитан на 500 посещений в смену. В структуру нового учреждения вошли женская консультация, дневной стационар, центр кризисной беременности и лаборатория, кабинеты УЗИ и функциональной диагностики, малая операционная, процедурный кабинет, колл-центр, картохранилище.

«Здесь созданы максимально комфортные условия как для работников, так и для посетителей. Центр охраны здоровья женщин укомплектован медицинскими кадрами на 100%. Приём пациентов будут вести опытные акушеры-гинекологи, терапевты, психологи и другие

специалисты. Все они прошли обучение на сертификационных циклах», – подчеркнула и.о. главного врача городской поликлиники № 4 Марина Гордеева.

Она отметила, что в центре также будут организованы специализированные приёмы по невынашиванию беременности, гинекологической эндокринологии, патологии шейки матки, охране репродуктивного здоровья, бесплодия. По просьбе пациенток предусмотрена возможность совместного пребывания с детьми, оборудованы места для кормления и пеленания, игровая площадка, телевизор с демонстрацией отечественных мультфильмов и профилактических роликов.

«Таким образом, открытие центра позволит повысить качество оказания медицинской помощи пациенткам гинекологического профиля и беременным женщинам, а также снизить перинатальную и младенческую смертность, осуществлять прегравидарную подготовку супружеских пар, увеличить показатели раннего взятия на учёт по беременности, снизить уровень преждевременных родов и количество медицинских аборт», – считает М.Гордеева.

Виктория ГУРСКАЯ,  
вншт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Официально

## Научный совет Минздрава обобщает и прогнозирует

**Заседание Научного совета Министерства здравоохранения РФ было посвящено вопросам деятельности сети национальных медицинских исследовательских центров, которая была организована приказом Минздрава в сентябре этого года.**

«С 2018 г. такие центры, которых насчитывается 20 по всей стране, официально получат субсидии на выполнение организационно-методических и научно-методических функций по соответствующим медицинским профилям, и это ресурс финансовый, который должен покрыть деятельность научно-методических отделов в каждом из центров, направленную

и на обновление нормативной и информационной документации, и организацию телемедицинского взаимодействия, и выездной аудит в медицинские организации в регионах с целью совершенствования оказания медицинской помощи населению», – подчеркнула министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

На заседании Научного совета также обсудили ход выполнения поручения Президента РФ по обеспечению включения в программы фундаментальных научных исследований в Российской Федерации на долгосрочный период осуществления научных исследований в области охраны здоровья детей, в том числе по вопросам профи-

лактики инвалидности. Также была обсуждена проблема наследуемых генно-инженерных изменений, в том числе генно-инженерных модификаций эмбриона человека. Эксперты доложили министру об основных проблемах по данным направлениям, а также наметили возможные пути их решения.

В заседании совета также приняли участие заместитель министра Сергей Краевой, ректоры федеральных медицинских образовательных учреждений, главные специалисты Минздрава России и специалисты-эксперты.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

МИА Сити!

100 строк на размышление

## Коррупция – она везде коррупция

**Коррупция в медицине становится нормой, здравоохранение сегодня – одна из самых коррумпированных сфер, утверждает в отчете эксперта Организации Объединённых Наций, спецдокладчика по праву на здоровье Дайноса Пураса, который он недавно представил на рассмотрение членов Генеральной Ассамблеи ООН.**

Такая ситуация, по мнению эксперта, лишает права на здравоохранение самых уязвимых граждан, особенно детей и представителей бедных слоев. К тому же, кроме коррупции как таковой, всё более привычными становятся нарушения принципов врачебной этики и социальной справедливости, отсутствие прозрачности и низкий уровень качества медицинской помощи, констатирует доктор Пурас.

А насколько коррумпированной сферой является здравоохранение в нашей стране? Ответ на этот вопрос даёт Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ), обнародовавший недавно оценки россиян, сравнительный рейтинг коррумпированности сотрудников тех или иных сфер деятельности.

Так вот, по результатам исследования социологов, медицина получила первенство сразу в двух «номинациях» весьма сомнительного характера. Во-первых, из-за максимально высокого уровня обвинений в коррумпированности – 27%, а во-вторых, из-за резкой динамики роста этого показателя. Если в 2006 г. он составлял 11%, в 2016 г. – 21%, то в этом году подскочил ещё на треть.

Коррупцию в ГИБДД, кстати, отметили в рамках опроса ВЦИОМ 23% респондентов (в полиции – 16%), в ЖКХ – 22%, в судебной системе – 18%.

Конечно, как и в других сферах, в здравоохранении коррупция различна. Одно дело – взятка и прямое вымогательство денег, и, согласитесь, совсем другое – цветы или конфеты в благодарность врачу. Налоги с них платить не надо, вот и выбирают заболевшие граждане этот путь вместо того, чтобы обратиться в частную клинику и раскошелиться, как говорится, на всю катушку. А потом сами же жалуются на высокую коррумпированность госмедицины...

Другое дело, скажем, «откаты» врачам от фармацевтических компаний за назначение больным более дорогих лекарств. Хотя, надо

отдать должное, Минздрав России, у которого есть выверенная программа борьбы с коррупцией как в региональных, так и федеральных учреждениях, не прекращает попыток прекратить подобную практику вплоть до полного запрета назначения лекарственных препаратов с фирменными, а не международными названиями.

Так можно ли искоренить коррупцию в отделе взяток здравоохранения?

Права, думается, всё же министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. «На самом деле это проблема не только для медицины, – справедливо заметила она, отвечая в Госдуме РФ на жалобу депутата от ЛДПР о медицинском персонале, делающем намёки больным на оплату услуг для приёма без очереди. – Медицина – это микромир, который отражает макромир».

Посему и уместно ещё раз вспомнить тот же рейтинг ВЦИОМ: 20% опрошенных социологами респондентов, каждый пятый (!), считает коррумпированным всё наше общество в целом! Начнём, быть может, прежде всего с себя?

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

Перспективы

## Единая оценка качества преподавания

**Эксперты Общероссийского народного фронта предлагают выработать профессиональный стандарт преподавателя медицинского вуза и разработать систему оценки качества преподавания. На базе ОНФ будет создана комиссия по разработке единой системы оценки качества преподавания в медицинских учебных заведениях, в которую войдут ректоры вузов и врачи-практики.**

Организация системы профессиональной ориентации со школьной скамьи, усиление отбора молодых людей при поступлении в медицинский вуз, практико-ориентированное обучение студентов-медиков и непрерывное повышение квалификации преподавателей – всё это позволит качественно повысить уровень подготовки выпускников медвузов. К таким выводам пришли эксперты ОНФ.

«Главная задача всего медицинского сообщества – найти рациональные пути, чтобы улучшить качество подготовки медицинских кадров, – сказал член Центрального штаба ОНФ, директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Леонид Рошаль. – Для овладения студентами-медиками практическими навыками необходимо увеличение количества практических занятий, для качественного обучения – повышение квалификации врачей. Срочного улучшения требует материально-техническая база вузов. Кроме того, нужно разработать комплекс мер, направленный как на мотивирование преподавателей в обучении студентов, так и на самих студентов. Также считаю, что для решения кадрового вопроса необходимо ввести распределение выпускников, обучающихся за государственный счёт, в практическое здравоохранение. Представленные предложения по улучшению высшего медицинского образования будут направлены в соответствующие органы исполнительной власти».

Эксперты ОНФ отметили, что для полноценного практико-ориентированного образования нужно, чтобы при каждом медвузе была

собственная клиника, где студенты смогут получать медицинский опыт без отрыва от обучения. Например, в Сибирском государственном медицинском университете организована клиника на 600 коек, кроме того, учреждение постоянно дежурит по линии скорой медицинской помощи. Это значит, что студенты практически ежедневно выполняют работу врача, осваивают новые навыки.

Для улучшения качества обучения эксперты предлагают выработать профессиональный стандарт преподавателя медицинского вуза и разработать систему оценки качества преподавания. «Аккредитация преподавателя – гарантия качества работы педагога. Для повышения уровня образования необходимо разработать единую программу повышения квалификации преподавателей медицинских вузов. Если мы не получим качественно нового преподавателя, то не получим качественной подготовки. Считаем, что нужно по аналогии с непрерывным образованием для медработников разработать подобную систему и для преподавателей медвузов», – подчеркнул первый проректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Андрей Свистунов.

Эксперты приняли решение создать на базе ОНФ комиссию по разработке единой системы оценки качества преподавания в медицинских учебных заведениях, в которую войдут ректоры вузов и врачи-практики.

Напомним, по данным опроса, проведённого ОНФ в октябре среди более 3 тыс. медиков в 84 регионах, 77% врачей оказались недовольны уровнем подготовки молодых специалистов, приступивших к работе сразу после окончания медицинских учебных заведений. Для улучшения качества подготовки будущих врачей медицинские специалисты отметили необходимость вовлечения учащихся в практическую деятельность, улучшение материально-технической базы вузов и повышение квалификации преподавателей.

Андрей ДЫМОВ.

Дословно

## ФАС против свободных цен



**В Правительстве РФ обсуждается вопрос об отказе от регулирования цен на жизненно важные препараты стоимостью до 50 руб.**

«Да, это обсуждается, – ответил глава ФАС России Игорь Артемьев на соответствующий вопрос информантов, но при этом отметил, что антимонопольное ведомство придерживается другого мнения. – Думаю, что так не будет, это достаточно неосторожно в нынешних условиях полностью отпускать цены. Просто мы должны в достаточной степени проиндексировать потолок».

Глава ФАС привёл в пример препараты, которые стоили дешевле 10 руб.

«Я думаю, правильным было бы решение, если для всех этих препаратов, которые стоили дешевле 10 руб., потолок поднять до 50 руб. Потому что наши тоже умельцы – если просто отпустить цены, то они завтра будут стоить 100 руб. и больше. Потолок в 50 руб. достаточен. Девальвация была двукратная, поэтому, если твой препарат стоил 10 руб., он предположительно должен стоить около 20, если ты покупаешь иностранное сырьё», – пояснил он.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Подписка-2018

## Идёт подписная кампания



Уважаемые читатели!

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

Подписные индексы:

**42797** – на год;

**32289** – на полугодие;

**50075** – на месяц.

Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: [mg.podpiska@mail.ru](mailto:mg.podpiska@mail.ru) или по почте: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

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

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

**Здравоохранение Москвы улучшит в 2018-2020 гг. новое подкрепление. Прирост расходов на столичное здравоохранение по сравнению с прошлым годом составит в 2018 более 13%. До 2020 г. будет открыто 27 новых поликлиник, 18 больничных корпусов и 7 подстанций скорой помощи. Такие цифры прозвучали на заседании комиссии Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья, рассмотревшем проект городского бюджета на 2018-2020 гг.**

### Цифры роста обнадёживают

Депутаты поддержали законопроект и рекомендовали его к принятию, поскольку он, по их мнению, открывает большие возможности для развития столичного здравоохранения. Это, как говорится, с цифрами в руках обосновал заместитель руководителя Департамента финансов Москвы Александр Дукачёв. Отрасль финансируется за счёт двух основных источников, напомнил он, – средств бюджета города и Федерального фонда обязательного медицинского страхования. «Финансовое обеспечение госпрограммы столичного здравоохранения из средств городского бюджета в 2018-2020 гг. планируется в объёме 715,3 млрд руб., в том числе 251,2 млрд в 2018 г. Индекс прироста – 15,4 млрд руб. к уровню 2017 г. Объём субвенций из бюджета ФФОМС на предстоящие 3 года составит 641,2 млрд руб., в том числе в 2018 г. – 205,9 млрд, с увеличением на 25,3%, или на 41,5 млрд руб.», – сообщил чиновник.

Говоря о мероприятиях государственной программы «Развитие здравоохранения Москвы (Столичное здравоохранение)», А.Дукачёв отметил, что полностью сохранены объёмы средств на предоставление мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения и специализированным лечебным питанием льготных категорий граждан. На эти цели предусматривается 26,3 млрд руб. ежегодно.

Что касается оказания высокотехнологичной медицинской помощи, то в бюджете запланировано

### Акценты

# Москвичи стремятся к здоровой жизни

## К этому их стимулирует и развитие медицины



Таковыми новостройками в системе здравоохранения Москвы сегодня никого не удивить

более 8 млрд руб. ежегодно – это в 1,5 раза больше выделенных на эти цели средств в 2017 г. А ассигнования на неонатальный скрининг в 2018 г. будут увеличены в 1,7 раза. Теперь обследование новорождённых москвичей будет осуществляться на наличие 10 заболеваний, а не 5, как было ранее.

На развитие и укрепление материально-технической базы медицинских учреждений столицы в 2018 г. выделяется 16,2 млрд руб.

### Plus достойная оплата за труд

Предусмотрена проектом городского бюджета на 2018-2020 гг. и ежемесячная допол-

нительная выплата отдельным категориям врачей и среднему медицинскому персоналу городских поликлиник и больниц. На эти цели заложено 9,2 млрд руб. ежегодно.

Ассигнования на осуществление таких доплат – от 10 до 25 тыс. руб. в месяц, уточнила председатель Комиссии Московской городской Думы по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова. «Доплату врачи получают за работу с хроническими больными, за подготовку на врача общей практики, за статус «Московский врач» и результаты работы поликлиники в целом, – уточнила она. – Главное – работать хорошо. В целом в бюджет заложены средства для роста зарплат

врачей до 40%, а финансирование системы здравоохранения Москвы увеличивается на 65 млрд руб.»

«Отдельно хотелось бы отметить, что 5,2 млрд в бюджете предусмотрены на повышение заработной платы в учреждениях, которые не работают в системе ОМС. Это такие направления, как психиатрия, наркология, фтизиатрия», – отметил заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Валерий Павлов.

«Бюджет, который мы обсуждали, позволяет не просто платить среднюю заработную плату, но и увеличивать медикам оклады. Очень важно, что выросла и базовая часть. При формировании программы субсидирования учитывались пожелания медицинских

работников. Проект бюджета, безусловно, поддерживаю», – заявила член комиссии Вера Шастина.

«Представленные цифры говорят сами за себя. Думаю, что ни один город России не может похвалиться таким социально ориентированным бюджетом», – поддержала депутата-единоросса другой член комиссии Ирина Назарова.

А её соратник по объединению Ольга Шаропова обратила внимание коллег на то, что «средняя оплата труда у врачей уже достигла 114 тыс.!» «Сегодня очередь в больницы стоит для того, чтобы устроиться на работу. Это здорово, что у Москвы есть такая возможность достойно оплачивать труд медицинских работников», – считает депутат.

### Кстати

Как сообщил на заседании правительства Москвы заместитель мэра столицы по вопросам градостроительной политики и строительства Марат Хуснуллин, «за 3 года в Москве появится 62 объекта здравоохранения. За счёт бюджета планируется построить 52. Ещё 10 будут построены за счёт привлечённых средств инвесторов. Завершится также реконструкция 7».

По словам заместителя мэра, в планах на этот же период сдача таких крупных новостроек, как первая очередь больницы с родильным домом в посёлке Коммунарка на 600 коек, перинатально-кардиологический корпус на 330 коек в городской клинической больнице № 67 по улице Салая Адила, два лечебных корпуса на 500 коек на территории городской клинической больницы № 1 им. Н.И.Пирогова.

Глава стройкомплекса столицы сообщил также, что уже до конца 2017 г. строители должны завершить первую очередь международного медицинского кластера на территории «Сколково» – диагностический корпус общей площадью 10 тыс. м<sup>2</sup>, для развития которого уже привлечены иностранные инвестиции. Взятый столичными властями курс на здоровую Москву реализуется на глазах...

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

### Ориентуры

**В течение 2 дней ведущие врачи клинического медико-хирургического центра (КМХЦ) Министерства здравоохранения Омской области вели консультативный приём в поликлинике Тарской центральной районной больницы, стремясь отобрать на плановые хирургические операции самых «сложных» пациентов.**

Старинный северный городок Тара с населением немногим более 28 тыс. человек, известный многим как «малая Родина» народного артиста СССР Михаила Ульянова, расположен на левом берегу Иртыша в 302 км от Омска. Разумеется, далеко не у всех тарчан есть возможность (силы, время, деньги, транспорт), чтобы попасть к лучшим врачам областного клиник. Конечно, в Тарской ЦРБ, которая выполняет функцию межрайонного многопрофильного центра, есть все узкие специалисты. И в этом мог убедиться в ходе недавней рабочей поездки в Тару Александр Бурков, назначенный Владимиром Путиным временно исполняющим обязанности губернатора области. В больнице, где несколько лет назад была проведена серьёзная реструктуризация коечного фонда, имеется современная медицинская аппаратура и выполняются высокотехнологичные операции, здесь же самая крупная поликлиника в северной климатической зоне Прииртышья, рассчитанная на 800 посещений в смену.

Однако уже восьмой год подряд врачи КМХЦ выезжают в Тару и

# Врачебный «десант»

## Бригада хирургов забирает пациентов из глубинки

ряд других северных районов для консультирования местного населения, для повышения качества и доступности медицинской помощи жителям отдалённых территорий.

– Мы понимаем, как непросто жителям северных районов добраться до города, – рассказал главный врач КМХЦ Вадим Бережной. – Поэтому стараемся сделать высокотехнологичную помощь максимально доступной. Конечно, в этой работе не обойтись без тесного сотрудничества с местными лечебными учреждениями, и мне приятно отметить, что руководство центральных районных больниц открыто к диалогу.

Клинический медико-хирургический центр – это мощный современный многопрофильный медицинский центр европейского уровня с концентрацией высококлассных специалистов и современным оснащением. Основные направления работы: травматология (ортопедия), хирургия, вертебрология (спинальная травма), гинекология и урология. Техническое оснащение центра и квалификация врачей, которые в полной мере владеют современными методиками диагностики и лечения заболеваний, позволяют

проводить органосохраняющее и максимально щадящее лечение.

Нынешний врачебный «десант» в Тару (а всего в этом году организовано уже 7 выездов врачебных бригад в районы области) был не совсем обычным. Если раньше бригаду по максимуму укомплектовывали узкими специалистами (невролог, оториноларинголог, офтальмолог, травматолог и т.д.), то сейчас среди «врачей на выезд» оказались 4 опытных хирурга, из них 3 – заведующие отделениями. Разумеется жители Тары и близлежащих сёл и деревень, узнав о том, что к ним едут высококлассные хирурги из Омска, поспешили в поликлинику.

Тщательно осматривал, изучал анализы и результаты УЗИ, отбирая «своих» пациентов, заведующий урологическим отделением, член Европейской ассоциации урологов, «Лучший врач года-2015» в номинации «Лучший врач-уролог», кандидат медицинских наук Евгений Репин, который внедрил в КМХЦ современные операции «без разреза» при аденоме простаты и новые виды лечения мочекаменной болезни.

Немало желающих было попасть и к хирургу Дмитрию Некрасову,

исполняющему обязанности заведующего хирургическим отделением № 1, где врачи успешно выполняют современные операции при желчнокаменной болезни и её осложнениях, полипах желчного пузыря, грыжах (с использованием современных сетчатых укрепляющих имплантатов), варикозной болезни вен на ногах. Врачами отделения освоено и с успехом применяется пункционное лечение поджелудочной железы и кист печени под контролем аппарата УЗИ. Заведующий гинекологическим отделением Андрей Толстобров давно известен среди женской половины как мастер щадящих лапароскопических операций (они выполняются без разреза, через небольшие проколы). Андрей Олегович специализируется на хирургии матки и придатков, успешно работает по проблеме доброкачественных опухолей и опущению женских половых органов.

Возглавлял этот хирургический «десант» врач высшей квалификации, торакальный хирург, кандидат медицинских наук Илья Зятков, в прошлом – хирург санитарной авиации. С лёгкой руки Илья Николаевича в КМХЦ был создан

центр хирургии органов грудной клетки и пищевода, а лечение пациентов с заболеваниями лёгких и плевры, диафрагмы, пищевода, трахеи, доброкачественных опухолей средостения, заболеваний и последствий травм рёбер и грудины стало приоритетным в торакальной хирургии. Больше 70% операций здесь выполняются малотравматичными способами.

– В Таре 2 дня мы с коллегами поработали очень плотно и продуктивно, – поделился И.Зятков. – На приёмах побывали 267 человек. После осмотра и бесед с пациентами были отобраны на плановую госпитализацию в КМХЦ 85 человек. Люди шли к нам с желанием наконец-то разобраться со своим недугом, с надеждой на то, что мы подскажем, как правильно решить проблему, как лечить заболевание в условиях стационара, какая операция предстоит и насколько она позволит улучшить здоровье и качество жизни. Нет сомнений, что такие выезды в глубинку – дело нужное и полезное.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

Организаторами этой представительной встречи стали Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М.Бербекова (КБГУ), Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения Москвы. Аудитории КБГУ на 2 дня стали площадкой эффективного диалога и местом встречи специалистов по детской нейрохирургии и хирургии республик Северного Кавказа с их столичными коллегами.

Первая Северо-Кавказская школа-семинар по детской хирургии и нейрохирургии в 2009 г. собрала более 200 слушателей. На нынешнюю зарегистрировались около 350 участников. За это время стремительное внедрение новых технологий в медицинскую науку привели к значимым изменениям в подходах к лечению различных заболеваний, в том числе и у детей. Ведущие специалисты РФ в области детской хирургии, нейрохирургии, педиатрии, нейрореабилитации объединились с целью поделиться опытом диагностики, лечения и реабилитации сочетанной травмы и хирургии поврежденных, черепно-мозговой травмы и нейрохирургических заболеваний у детей, показать преимущества мультидисциплинарного подхода. Участники школы приветствовали ректор КБГУ профессор Юрий Альтудов и министр здравоохранения республики Светлана Расторгуева.

Научная программа двухдневной школы открылась лекцией директора НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения Москвы, руководителя отдела гнойной хирургии Валерия Митиша «Специализированная помощь детям при катастрофах и войнах». После землетрясения в Армении в 1988 г. Леонидом Рощалем был создан Международный благотворительный общественный фонд помощи детям при катастрофах и войнах, финансирующий поездки хирургов. Помощь оказывается как в неповрежденных стационарах, так и в полевых военных госпиталях. Последней поездкой была на Гаити, где пострадало более 4 тыс. детей. Для лечения инфицированных ран применяются мази на полиэтиленгликолевой основе (VAC-терапия), а также методы пластического закрытия ран и замещения раневого дефекта. С собой хирурги возят аппарат Илизарова для дозированного тканевого растяжения, используется гипербарическая оксигенация и вакуум-терапия пролежней.

Затем выступил главный детский нейрохирург Минздрава России профессор Сергей Горелышев (Национальный медицинский исследо-

вательский центр нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко), обрисовавший состояние детской нейрохирургии в масштабах страны. В министерстве имеется комиссия по детской нейрохирургии, куда входят детские нейрохирурги федеральных округов (8 человек) и главные детские нейрохирурги субъектов РФ (85 человек). Помощь детям с нейрохирургической патологией оказывается в 105 отделениях –

Программа школы была построена таким образом, что в первый день преимущественно обсуждали вопросы детской нейрохирургии, а во второй – детской хирургии. Черепно-мозговая травма является наиболее распространенной нейрохирургической патологией, которая рассматривалась на отдельной сессии. Руководитель отдела лучевых методов диагностики Научно-исследовательского инсти-

тута неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ) доктор медицинских наук Толибджон Ахадов рассказал о возможностях магнитно-резонансной томографии при тяжелой ЧМТ. Руководитель отдела нейрохирургии и травматологии этого же института, главный детский нейрохирург Москвы и ЦФО Жанна Семёнова познакомила аудиторию с современными рекомендациями лечения тяжелой ЧМТ у детей.

Она также провела два практических семинара. Первый был посвящен технике декомпрессивной краниэктомии и реконструкции свода черепа. На специальных мультимедийных презентациях с использованием самого современного силового оборудования нейрохирурги отработывали технику операции. Второй мастер-класс был посвящен не менее важной проблеме – диагностике внутричерепных гематом. Обсуждалась информативность новых современных диагностических средств, в том числе и на догоспитальном этапе.

## Итоги и прогнозы

# Объединились у подножия Эльбруса

В Нальчике состоялась третья Северо-Кавказская школа-семинар «Актуальные вопросы детской хирургии и нейрохирургии – 2017»



Слева направо: заведующий кафедрой детских болезней, акушерства и гинекологии профессор Р.Жетешев (КБГУ); С.Расторгуева; декан медицинского факультета КБГУ, заведующий кафедрой факультетской и эндоскопической хирургии, профессор И.Мизиев; Ю.Альтудов

65 детских и 40 взрослых. При этом в 55 регионах РФ детские нейрохирургические отделения отсутствуют. Особое внимание в докладе было уделено Северо-Кавказскому федеральному округу. Именно состоянию детской нейрохирургической службы в регионе было посвящено специальное заседание, на котором выступили главные специалисты. Профессор С.Горелышев также посетил хирургическое отделение детской областной больницы и нейрохирургическое отделение республиканской больницы.

Программа школы была построена таким образом, что в первый день преимущественно обсуждали вопросы детской нейрохирургии, а во второй – детской хирургии. Черепно-мозговая травма является наиболее распространенной нейрохирургической патологией, которая рассматривалась на отдельной сессии. Руководитель отдела лучевых методов диагностики Научно-исследовательского инсти-

тута неотложной детской хирургии и травматологии (НИИ НДХиТ) доктор медицинских наук Толибджон Ахадов рассказал о возможностях магнитно-резонансной томографии при тяжелой ЧМТ. Руководитель отдела нейрохирургии и травматологии этого же института, главный детский нейрохирург Москвы и ЦФО Жанна Семёнова познакомила аудиторию с современными рекомендациями лечения тяжелой ЧМТ у детей.

Она также провела два практических семинара. Первый был посвящен технике декомпрессивной краниэктомии и реконструкции свода черепа. На специальных мультимедийных презентациях с использованием самого современного силового оборудования нейрохирурги отработывали технику операции. Второй мастер-класс был посвящен не менее важной проблеме – диагностике внутричерепных гематом. Обсуждалась информативность новых современных диагностических средств, в том числе и на догоспитальном этапе.

На сессии по нейроонкологии С.Горелышев рассказал о нейроэндоскопической ассистенции при удалении мозговых опухолей у детей. Сложностям и ошибкам диагностики нейрохирургических заболеваний у детей был посвящен доклад кандидата медицинских наук Елены Хухлаевой из НМИЦН им. Н.Н.Бурденко. Профессор Вильям Хачатрян (Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург) рассказал о хирургии задней черепной ямки в детском возрасте. О современной тактике лечения фармакорезистентной эпилепсии и фиксированного спинного мозга он сообщил на сессии по функциональной нейрохирургии и нейроэндоскопии.

Второй день школы был посвящен преимущественно детской

хирургического вмешательства должен быть необходимым и достаточным», – подчеркнула О.Карасёва. В период клинической стабилизации выполняются реконструктивные операции. Т.Ахадов рассказал о КТ-диагностике при абдоминальной травме.

На секции по скелетной травме сотрудники НИИ НДХиТ кандидаты медицинских наук Сергей Никишов и Наталья Серова выступили с докладами о лечении детей с переломами костей таза, ключицы и внутрисуставными переломами.

На секции по лапароскопии О.Карасёва осветила роль этого метода в неотложной хирургии, а доктор медицинских наук Мадина Чундокова (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова) рассказала об эндоскопии в лечении гинекологических заболеваний у девочек.

В рамках школы состоялся конкурс студенческих работ, в жюри которого входили столичные доктора. Наконец, нельзя не упомянуть о кавказском гостеприимстве и великолепной экскурсионной программе. Приглашенные лекторы побывали на термальных источниках, у подножия Эльбруса, на Голубых озёрах и в Чегемском ущелье, где ещё раз убедились, что эта прекрасная земля должна иметь хорошую медицину. Проведение подобных школ помогает приблизить достижение поставленной цели.

**Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.**  
Нальчик – Москва.

## Профилактика

В одном из барнаульских торгово-развлекательных центров по инициативе Министерства здравоохранения Алтайского края, краевого центра медицинской профилактики и Алтайского государственного медицинского университета прошла информационно-просветительская акция, посвящённая профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и инсульта.

– Возраст больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в последнее время помолодел – инфаркты и инсульты возникают у 25-30-летних жителей края. Для того чтобы ситуация изменилась в лучшую сторону, необходимо обучить население профилактическим мероприятиям, поскольку большая часть факторов риска может контролироваться самостоятельно самими гражданами, – объясняла посетителям врач краевого центра медицинской профилактики Татьяна Гульчак. – Факторы действуют опосредованно. Они создают неблагоприятный фон,

# Факторы риска — на самоконтроль

Всё больше жителей Алтая узнают об особенностях сердечно-сосудистых заболеваний

необходимый для прогрессирования той или иной болезни. Особенно это касается хронических неинфекционных заболеваний. Например, таких как сердечно-сосудистые заболевания, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, бронхолёгочные и онкологические заболевания, ожирение.

Инсульт может случиться с любым человеком в любом возрасте.

– Начало инсульта обычно проходит бессимптомно. Но через несколько минут клетки мозга, лишённые питания, начинают гибнуть, и следствия становятся заметными, – рассказывали горожанам специалисты профилактической службы Светлана Жарикова и Олеся Щербакова. – Очень важно сразу распознать его симптомы, чтобы

как можно быстрее вызвать бригаду скорой помощи. Ведь чем раньше начато лечение, тем лучше человек восстанавливается.

Для того чтобы люди не забывали о своём здоровье и обращали внимания на все изменения, происходящие в организме, барнаульцам было предложено принять участие в познавательной викторине «Нарушение мозгового кровообращения – что это?», а также получить консультации по самоконтролю артериального давления с презентацией «дневника АД» и обучением, как пользоваться измерительными приборами.

В торговом центре в этот день также проходила выездная работа центра здоровья городской больницы № 4. Благодаря этому каждый смог узнать о факторах риска раз-

вития неинфекционных заболеваний, определить уровень холестерина и глюкозы, измерить вес, АД, оценить уровень своего здоровья, получить рекомендации врача-специалиста и унести с собой информационные материалы – буклеты по здоровому питанию, физической активности, отказу от вредных привычек, первой помощи при жизнеугрожающих состояниях.

Весь день докторам помогали студенты из волонтерского отряда Алтайского государственного медицинского университета, которые в завершение мероприятия провели вместе со всеми желающими оздоровительную разминку.

Просветительская акция, посвящённая профилактике инсульта, была в этот день проведена и в дру-

гом крупном городе края – Бийске. Более 100 пассажиров тематического трамвая «Время быть здоровым» стали участниками этой акции. В нём работали специалисты отделения краевого центра медпрофилактики в рамках информационно-образовательной акции «Всемирный день борьбы с инсультом». Сотрудники центра медпрофилактики и волонтеры Бийского медицинского колледжа раздавали пассажирам буклеты и листовки по предупреждению инсультов, алгоритмам самопомощи при подозрении на инсульт.

**Наталья ВДОВИНА,**  
**Валентина ОЛЬШАНСКАЯ,**  
внештатные корреспонденты «МГ».  
Барнаул – Бийск.

**В НИИ пульмонологии ФМБА России (Москва) состоялось выездное заседание Экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике «Актуальные проблемы оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов дыхания». Его вели член Комитета Совета Федерации по социальной политике Владимир Круглый и заместитель председателя Экспертного совета по здравоохранению данного комитета Олег Лапочкин.**

С докладом о повышении качества оказания медицинской помощи больным с респираторными заболеваниями выступил директор НИИ пульмонологии профессор Александр Аверьянов. Заболевания органов дыхания, сообщил он, входят на первое место по снижению качества жизни. Их ежегодное число составляет 49 млн случаев, включая ОРВИ и заболевания верхних дыхательных путей, причём за последние годы их число выросло на 20%.

Резюмируя дискуссию, В.Круглый предложил принять резолюцию, в которой констатировался бы низкий уровень первичного звена медицинской помощи больным респираторными заболеваниями и предлагались реформы системы медицинского образования. Без этого дальнейшее развитие пульмонологии в нашей стране невозможно.

По окончании заседания А.Аверьянов, недавно утверждённый в должности директора НИИ пульмонологии ФМБА России, поделился с корреспондентом «МГ» своим видением развития возглавляемого им учреждения.

– Институт находится в трудном положении по ряду причин, – сказал он. – Во-первых, отсутствие площадей для полноценной диагностической, лечебной и исследовательской работы. Во-вторых, технический парк существенно изношен и не может обеспечить выполнение задач, которые перед нами стоят. В условиях финансовых проблем, существующих в отечественном здравоохранении, сложно рассчитывать на дополнительные поставки техники, необходимой для оказания высококвалифицированной медицинской помощи. Тем не менее отчасти удаётся решать эти проблемы при помощи некоторых дружественных предприятий Росатома. В третьих, большая часть сотрудников находится в том возрасте, когда новые идеи и требования воспринимаются без энтузиазма. Молодёжи мало. Задача – омолодить научные кадры путём привлечения в ординатуру и аспирантуру.

– Вы проработали в институте много лет, защитили здесь кандидатскую и докторскую диссертации, стали заместителем директора по науке, а потом отсюда ушли. Почему?

– Я ушёл в 2009 г., потому что стало сложно работать в условиях постоянного психологического давления со стороны руководства. Просто не захотел терпеть несправедливое отношение к себе и перешёл на должность заместителя главного врача по научной работе больницы № 83. Здесь нам удалось создать центр биомедицинских технологий, лаборатории клеточных технологий, генетики, молекулярного моделирования, были привлечены молодые учёные – биологи, генетики, биофизики, разработаны новые направления диагностики и лечения интерстициальных заболеваний, рака лёгкого, получено несколько патентов на изобретения, опубликованы статьи в высокорейтинговых зарубежных журналах. Были созданы учёный совет, журнал «Клиническая практика». В результате активной научной деятельности клиническая больница № 83 получила статус Федерального научно-клинического центра ФМБА России. В 2014 г. я стал его главным врачом.

– Когда планируется ввести в строй новый корпус НИИ пульмонологии?

– В 2020 г. Совсем недавно вышло новое Постановление Правительства о продолжении финансирования строительства и оснащения НИИ пульмонологии. У нас будет 150 коек, 40 из них – для торакальной хирургии, 10 – реанимационных, 25 – для отделения муковисцидоза, а остальные – пульмонологические. Будут три операционные (из них одна – гибридная). Возможно, получится открыть детское отделение, поскольку потребность пульмонологической помощи детям высока (болезни органов дыхания занимают первое место среди причин

нынешних экономических условиях маловероятна. Но должны быть чёткие ориентиры, куда двигаться. Без разработки стратегии поступательное движение невозможно.

– Вы недавно вернулись с ежегодного конгресса Европейского респираторного общества. Что нового там услышали?

– Современное развитие нашей специальности зависит от новых технологий, которые, увы, создаются не нами. Например, несколько лет назад разработана техника электромагнитной навигации во время бронхоскопии с помощью специальных одноразовых зондов

проведение этих процедур пульмонологом (дренаж плевральной полости должен выполнять хирург, спирометрию – врач функциональной диагностики и т.д.). При этом большие с распространёнными заболеваниями, такими как бронхиальная астма и ХОБЛ, наблюдаются и обследуются на Западе врачами общей практики. А у нас происходит сокращение специализированной помощи на фоне низкого уровня подготовки врачей общей практики. Надо сначала повысить этот уровень, а уже потом думать об уменьшении числа узких специалистов.

овладеть большим объёмом знаний и навыков, но и научиться их применять на практике. При этом никакие симуляторы не заменят конкретного пациента. К счастью, в отличие от западного общества наши больные вполне лояльно относятся к молодым врачам, и надо эту возможность использовать для обретения собственного опыта, а не заменять развитие клинического мышления компьютерными тестами.

– Пульмонология – это отдельная специальность или раздел клиники внутренних болезней? Когда и почему она обособилась?

## Точка зрения

# Почему всё, что есть на Западе, приходит к нам с опозданием?

Новым директором НИИ пульмонологии ФМБА России назначен профессор Александр Аверьянов



смерти у детей). К сожалению, в первоначальном проекте такое отделение отсутствовало.

– Вы один из разработчиков «Концепции развития пульмонологической помощи населению Российской Федерации 2004–2008 гг.» Минздрава России. Чем была продиктована необходимость её разработки? Удалось ли реализовать эту концепцию?

– Нам удалось тогда убедить руководство Минздрава провести коллегию по пульмонологии, на которой была озвучена тяжёлая ситуация по заболеваемости и смертности от пневмоний, хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), бронхиальной астмы, проблемы больных муковисцидозом и намечены пути её улучшения. Как стратегическая цель была обозначена необходимость строительства здания института пульмонологии. Большую роль в решении этого вопроса сыграли тогдашний министр здравоохранения Михаил Зурабов и его заместитель Владимир Стародубов, благодаря которым вышло соответствующее постановление правительства. О реализации целей концепции свидетельствуют следующие цифры: летальность от пневмонии в 2003 г. составляла 7,2%, а сейчас – менее 5%; при бронхиальной астме летальность снизилась на порядок, средняя продолжительность жизни пациентов с муковисцидозом приблизилась к 40 годам (в то время было около 25 лет). Пришло понимание концепции ХОБЛ: это не просто хронический обструктивный бронхит, а сложное заболевание лёгочной паренхимы с системными проявлениями.

– Существует ли аналогичная концепция сегодня?

– Сегодня мы провели Экспертный совет по респираторной медицине. На нём были озвучены многие проблемы, которые невозможно решить без комплексной государственной поддержки. К сожалению, целевая программа

для проведения биопсии периферических образований лёгких. Однако высокая стоимость (2 тыс. евро) ограничивала её практическое применение. На конгрессе был представлен многоцветный зонд такой же стоимости, что открывает перспективы широкого внедрения данной технологии. Компьютерная томография сверхвысокого разрешения позволит многократно улучшить визуализацию лёгочных структур. Сейчас активно развивается техника криобиопсии лёгочной ткани, при которой к криозонду фиксируется биологический материал большего объёма, чем удаётся получить при щипцовой биопсии, что во многих случаях позволит избежать хирургической биопсии. Предложены новые подходы к классификации экзогенного аллергического альвеолита, идиопатического лёгочного фиброза. Третий год подряд на конгрессах Европейского респираторного общества проводятся симпозиумы Российского респираторного общества, на которых российские учёные имеют возможность выступить на родном языке. В этом году наш симпозиум был посвящён проблеме лёгочной гипертензии. К сожалению, российские пульмонологи гораздо более скромно представлены на международных конгрессах по сравнению со своими коллегами из других стран. Одна из задач, как нашего института, так и Российского респираторного общества, заключается в том, чтобы наши учёные и результаты их исследований стали известны на Западе. Это долгий и трудный путь, однако кое-что уже удалось сделать. Например, редакционный совет крупнейшего зарубежного издательского дома Elsevier после 6-месячного рецензирования принял решение издать на английском языке нашу монографию по редким болезням лёгких, предложив увеличить объём в 1,5 раза по сравнению с русскоязычной версией. Это будет первая книга отечественных авторов по респираторной медицине, изданная на Западе за последние 20 лет.

– Какое место в мире занимает российская пульмонология?

– Всё, что есть на Западе, приходит к нам с опозданием. Назову две основные причины нашего отставания. Во-первых, технологическое оснащение даже ведущих пульмонологических центров не соответствует мировому уровню. Во-вторых, базисная подготовка отечественных пульмологов неудовлетворительная. Их у нас всего 1700 человек (а фтизиатров – 7,5 тыс.). Пульмонолог на Западе сам выполняет бронхоскопию, дренаж плевральной полости, функциональные исследования. У нас же имеются правовые ограничения на

– Какие научные и организационные проблемы пульмонологии вы считаете ключевыми?

– Необходимо создать несколько крупных специализированных клинических центров, способных решить любую диагностическую и лечебную задачу, по образу того, что было сделано в кардиологии. Многие тогда критиковали решение министра, однако время показало, что благодаря системе модульных центров удалось удовлетворить потребности населения в кардиологической высокотехнологичной помощи в регионах. Движение вперёд невозможно без подготовки новых кадров, и это касается всей медицины. Необходима программа стажировок наших специалистов в передовых зарубежных клиниках с имплементацией недоступных ранее технологий в практику отечественного здравоохранения. Требуется разработка новых технологий диагностики и лечения болезней органов дыхания на основе геномных и постгеномных методов и достижений регенеративной медицины. Сегодня мы довольствуемся тем, что создано на Западе, но ведь раньше было наоборот – российские технологии перетекали от нас за границу. Достаточно вспомнить работы Чазова по тромбозису, Демикова – по экспериментальной трансплантации, Фриденштейна – по мезенхимальным стволовым клеткам. Последний не получил Нобелевской премии только потому, что рано умер. К сожалению, сегодня не видно ни одной российской медицинской технологии мирового уровня. Хотя, возможно, я просто недостаточно осведомлён.

Что касается организационных проблем, мы оказываем помощь по тарифам ОМС, которые далеко не всегда покрывают затраты. Если не изменить эти тарифы, многие современные диагностические исследования и лечебные методики станут недоступными (или учрежденные разорятся). Система лимита на ОМС для федеральных учреждений является абсурдной. Больной, если у него есть выбор, всегда придёт в ту клинику, где больше возможностей получить плановую качественную помощь.

– Какие образовательные программы нужны для повышения уровня диагностики и лечения респираторных заболеваний?

– Нужны как комплексные программы для пульмологов, так и узкоспециализированные по бронхологии, функциональной диагностике, рентгенологии, морфологии, интенсивной терапии. Продолжительность их может быть различна, но моё глубокое убеждение, что за 2 года в ординатуре полноценно подготовить специалиста пульмолога невозможно. Необходимо не только

– Хотя Всесоюзный НИИ пульмонологии в Ленинграде был основан в 1967 г., в отдельную специальность пульмонология выделилась благодаря академику РАН Александру Чукалину, который лечил генерального секретаря ЦК КПСС Константина Черненко, страдавшего от ХОБЛ. В 1986 г. была создана пульмонологическая клиника на базе городской больницы № 57, преобразованная впоследствии в НИИ пульмонологии. Безусловно, пульмонология является частью терапии, и многие распространённые заболевания вполне успешно могут диагностировать и лечить терапевты. Однако условия работы в первичном звене у нас таковы, что терапевт, по сути, работает диспетчером, у него нет времени подумать, посоветоваться с коллегами, врачами диагностических служб, посмотреть нужную литературу во время приёма, а это значит, что успеть за стремительным развитием медицины ему нереально, поэтому узкие специалисты у нас вынуждены часто решать простые клинические задачи просто из-за неправильной организации и условий работы терапевта.

– Кто и как реабилитирует у нас больных с респираторными заболеваниями?

– В Федеральном научно-клиническом центре ФМБА России несколько лет назад по нашей инициативе была разработана система ранней реабилитации у больных, находящихся в критическом состоянии, в том числе на ИВЛ. В штатное расписание реанимационного отделения введены должности инструктора, закуплена необходимая техника, сотрудники прошли обучение и стажировку в клиниках США. Внедрение системы ранней реабилитации за один год позволило втрое снизить потребность в антибиотиках и вдвое – летальность при пневмонии. У больных с хроническими заболеваниями реабилитация в домашних условиях зачастую невыполнима в связи с тем, что наши пациенты рассчитывают на лекарства, на лечащего врача, на операцию, но не хотят сами заниматься своим здоровьем. Реабилитация связана с самодисциплиной, регулярными физическими нагрузками, которые должны постепенно увеличиваться, а для этого нужна мотивация и дисциплина. Между тем на поздних стадиях заболеваний, сопровождающихся дыхательной недостаточностью, эффект от реабилитационных мероприятий, регулярных тренировок дыхательной мускулатуры может быть выше, чем лекарственная терапия, так что это направление, безусловно, нуждается в развитии.

Беседу вел  
Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
корр. «МГ».

## Сотрудничество

# Лёгкое касание лёгких

## Торакальная хирургия через один прокол: невозможное возможно

Знаменитый испанский торакальный хирург Диего Гонсалес Ривас – человек мира, оперирующий и преподающий в разных странах – впервые приехал в Москву. В Институте хирургии им. А.В.Вишневого он провёл мастер-класс по однопортовой торакоскопии, на который собрались торакальные хирурги из разных российских регионов.

– Мне особенно приятно находиться в этом институте, потому что работавший здесь А.А.Вишневецкий был пионером кардиоторакальной хирургии в СССР. Сегодня я покажу инновационный подход – однопортовый торакоскопический доступ. Думаю, что вам понравится, и академику Вишневецкому, автору многих смелых идей в хирургии, это понравилось бы тоже, – приветствовал Диего Ривас российских коллег.

Однопортовая торакоскопическая хирургия (Uniportal VATS) – не просто «фирменный знак» доктора Риваса, а его изобретение. В 2010 г. он впервые в мире предложил и опробовал данный вариант операции на органах грудной клетки, в том числе при раке лёгкого. Это стало очередным шагом в развитии торакоскопии: вместо традиционных 3-4 проколов можно делать только один.

На этом Диего Ривас не остановился в своём стремлении совершенствовать торакальную хирургию. В 2014 г. он впервые провёл торакоскопическую лобэктомию без интубации пациента. Как поясняет сам хирург, благодаря этому удаётся уменьшить риск послеоперационных осложнений.

– Методы, о которых я рассказываю, должны использовать только хирурги с большим опытом работы, – неоднократно повторил Диего Ривас во время общения с аудиторией российских врачей. Это тот случай, когда целью мастер-класса было не стремление одного «продвинутого» специалиста убедить всех остальных в том, что надо делать так и никак иначе, потому что данный подход имеет существенные преимущества, а в том, чтобы показать: можно оперировать ещё и так.

В рамках мастер-класса специалисты института А.В.Вишневого выполнили под руководством



Доктор Диего Ривас во время мастер-класса

доктора Риваса две операции по его технологии. В первом случае это была однопортовая анатомическая сегментэктомия из нижней доли левого лёгкого у 23-летнего пациента с нейроэндокринной опухолью. Несмотря на то, что новообразование злокачественное, хирурги удалили 4 поражённых опухоли сегмента лёгкого, сохранив часть нижней доли. В целом это была анатомическая резекция с лимфаденоэктомией, то есть, следуя правилам радикальной хирургии при онкологическом процессе, пациенту выполнили органосохраняющую операцию. И всё это – через один-единственный прокол для торакоскопического инструмента.

Во время второй операции пациенту с туберкулезом была проведена однопортовая верхняя лобэктомия справа (удаление верхней доли правого лёгкого). Говоря проще, радикальная операция по удалению большого новообразования на верхушке лёгкого выполнена минимально инвазивным способом.

– Операции, которые презентовал наш гость, в Институте хирургии им. А.В.Вишневого тоже выполняются, но у Риваса опыт однопортовой торакоскопии – несколько тысяч вмешательств, а у нас пока около двух десятков. Нам очень важно было ещё раз увидеть самим и показать коллегам эту технологию в исполнении её автора. Мы ездили на обучающие курсы к Диего Ривасу во Францию и Китай, а теперь решили пригласить его провести мастер-класс в Москве, – комментирует событие заведующий отделением торакальной хирургии Института хирургии им. А.В.Вишневого кандидат медицинских наук Алексей Печетов.

В настоящее время, как было сказано в ходе встречи специалистов, стандартные торакоскопические операции выполняются во многих российских клиниках, а через единый доступ – лишь в единицах. Не все торакальные хирурги, в том числе ведущие, считают однопортовую торакоскопию оптимальным вариантом операций на лёгких, тем более при онкологической патоло-

гии. Именно поэтому мастер-класс Д.Риваса был дополнен «круглым столом», во время которого российские врачи могли напрямую задать испанскому хирургу вопросы и высказать свою точку зрения на предложенные им оригинальные подходы. Дискуссию возглавили известные российские специалисты, обладающие большим опытом выполнения торакоскопических операций, – руководитель отделения торакальной хирургии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена доктор медицинских наук Олег Пикин и заместитель главного врача по хирургии ГКБ № 62 кандидат медицинских наук Павел Кононец.

– В нашем профессиональном сообществе есть сторонники однопортовой техники выполнения операции, есть приверженцы полной торакоскопической техники – через 3-4 прокола, и есть те, кто предпочитает открытые операции. Важно понимать, что доступ – это всего лишь доступ, внутри выполняется стандартный объём операции. Мы тоже стараемся чаще оперировать через единый доступ, и не только потому, что это менее травматично для пациента, но и потому, что это более удобно для самого хирурга: при однопортовом подходе всё находится в прямой видимости, не нужно менять угол зрения, угол атаки. Однако это не отрицает возможности традиционных подходов в торакальной хирургии. Основная задача мастер-класса, который мы провели, – показать все возможные варианты выполнения одной и той же операции и обменяться опытом, – подчёркивает старший научный сотрудник отделения торакальной хирургии Института хирургии им. А.В.Вишневого кандидат медицинских наук Юрий Есиков.

Будущее не просто за малотравматичной, а за минимально

инвазивной хирургией, убеждён директор Института хирургии им. А.В.Вишневого, главный хирург Минздрава России, академик РАН Амиран Ревшвили. Обращаясь к участникам встречи, он призвал молодых, а тем более опытных хирургов не возводить что-либо привычное в незыблемый принцип, а проявлять интерес к новым технологиям и обучаться владению ими.

– Долгое время я занимался открытой хирургией сердца, что не помешало мне заинтересоваться интервенционными процедурами. И в тех случаях, когда состояние пациента позволяет выполнить малотравматичную операцию, я выполняю её, потому что есть разница, находится пациент в стационаре 3-4 недели после открытой операции с возможными осложнениями или всего 2-3 дня после интервенционных процедур, видеоскопических вмешательств. Уверен, надо в равной степени осваивать и открытые, и малотравматичные, а тем более минимально инвазивные подходы в любой области хирургии. В руках опытного хирурга – сердечно-сосудистого, торакального, абдоминального – должны быть и те, и другие технологии, такова моя позиция, – подчеркнул главный хирург страны.

В то же время академик А.Ревшвили считает, что более активному внедрению в России малоинвазивных оперативных подходов, в том числе однопортовой торакоскопической хирургии в онкологии, мешает проблема поздней выявляемости рака. Поэтому перспектива развития минимально травматичной онкохирургии в нашей стране находится в прямой зависимости от решения задачи по раннему выявлению опухолей у больных.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## Современные технологии

# Диабетическая стопа. Лечить и только лечить!

Уже можно избежать ампутации, которая была практически неизбежной несколько лет назад

Во Всемирный день борьбы с сахарным диабетом, который отмечается 14 ноября, прозвучали устрашающие цифры: по данным ВОЗ, эпидемия сахарного диабета в мире уже поразила 415 млн человек, в 2035 г. ожидаемое количество заболевших этим недугом достигнет 592 млн.

Об этой тяжёлой патологии рассказывает заведующий отделением гнойной хирургии городской клинической больницы № 13 Москвы кандидат медицинских наук Владимир ОБОЛЕНСКИЙ.

– Владимир Николаевич, можно ли больному сахарным диабетом, осложнённым диабетической стопой, избежать ампутации?

– Стараемся к минимуму свести процент такого трагического для пациента исхода. Так, в нашей больнице за последние 5 лет доля ампутаций любого уровня при диабетической стопе снизилась практически в 3 раза. В то же время количество пластических и костно-пластических операций у данной

категории больных увеличилось более чем в 6 раз. Это привело к снижению процента инвалидизации у больных с синдромом диабетической стопы почти в 5 раз.

– Считается, что современная помощь в лечении диабетической стопы в силу её высокой стоимости доступна далеко не всем, кто в ней нуждается. Это действительно так?

– Два года назад наше отделение гнойной хирургии впервые было включено в программу оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам именно с синдромом диабетической стопы. Но в идеале, конечно же, необходимо создание специализированного отделения диабетической стопы, которое бы функционировало на базе структуры вроде центра хирургических инфекций или же центра гнойной хирургии. Это бы дало помимо морального ещё и экономический эффект.

– Как много нуждающихся в лечении диабетической стопы?

– По различным оценкам, в России в настоящее время на-

считывается до 13-15 млн больных сахарным диабетом и более миллиона из них проживают в Москве, причём без учёта приезжих.

– То есть потенциальных претендентов на ампутацию конечности предостаточно?

– Да, именно так. Но мы делаем всё возможное, чтобы этого не случилось. Как известно, синдром диабетической стопы стоит в одном ряду с гнойными заболеваниями мягких тканей, остеомиелитами, перипротезной инфекцией, хроническими ранами и различными трофическими язвами, а в их лечении нами накоплен большой опыт. Мы с коллегами успешно разработали и запатентовали свой собственный импортозамещающий аппарат для лечения ран локальным отрицательным давлением, который в настоящее время эффективно используется в госпитальной и амбулаторной практике в самых разных регионах нашей страны. В прошлом году был интересный случай в Национальном медицинском исследовательском центре нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.



Пролечили пациента с послеоперационной гнойной раной мягких тканей головы, с остеомиелитом и дефектом костей черепа с применением этой самой методики локального отрицательного давления.

– С каким результатом?

– Вылечили. Но надо отметить, такие примеры ещё не описаны в

мировой литературе! А в прошлом году нами был очень успешно апробирован метод лечения хронических и инфицированных ран аргоноплазменными потоками с использованием уникальной и тоже отечественной установки. Более 10 лет назад впервые в мировой практике в нашем же отделении разработана и внедрена методика стимуляции регенераторных, то есть восстановительных процессов хронических ран с использованием аутологических тромбоцитарных факторов роста. Чтобы было понятнее, скажу, что ранее эта методика использовалась в стоматологии, травматологии и спортивной медицине.

Ещё мы внедрили в отделение метод непрямой электроимпульсной миостимуляции у больных с синдромом диабетической стопы в условиях ограниченной физической активности, что позволяет уменьшить риск тромбоэмболических осложнений, сократить длительность лечения в стационаре и сроки реабилитации таких пациентов.

Но как бы мы ни гордились своими успехами, мировая тенденция, к сожалению, такова, что количество гнойно-септических осложнений и больных с осложнениями диабета растёт. Этот факт делает данную проблему ещё более актуальной, чем 100 лет назад, и требует поиска новых путей решений – научных, практических, тактико-стратегических и организационных.

Беседу вела  
Найля САФИНА,  
корр. «МГ»,  
доктор медицинских наук.

Москва.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 85 (2115)

(Продолжение.)

Начало в № 84 от 08.11.2017.

Налтрексон используется при опийной, алкогольной зависимости. В настоящее время существуют научные работы, в которых показана терапевтическая эффективность блокаторов опиатных рецепторов при кокаиновой, стимуляторной и игровой зависимостях. В большинстве случаев налтрексон назначается ежедневно, 1 раз в день, внутрь, по 50 мг. Его следует применять в сочетании со всеми остальными методами и средствами лечения. У некоторых больных (женщины; лица молодого возраста; пациенты, лишь недавно употреблявшие спиртное) приём налтрексона вызывает тошноту и головную боль. В этих случаях лечение можно начинать с дозы 12,5-25 мг, переходя через несколько дней к 50 мг.

В настоящее время существует парентеральная (внутримышечная) инъекционная форма налтрексона пролонгированного действия. Длительность действия этой формы составляет 4 недели. Продолжительность лечения – от 3 до 6 месяцев, после чего решается вопрос о возможном продлении приёма препарата. Хотя полное воздержание от алкоголя является целью лечения налтрексоном, его не

лечения марихуаны развиваются депрессивные расстройства, тревога различной степени выраженности, назначение антидепрессантов является терапией выбора.

**Галлюциногены (ЛСД, ДМТ, псилоцибин, МДМА и некоторые другие)**

Тактика лечения несколько различается при употреблении галлюциногенов различных групп. При употреблении ЛСД, ДМТ, МДМА (экстази) и псилоцибина достаточно бывает следующих мероприятий: лицу, находящемуся в психотическом состоянии, необходимо надёжное,

**Ингалянты**

Поскольку длительное или ежедневное употребление приводит к декомпенсации нескольких систем организма (нарушение сердечного ритма, угнетение костного мозга, органическое поражение ЦНС, повреждение печени, почек, периферической нервной системы), необходимо проводить адекватную детоксикационную и восстановительную терапию с использованием инфузионных растворов, ноотропов, метаболических препаратов, а также необходимых симптоматических средств. Подходы к купированию патологического влечения идентичны вышеизложенным.

**Никотин**

При **идеаторной форме** табачной зависимости применяется комплексный подход, направленный на дезактуализацию как идеаторной, так и вегетативно-сосудистого компонентов в структуре патологического влечения к курению табака. Лечение включает в себя применение

психический компоненты, никотинзамещающие средства и транквилизаторы назначаются одновременно. Применяют диазепам (10-40 мг в/м или внутрь), лоразепам (1-2 мг в/м или внутрь), феназепам (0,5-2 мг в/м или внутрь), тофизопам (50-100 мг внутрь). Возможно также применение «малых» нейролептиков (антипсихотиков) – тиоридазина (сонапакса) – 10-30 мг внутрь; проперидиазина (неулептила) – 5-20 мг внутрь; алимемазина (терапиджена) – 5-30 мг внутрь; сульпирида (эглонила) – 50 мг внутрь.

Появление в структуре синдрома отмены аффективных нарушений, чаще в виде субдепрессивных состояний, требует назначения антидепрессантов. Применяют триптизол (амитриптилин) – 25-50 мг внутрь; пипофезин (азафен) – 25-75 мг внутрь; имипрамин – 25-50 мг внутрь; циталопрам (20-40 мг внутрь), пирлиндол (пиразидол) – 25-50 мг внутрь; сертралин – 50 мг внутрь. При появлении

## Диагностика и лечение синдрома зависимости

### Федеральные клинические рекомендации

Таблица 14  
Рекомендуемые к использованию в наркологической практике специфические средства<sup>1</sup>

Лекарственное средство	Показания (степень доказательности)	Дозы и применение
Дисульфирам	Профилактика рецидивов во время лечения АЗ; лечение АЗ (А). Снижение влечения к алкоголю. Выработка условно-рефлекторной реакции отвращения к алкоголю (А)	Начальная доза 500 мг/сут, дозу постепенно снижают до 250-125 мг/сут
Цианамид	АЗ (лечение и профилактика рецидивов) (В)	12-24 капли/сут
Налоксон	Острая интоксикация опиоидными анальгетиками (А), алкогольная кома. Введение налоксона страдающим наркоманией (Н) вызывает характерные проявления АС, что используют в диагностических целях (А)	Средняя доза 0,4-0,8 мг
Налтрексон	Опиоидная зависимость (после купирования ОАС) (А). Снижение потребности в алкоголе и предотвращение рецидивов ХА (А)	50 мг (пероральная форма), 380 мг (инъекционная форма)
Никотин	Лечение никотиновой зависимости путём снижения потребности в никотине; снятие симптомов отмены, возникающих при отказе от курения (В)	7-21 мг, ежедневно до 3 месяцев
Цитизин	Лечение никотиновой зависимости (А)	По инструкции

<sup>1</sup>Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2012. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учётом иных обстоятельств

следует выдвигать в качестве безусловного требования; если больной согласен лечиться, но продолжает периодически выпивать, это не означает, что лечение надо прекратить: некоторые больные, особенно на первых порах, реагируют на налтрексон не прекращением, а лишь сокращением приёма алкоголя.

Единственным абсолютным противопоказанием к назначению налтрексона являются печёночная недостаточность и острый гепатит. Относительные противопоказания – повышенный уровень билирубина, беременность, грудное вскармливание, подростковый возраст.

**Некоторые особенности терапии синдрома зависимости**

**Кокаин и другие психостимуляторы (включая кофеин)**

Препаратами выбора, способствующими снижению влечения к кокаину или другому психостимулятору, в настоящее время считаются трициклические антидепрессанты, СИОЗС. При сочетанном употреблении кокаина и алкоголя эффективно может быть использование дисульфирама.

**Каннабиноиды (марихуана)**

Учитывая, что при прекращении употреб-

поддерживающее, спокойное окружение и позитивное психотерапевтическое внушение, так как галлюцинации носят «внушаемый» характер. Все симптомы со временем исчезнут. Если галлюцинаторные расстройства длятся более 12 часов, необходимо применять терапию. Назначаются транквилизаторы (диазепам, феназепам), барбитураты (чтобы вызвать сон). В зарубежной практике более распространено купирование психозов, вызванных употреблением галлюциногенов, ЭСТ.

При злоупотреблении фенциклидином галлюцинации не носят «внушаемого» характера, поэтому необходима тихая обстановка. Возбуждение купируется транквилизаторами (диазепам); психотическое состояние – нейролептиками (галоперидол). В данном случае следует избегать назначения нейролептиков, обладающих холинолитическим действием (хлорпромазин, левомепромазин). Рекомендована инфузионная терапия с подкислением мочи (с использованием зонда вводят 2,75 мэкв/кг аммония хлорида в 60 мл физиологического раствора, а также аскорбиновой кислоты (до 2 г аскорбиновой кислоты в 500 мл физиологического раствора).

Таблица 15  
Лекарственные взаимодействия нейролептиков

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Нейролептик	Транквилизатор Нормотимик Антидепрессант Гипнотик	Взаимное потенцирование действия, усиление угнетающего действия на ЦНС
	ТЦА	Повышение С нейролептика (на 1/3) и антидепрессанта в крови
	Карбамазепин	Ускорение метаболизма, снижение С нейролептика в крови, снижение его терапевтического действия
	НИМАО	Замедление метаболизма, усиление основного действия и побочных эффектов нейролептика. Сочетанное назначение не рекомендовано
	Тетурам, парацетамол, фуразолидон	Замедление биотрансформации фенотиазинов, повышение их С в крови, усиление основного и побочного действия нейролептиков
	Клофелин	Снижение гипотензивного эффекта, усиление угнетающего действия клофелина.

Примечание: С – концентрация; ТЦА – трициклические антидепрессанты; НИМАО – необратимые ингибиторы моноаминоксидазы

Таблица 16  
Лекарственные взаимодействия гетероциклических антидепрессантов

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Антидепрессант гетероциклической структуры	Транквилизатор Нейролептик	Замедление метаболизма, повышение С в крови. Усиление седативного, потенцирование холинолитического эффектов
	Карбамазепин	Ускорение метаболизма, снижение С антидепрессанта в крови, снижение терапевтического действия
	Ноотропы	Усиление тимоаналептического эффекта, снижение побочных эффектов
	Витамин В <sub>6</sub>	Снижение побочных эффектов
	Клофелин	Снижение гипотензивного эффекта, усиление угнетающего действия клофелина

Примечание: С – концентрация

никотинзаместительной терапии в адекватных дозах; при появлении выраженных вегетативно-сосудистых расстройств назначают транквилизаторы бензодиазепинового ряда (диазепам – 10-40 мг в/м или внутрь, феназепам – 0,5-2 мг в/м или внутрь, рудотель – 20-40 мг внутрь), витамины (В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, РР, С) и ноотропы (пиррацетам до 2 г в сутки). Длительность лечения составляет 3-4 недели. Целесообразно повторять такие курсы 2-3 раза в год в качестве профилактики.

При **психосоматической форме**, где в структуре синдрома патологического влечения к курению табака присутствует идеаторный, вегетативно-сосудистый и

дисфории к лечению добавляют карбамазепин (финлепсин) – 200-600 мг внутрь. Длительность лечения в среднем 30 дней, антидепрессивную терапию проводят до достижения терапевтического эффекта.

**Диссоциированная форма**, сочетающая в себе признаки как идеаторной, так и психосоматической форм, является наиболее резистентной к проводимой терапии. Пациентам назначают сразу никотинзаместительную терапию и психофармакотерапию, включающую транквилизаторы (диазепам – 20-40 мг в/м или внутрь, лоразепам – 2 мг в/м или внутрь, феназепам – 1-2 мг в/м или внутрь), антидепрессанты (амитриптилин

Таблица 17

Лекарственные взаимодействия СИОЗС

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
СИОЗС	СИОЗС	Не рекомендовано
	НИМАО/оИМАО	Не рекомендовано
	Фенобарбитал, карбамазепин	Усиление метаболизма, снижение С в крови, снижение терапевтического эффекта
	ТЦА	Рекомендовано в низких дозах

Примечание: С – концентрация; НИМАО – необратимые ингибиторы моноаминоксидазы; оИМАО – обратимые ингибиторы моноаминоксидазы

Таблица 18

Лекарственные взаимодействия ИМАО

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
ИМАО	Транквилизатор Нейролептик	Резкое угнетение метаболизма, накопление и повышение С в крови. Выраженные побочные эффекты. Сочетание не рекомендовано
	Карбамазепин	Развитие побочных эффектов. Сочетание не рекомендовано
	СИОЗС	Серотониновая гиперстимуляция, серотониновый синдром. Сочетание не рекомендовано
	ТЦА	Гипертонический криз. Сочетание не рекомендовано
	Некоторые продукты питания	Тираминовые (сырные) реакции
	Наркотические анальгетики, центральные анестетики, барбитураты, алкоголь	Гипотония, угнетение дыхания, тяжёлые расстройства сознания

Примечание: С – концентрация; СИОЗС – специфический ингибитор обратного захвата серотонина; ТЦА – трициклический антидепрессант

Таблица 19

Лекарственные взаимодействия антиконвульсантов

Группа	Взаимодействие с:	Возможный эффект
Карбамазепин	Барбитураты	Усиление метаболизма карбамазепина
	ТЦА/СИОЗС	Усиление метаболизма антидепрессантов, снижение их С в крови. Замедление метаболизма карбамазепина, повышение его С в крови
	Галоперидол	Усиление метаболизма галоперидола, снижение С в крови с ослаблением действия

Примечание: С – концентрация; СИОЗС – специфический ингибитор обратного захвата серотонина; ТЦА – трициклический антидепрессант

Таблица 20

Взаимодействие дисульфирама с некоторыми ЛС

Лекарственное средство	Взаимодействие	Комментарии
Алкоголь или алкогольсодержащие препараты (такие как сиропы, эликсиры, тоники)	Повышение чувствительности к алкоголю вплоть до развития дисульфирам-алкогольной реакции	Противопоказание к использованию
Амитриптилин	Усиление алкоголь-дисульфирамовой реакции	
Барбитураты	Влияние барбитуратов на печёночный метаболизм может привести к увеличению в крови концентрации барбитуратов и повышению их токсических эффектов	
Кофеин	Снижение общего клиренса и повышение периода полувыведения кофеина возможно, является результатом ингибирования печёночных ферментов	Клиническое значение не установлено
Изониазид	Возможны поведенческие расстройства, изменения психического состояния, психотические реакции, нарушения координации движений или неустойчивая походка	Избегать совместного использования. Если такие признаки появляются, необходимо прекратить приём дисульфирама
Метронидазол	Острые психозы и спутанность сознания	Совместное применение противопоказано
Фенитоин (дифенин) и родственные соединения	Ингибирование метаболизма фенитоина в печени может привести к интоксикации фенитоином	Совместное использование с осторожностью. Необходимо определять концентрацию фенитоина в крови в процессе терапии дисульфирамом, при необходимости изменить дозу фенитоина

– 50-75 мг внутрь), азафен – 50-75 мг внутрь), имипрамин – 50-75 мг внутрь, циталопрам – 40-60 мг внутрь, эсциталопрам – 10 мг внутрь, пиразидол – 75-100 мг внутрь) и антипсихотики (сонапакс – 30-40 мг внутрь, неулептил – 10-40 мг

внутри; тералиджен – 20-40 мг внутрь; эглонил – до 200 мг внутрь; перфеназин (этаперазин) – 50-75 мг внутрь). Достаточно часто в практической деятельности встречается сочетание никотиновой зависимости с алкогольной. Нали-

Таблица 21

Медицинские услуги для патопсихологической диагностики, психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

Приём (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (стационарно)	
Обязательно	По показаниям
Приём (осмотр, консультация) психотерапевта Приём (тестирование, консультация) медицинского психолога	Нет
Психотерапевтическое лечение (стационарно)	
Обязательно	По показаниям
Психологическая адаптация Терапия средой Психологическое консультирование Индивидуальное психологическое консультирование Групповое психологическое консультирование Семейное психологическое консультирование Психологическая коррекция Индивидуальная психологическая коррекция Групповая психологическая коррекция Психотерапия	Трудотерапия Арт-терапия Социально-реабилитационная работа Аутогенная тренировка
Приём (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (амбулаторно)	
Обязательно	По показаниям
Приём (осмотр, консультация) психотерапевта Приём (тестирование, консультация) медицинского психолога	Нет
Психотерапевтическое лечение (амбулаторно)	
Обязательно	По показаниям
Психологическая адаптация Психологическое консультирование Индивидуальное психологическое консультирование Групповое психологическое консультирование Семейное психологическое консультирование Психологическая коррекция Индивидуальная психологическая коррекция Групповая психологическая коррекция Психотерапия	Трудотерапия Терапия средой Арт-терапия Социально-реабилитационная работа Аутогенная тренировка

чие у пациента сочетанной зависимости от ПАВ – никотиновой и алкогольной – предполагает подбор психофармакотерапии с учётом как патологического влечения к курению табака, так и патологического влечения к алкоголю. Если в структуре патологического влечения к употреблению табака и алкоголя преобладают поведенческие расстройства, то это обуславливает включение в терапевтические схемы антипсихотиков. В зависимости от преобладающей симптоматики (идеаторных или поведенческих расстройств) назначаются антипсихотики различных групп, как традиционные (трифтазин, этаперазин, зуклопентиксол и др.), так и атипичные (сульпирид, рисперидон, кветиапин и др.) в терапевтических дозировках.

Также назначают антиконвульсанты с преобладанием нормотимического действия, что повышает эффективность купирования патологического влечения к ПАВ.

В тех случаях, если в структуре патологического влечения к употреблению табака и алкоголя наиболее ярко выражен аффективный компонент, проявляющийся пониженным настроением, тревогой, тоской, дисфорией, то в терапии используют антидепрессанты преимущественно сбалансированного действия. Используются циталопрам в дозе от 40 до 60 мг в сутки, эсциталопрам 10 мг в сутки, пиразидол в суточной дозе от 75 до 250 мг, миансерин от 60 до 90 мг в сутки, миртазапин 30 мг в сутки или мелипрамин в суточной дозе 150-250 мг.

Проведение основного курса терапии дополняется динамическим наблюдением за больным и проведением поддерживающей терапии в течение одного года.

**Осложнения и побочные эффекты терапии**

Связаны с:  
– развитием побочных эффектов/осложнений назначаемых лекарственных средств;  
– превышением терапевтической дозы препарата;  
– неверно подобранной длительностью терапии;  
– игнорированием перекрёстной толерантности ПАВ и ЛС.

Некоторые из наиболее часто встречающихся осложнений терапии приведены в таблицах 15-20.

**Психотерапия**

При проведении психотерапии необходимо детально оценить индивидуальные «мишени» психотерапевтического воздействия у каждого пациента. Это даёт возможность для более обоснованного

выбора адекватных психотерапевтических методов. Все признанные психотерапевтические методы обладают лечебным потенциалом, но включение в лечебную программу как можно большего числа методов, или даже всех возможных, не является целесообразным. Одним из важных звеньев при выборе методов является способность пациента принять тот или иной психотерапевтический конструкт. Эффективность того или иного метода психотерапии зависит от индивидуальных возможностей и характеристик пациента: образование, интеллект, когнитивные особенности, способность к творческому мышлению и осмыслению, личностные особенности, внутрличностный темп психических процессов. Учитывая крайне нестабильную мотивацию на лечение и отказ от ПАВ наркологических больных, основным методом психотерапии в наркологии должна являться мотивационная психотерапия, которая предназначена для работы с больными с зависимостью от психоактивных веществ на разных этапах лечения заболевания, направлена на мотивирование пациента к следованию той или иной программе лечения, является условием достижения эффективности последующих лечебных мероприятий: психофармакотерапии, психотерапии, участия в программах медико-социальной реабилитации. Мотивационное интервью всегда нацелено на формирование, поддержание и усиление мотивации на полный отказ от приёма ПАВ через поэтапный перевод мотивировки отказа от ПАВ (словесная установка на трезвость, высказываемая больным под внешним давлением семьи, работы и т.д.) в истинный мотив отказа от ПАВ как полноценную потребность в трезвой жизни. Мотивационная психотерапия может сочетаться с любыми методами психотерапии, применяемыми в наркологии. Мотивационное интервью как высокотехнологичная интервенция может осуществляться на разных этапах лечения наркологического больного и неоднократно. В зависимости от стадии готовности к изменениям, на которой в настоящий момент находится пациент, различаются цели мотивационного интервью и несколько изменяется набор используемых техник (см. табл. 19). При проведении психотерапии не допускается противопоставление психотерапевтического и психофармакологического лечения. Наиболее оптимально использовать комплексные программы, сочетающие фармакотерапию и психотерапию.

(Продолжение следует.)

Известно, что эффективно решить любую проблему, в том числе низкую доступность медицинской помощи, её качество и эффективность, возможно только воздействуя на причины её возникновения. А причины – на поверхности, и они неоднократно были озвучены в публикациях признанных лидеров отечественной медицины и педиатрии академиком РАН А.Баранова, А.Румянцевым, профессорами А.Грачёвой, В.Альбицкого, Р.Артамонова, Л.Эрмана и других, но, к сожалению, не услышаны руководителями наших ведомств, отвечающих за здравоохранение и образование.

### Причины и следствия

Сегодня почти все признают низкое качество медицинского образования в России и недостаточно высокий уровень подготовки врачей. Следствием этого является недовольство пациентов, увеличение заболеваемости и инвалидизации детей и взрослых.

Безусловно, использование предусмотренного ФГОС-3 электронного ресурса для внеаудиторной самостоятельной работы студентов, программ текущего контроля и самоконтроля рационально, однако это предполагает сокращение непосредственной работы преподавателя со студентом. Научить медицине дистанционно невозможно. К сожалению, в действующем образовательном стандарте не реализовано предложение министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, высказанное в 2010 г., сделать шестой курс обучения тренинговым, когда студенты смогут работать под присмотром преподавателей и опытных врачей, оттачивая практические навыки.

Одной из значимых причин неадекватной эффективности системы подготовки врачей как на додипломном, так и на последипломном уровне является серьёзное недофинансирование медицинских вузов. Об этом заявил ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко на «круглом столе» по проблеме кадровой политики в здравоохранении. «Я считаю, что подушевое финансирование на одного студента должно быть увеличено в разы. Потому что, если мы хотим завтра получить качественного врача, надо вкладывать в это деньги, внедрять современные новые технологии, новые программы», – пояснил он. В феврале 2017 г. аналогичное обращение в адрес заместителя председателя Правительства РФ Ольги Голодец направил председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов. По его мнению, установленный Минобрнауки для медицинских вузов норматив финансовых затрат на одного учащегося в год не учитывает специфику медицинского образования, не покрывает реальных затрат образовательных организаций на практическую подготовку врачей в соответствии с требованиями государственных образовательных стандартов; качественная подготовка высококвалифицированного врача требует полной самоотдачи профессорско-преподавательского состава медрес и достойного финансирования. Председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России П.Глыбочко, выступая на парламентских слушаниях в июне 2017 г., призвал рассмотреть вопрос о финансировании мероприятий, направленных на расширение клинических баз медицинских вузов, без которых невозможно подготовить клинически мыслящего врача. По статистике, лишь у 13 из 55 высших образовательных учреждений есть собственные клинические базы. Причём мощность только 2-3 вузов может обеспечить многопрофильный лечебный и учебный процесс.

Стоит напомнить, что Комитет Госдумы РФ по охране здоровья неоднократно представлял свою позицию О.Голодец, Минздраву, Минфину и Минобрнауке. К сожалению, пока эти обращения не были услышаны.



### Авторитетное мнение

# Амбулаторная педиатрия: не видно света в конце тоннеля

Детство – словно колодец, из которого государство черпает веру в будущее. Но как не дать ему высохнуть?

Недостаточное финансирование вузов привело к существенному отставанию заработной платы профессорско-преподавательского состава кафедр от зарплат практических врачей. Для выполнения Майских указов Президента по заработной плате в вузах сокращаются ставки, увеличивается учебная нагрузка профессорско-преподавательского состава до максимально возможной без учёта должностей и функциональных обязанностей, что не может не сказаться на качестве преподавания, статусе кафедральных сотрудников и дальнейшем снижении рейтинга научных исследований в отечественных высших учебных заведениях. Кафедральные коллективы «стареют», для молодёжи становится не престижно и финансово не выгодно работать в вузе.

Всё меньше квалифицированных талантливых преподавателей остаются в медицинских вузах в связи с высокой нагрузкой, неадекватными требованиями, отсутствием возможности вести творческий образовательный процесс, униженным положением на клинических базах. Немалое количество замечательных, талантливых врачей и преподавателей высшей медицинской школы, не находя условий для достойной реализации своих знаний на родине, покидают страну, успешно практикуя в западных клиниках и вузах.

### Печальный перекус

Природа кризисных явлений в российской медицине и образовании в значительной степени определяется тем, что руководители и организаторы здравоохранения продолжают принимать решения по оптимизации (модернизации, реструктуризации), не анализируя возможности их реализации в стране и отдалённые последствия, и, как правило, без широкого обсуждения с медицинской общественностью (или же с видимостью этого обсуждения). Непонятно, почему игнорируется, остаётся без внимания руководителей отрасли поток критических замечаний и предложений в средствах массовой информации и на страницах профессиональных изданий по оптимизации преобразования, происходящих в сферах здравоохранения и образования. Более того, настойчиво предлагается продолжать процессы, которые вызывают категорическое неприятие у практических врачей и преподавателей вузов.

Необходимость совершенствования отечественной системы здравоохранения не вызывает сомнения. Как и то, что для более эффектив-

ного использования материальных и кадровых ресурсов и повышения качества медико-социальной помощи требуется проведение системных структурно-организационных преобразований отрасли, но основанных на детальном анализе ситуации.

В условиях, когда финансирование здравоохранения в расчёте на душу населения отстаёт в России от развитых стран более чем в 3 раза, нужно признать, российская медицина не может соответствовать высоким мировым стандартам. Хорошо известно, что страна испытывает немалые экономические и политические трудности, тем не менее здравоохранение – это последнее, на чём надо экономить, поскольку именно оно является главным драйвером роста экономики России. Понимаем, что се-

фективных осмотров нереально, даже с учётом внесённых новым приказом корректив (№ 514н от 10.08.2017 «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»). А что уж говорить об их качестве?! Диспансеризация в том виде, в каком она проводится сейчас, ни в коей мере не оправдывает тех финансовых затрат, которые на неё выделяются. Действительно, в ходе профилактических осмотров узкими специалистами обнаруживаются не диагностированные ранее заболевания и отклонения в состоянии здоровья. Однако решать проблему необходимо, устраняя причины явления, а не его следствия. Анализ результатов профилактических осмотров свидетельствует, что абсолютное большинство впервые выявленных заболеваний и состо-

перспециализации и ликвидировать одну из основных проблем современного здравоохранения – низкую доступность специализированной помощи детям, страдающим хроническими заболеваниями, которые действительно в ней нуждаются. Врачи-специалисты поликлиники должны стать консультантами педиатров общей практики, принимая пациентов только по его направлению или в связи с диспансерным наблюдением хронически больных. Отказ от профилактических осмотров всех здоровых детей врачами – специалистами обеспечить значительную экономию финансовых средств, затрачиваемых на массовые профилактические осмотры, исчезнет необходимость увеличивать число штатных должностей узких специалистов. В случае, если поликлиника входит

в состав больничного учреждения, врачи-специалисты, работающие в стационаре, могут осуществлять приём в амбулаторных условиях по скользящему графику, что позволит сохранить им высокий уровень профессионализма и целенаправленно вести отбор пациентов для лечения в условиях стационара. Высококвалифицированная специализированная лечебно-консультативная помощь должна оказываться в многопрофильных больницах, консультативно-диагностических центрах и центрах высоких технологий. Конечно, немедленных дивидендов эта реструктуризация деятельности детских амбулаторно-поликлинических учреждений не принесёт, однако будет способствовать укреплению приоритета отечественной медицины, доказавшей свою эффективность и рентабельность по сравнению со специализированной педиатрией зарубежных стран.

Отдельные фрагменты предлагаемой модели, технология подготовки педиатров общей практики созданы и успешно апробированы в ряде субъектов Российской Федерации (Оренбург, Ярославль). Сегодня необходима реализация пилотных проектов на базе медицинских организаций различной мощности, организационно-правовых форм с целью отработки методологии деятельности таких педиатров, нормирования труда, конкретизации функциональных обязанностей, объёма нагрузки, а также внесения изменений в нормативно-правовую базу.

### Нужны системные преобразования

Итак, по моему мнению, служба ПМСП детям в настоящее время мало эффективна и функционально перегружена. Наряду с приоритетным финансированием участкового звена, необходимо создание новой эффективной структурной модели организации первичной медицинской помощи детям.

Безальтернативной моделью структурного преобразования поликлиники в настоящее время можно считать организацию отделения общей педиатрической практики с введением специальности «педиатр общей практики» как единственного ответственного лечащего врача, готового осуществлять многофункциональную помощь, способного прогнозировать риски развития отклонений в состоянии здоровья, заболеваний и, следовательно, рекомендовать и применять наиболее действенные меры профилактики и лечения, то есть соответствовать принципам медицины «4П» (предикция, превентивность, персонализация, партисипированность).

Данная организационная модель позволит устранить последствия ги-

яний у детей могло и должно быть выявлено участковым педиатром при обычном осмотре ребёнка, но при наличии соответствующей квалификации и создании необходимых условий работы (о чём неоднократно и подробно на страницах «Медицинской газеты» писала профессор А.Грачёва). Наши зарубежные коллеги совершенно справедливо считают, что направление к узким специалистам здоровых детей является недопустимым и чрезвычайно затратным (Наталья Рахманова, «Медицинская газета» № 66 от 04.09.15). Одна из ведущих причин низкой эффективности массовых профилактических осмотров состоит в том, что они проводятся дискретно, а в интервалах между диспансеризацией ребёнок не получает необходимой и рекомендованной ему по итогам профилактического осмотра помощи, в частности по причине дефицита кадров и недостатка финансирования. Выход очевиден: не только лечебная, но и вся профилактическая работа должна проводиться квалифицированным участковым педиатром, который назначает и контролирует индивидуальные профилактические программы с учётом рисков развития тех или иных заболеваний, привлекая специалистов только по необходимости.

Итак, по моему мнению, служба ПМСП детям в настоящее время мало эффективна и функционально перегружена. Наряду с приоритетным финансированием участкового звена, необходимо создание новой эффективной структурной модели организации первичной медицинской помощи детям.

### Сохранить и омолодить

Естественно, реформирование первичной медико-санитарной помощи детям невозможно без включения существенных корректив в стратегическую программу подготовки квалифицированных специалистов – педиатров новой формации.

Прежде всего необходимо восстановить престиж и статус преподавателя высшей школы, в том числе и в лечебных учреждениях, где ведётся учебный процесс, чтобы сохранить оставшихся квалифицированных преподавателей в вузах и привлечь молодых и перспективных.

Образовательный стандарт обучения в медицинском вузе (по основной образовательной программе), а не только первичная аккредитация, должен быть ориентирован на подготовку выпускника к работе в первичном звене

здравоохранения в качестве врача общей практики педиатрического профиля, владеющего профессиональными компетенциями по смежным специальностям, способного осуществлять многофункциональную помощь детям; с последующим введением специальности «педиатр общей практики».

Профессор А.Грачёва в ряде публикаций в «Медицинской газете» убедительно аргументировала возможность подготовки таких специалистов в одногодичной интернатуре (ординатуре), поскольку в России имеются педиатрические факультеты, в отличие от зарубежной системы медицинского образования, где подготовка педиатра в ординатуре ведётся в течение 2-3 лет.

Нуждается в совершенствовании ФГОС-3 в плане большей практико-ориентированности обучения студентов-педиатров на 6-м курсе (по типу субординатуры). Практику в качестве помощника участкового педиатра необходимо перенести на конец последнего семестра обучения (преддипломная практика), поскольку студенты после окончания 5-го курса не готовы к этому ни теоретически, ни практически. Целесообразно дополнить учебную программу в 11-12 семестрах выполнением дипломной работы с последующей её защитой перед ГИА. Дипломная работа является завершающим этапом юрации ребёнка (здорового или с хроническим заболеванием) в амбулаторных условиях. Её защита организуется как 1-й этап ГИА, приём осуществляется комиссией, состоящей из представителей выпускающих кафедр и практического здравоохранения (заведующие поликлиниками и педиатрическими отделениями детских поликлиник). Такой подход был апробирован в Ярославском государственном медицинском институте несколько лет назад. Преддипломная практика под контролем преподавателей и наиболее опытных практических врачей будет полностью соответствовать принципу практикоориентированного обучения, появится возможность оценить компетенции, предусмотренные ФГОС, в том числе этико-деонтологические, коммуникативные и научно-исследовательские; а также позволит поработать самостоятельно (конечно же, под присмотром преподавателя и участкового педиатра) в течение всего завершающего года обучения.

Переход на новую модель организации ПМСП предполагает перераспределение обязанностей между участковым врачом и медицинской сестрой, повышение роли среднего медицинского персонала и организацию самостоятельного сестринского приёма. Для чего необходимо пересмотреть штатное расписание с введением на 1 должность нового педиатра 2 должностей медицинских сестёр. Этому должно предшествовать повышение квалификации медицинских сестёр и внесение изменений в программу подготовки среднего медицинского персонала с акцентом на профилактику заболеваний, формирование здорового образа жизни, оказание амбулаторной помощи детям с хроническими заболеваниями и детям-инвалидам.

### Профилактика и ЗОЖ

Профилактика заболеваний – одна из основных задач здравоохранения. Однако до настоящего времени многие её направления остаются лишь декларированными. Принятая в июле 2017 г. приоритетная программа «Формирование здорового образа жизни» с бюджетом 3528,0 млн руб. ставит цель увеличения доли граждан, приверженных ЗОЖ, до 60% к 2025 г. путём формирования у них ответственного отношения к своему здоровью. Но эффективность информационно-коммуникационной кампании, на которой сделан акцент в программе, вызывает сомнения. Немалое количество исследованных, посвящённых изучению этой проблемы, свидетельствуют, что целевые мероприятия, направленные на изменение поведения, как правило, не рентабельны, и если

это так, то скромно влияют на состояние здоровья населения. Более эффективно формировать ЗОЖ с первых месяцев жизни ребёнка, а не корректировать уже сформировавшийся образ жизни взрослого. То есть роль и значение оптимальной организации ПМСП детям приоритетна и в плане профилактики и формирования ЗОЖ.

В предлагаемой новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь детям, ответственность за проведение профилактической работы целесообразно возложить на средних медицинских работников, работающих с педиатрами общей практики и осуществляющих самостоятельный приём. Это позволит разгрузить педиатра и ликвидировать имеющийся в настоящее время основной дефект в профилактической работе – формализм и отсутствие персонализированного подхода к профилактике.

Ведущими функциональными задачами медицинской сестры педиатрического участка должны быть: формирование у родителей и детей мотивации к ведению ЗОЖ; выявление факторов повышенного риска заболеваний и их коррекция; осуществление контроля за проведением рекомендованных врачом профилактических и лечебных мероприятий и оценка их эффективности у детей диспансерной группы и детей-инвалидов; скрининг-обследования детей в рамках диспансерных и профилактических осмотров; проведение мероприятий по медико-психологической адаптации детей к посещению детского дошкольного учреждения и школы; наблюдение детей в семьях социального риска и т.д.

При такой организации работы поликлиники функционирование отделений медико-социальной помощи, центров здоровья не будет столь необходимым, так как деятельность педиатра, работающего по модели педиатров общей практики, в тесном контакте со средним медперсоналом, по своей сути, медико-профилактическая и социально ориентированная.

### Требуется работа в команде

Одной из причин неэффективно функционирующей системы отечественного здравоохранения сегодня является непрофессионализм, амбициозность и авторитарность ряда руководителей здравоохранения, проявляющиеся в решении важных задач в режиме быстрого реагирования без коллегиального обсуждения, мозговых штурмов и т.д. К сожалению, российские руководители редко выстраивают системную командную работу, опираются в принятии решений на узкий круг пусть и авторитетных в своей области лиц, зачастую не обосновывают свои идеи и решения подчинённым.

В органы и учреждения практического здравоохранения продолжает идти поток скороспелых, противоречащих друг другу документов. Порой рекомендации, изложенные в них, не только исполнить, но и понять трудно. А бравурные отчёты с мест о выполнении зачастую невыполнимых указаний Минздрава России вводят в заблуждение чиновников здравоохранения.

Безусловно, ликвидировать все перекосы нынешнего сложного времени реорганизации здравоохранения и образования сложно. Однако хочется надеяться, что принятие глобальных решений по накопившимся проблемам в дальнейшем будет происходить в атмосфере коллегиальности, открытого обсуждения, с учётом предложений врачебного и педагогического сообщества.

**Наталья ЧЁРНАЯ,**  
заведующая кафедрой  
поликлинической педиатрии  
Ярославского государственного  
медицинского университета,  
профессор,  
отличник здравоохранения,  
заслуженный врач РФ.

Ярославль.

### Деловые встречи

# Хирурги обретают НОВЫЙ ОПЫТ

В Санкт-Петербурге состоялся XXI Национальный конгресс

«Тромбозы, кровоточивость и постоянное внутрисосудистое свёртывание крови»

**Всероссийская ассоциация по изучению тромбозов, геморрагий и патологии сосудистой стенки им. А.А.Шмидта и Б.А.Кудряшова совместно с Военно-медицинской академией им. С.М.Кирова приурочила проведение очередного национального конгресса к Всемирному дню борьбы с тромбозами. Венозный тромбоз эмболизм включает в себя тромбоз глубоких вен и тромбоз эмболизм лёгочной артерии (ТЭЛА).**

Ежегодно в мире имеют место 10 млн новых случаев тромбозов лёгочных артерий. В Европе от венозного тромбоза погибают ежегодно почти 600 тыс. человек. При этом смертность от венозного тромбоз эмболизма превышает случаи смерти от рака молочной железы, рака простаты, автомобильных аварий и СПИДа вместе взятых.

Конгресс состоял из 12 заседаний, на которых было сделано 55 докладов. В его работе приняли участие 270 человек, в том числе ведущие учёные разных специальностей из многих стран мира и городов нашей страны. Вопросам патогенеза тромбообразования и фактором его риска были посвящены выступления председателя Международного общества тромбоза и гемостаза Найджела Кея (США) и Анри Бунамо (Швейцария).

Различные заболевания, приводящие к кровотечению, такие как гемофилия, тромбоцитопатия, тромбоцитопения, васкулопатия, а также методы их диагностики, профилактики и лечения обсуждались в докладах профессоров Иоганна Ольденбурга (Германия), Алексея Мазурова (Москва) и доктора Даниэлы Микович (Сербия). Большой интерес вызвал доклад президента конгресса профессора Игоря Бокарева (Москва), посвящённый современному представлению о ДВС-синдроме, рассматриваемому в качестве отдельной стадии феномена постоянного внутрисосудистого микросвёртывания крови. Современные методы лабораторной диагностики тромбоцитопений различного генеза и рекомендации по проведению дифференциации между гипопродуктивной и иммунной формами тромбоцитопении должны быть приняты клиницистами на вооружение.

Один из ведущих биохимиков, занимающийся вопросами гемокоагуляции, профессор Бьярне Остеруд (Норвегия) в своём сообщении о генерации и амплификации тромбина высказал мысль о том, что полифосфаты активированных тромбоцитов способствуют угнетению пути ингибиции тканевого фактора и тем самым оказывают прокоагулянтный эффект.

Вопросы тромбофилий были проанализированы в докладе профессора Льва Патрушева (Москва), который сообщил о современном состоянии проблемы наследственных тромбофилий в свете фармакогеномики. О генетическом полиморфизме системы гемокоагуляции, определяющей гетерогенность клинических проявлений венозного тромбоз эмболизма, рассказали доктор биологических наук Сергей Капустин и профессор Людмила Папаян (Москва). По нашим данным, тромбофилии при наличии ожирения являются сочетанными факторами риска развития тромбозов.

Профессор Изольда Баскова (Москва) доложила о создании



В перерыве конгресса встретились (слева направо): А.Бунамо, Н.Кей, И.Бокарев, И.Ольденбург

нового метода воздействия на фибринолитическую систему с помощью использования роли изопептидолиза и оригинального лекарства.

Профессор Александр Медведев (Нижний Новгород) поделился опытом хирургического лечения больных с ТЭЛА. Он произвёл более 150 эмболэктомий – больше, чем кто-либо в Европе и, возможно, во всём мире. Академик Ренат Акчурин (Москва) рассказал о лёгочной тромбэндартериэктомии при наличии хронической тромбоэмболической гипертензии лёгочной артерии с парадоксальной эмболией периферических артерий.

Профессор Сергей Сергеев (Москва) предложил проведение клинико-лабораторного контроля для своевременного выявления тромбоэмболических осложнений в плановой хирургии, что так же должно активно использоваться врачами в их клинической практике.

В выступлениях других хирургов рассматривались вопросы диагностики и хирургического лечения непроходимости нижней полой вены и острого портального тромбоза.

Вопросы патогенеза и лечения ишемических инсультов были рассмотрены в докладах неврологов. Также обсуждались современные методы исследования гемокоагуляции и применение антикоагулянтной терапии при тромбофилиях у беременных. Андрей Мельников (Москва) рассказал о тактике их ведения.

Профессор Пьер Маннуччи (Италия) сообщил о роли фактора Виллебранда и современном понимании механизмов тромбоцитических тромбоцитопенических пурпур, вопросах их диагностики и дифференцированного лечения.

Большое внимание было уделено применению новых пероральных антикоагулянтов и обозначены проблемы лабораторного контроля их эффективности, которые могут быть решены с помощью персонализированной медицины. Профессор Конрад Хемкер (Нидерланды) предложил новый метод измерения интенсивности внутрисосудистого микросвёртывания крови, который позволяет понимать действие этих антикоагулянтов. Вышеупомянутая Д.Микович предложила российским учёным присоединиться к работе международного комитета по диагностике редких геморрагических заболеваний.

Ассоциация тромбозов, геморрагий и патологии сосудистой стенки им. А.А.Шмидта и Б.А.Кудряшова опубликовала «Рекомендации по лабораторной диагностике нарушений свёртывания крови», сделанные совместно с Российской ассоциацией медицинской лабораторной

диагностики. Не рекомендуется проводить такие лабораторные методы исследования, как время свёртывания крови, время рекальцификации, тромботест (метод оценки потенциала гемокоагуляции на основании внешнего вида образовавшихся хлопьев или нитей фибрина), так как они не имеют никаких преимуществ перед тестом АЧТВ, отсутствует их стандартизация, и они имеют малую чувствительность и специфичность. Паракоагуляционные тесты для определения растворимого комплекса фибрин-мономера (этаноловый, протаминсульфатный и β-нафтоловый) также имеют низкую чувствительность и специфичность. В 2016 г. ассоциация издала «Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению венозного тромбоз эмболизма». Методами ранней диагностики ТЭЛА являются измерение давления в лёгочной артерии, а также контрастная КТ сердца и лёгочной артерии. Это позволяет распознать тип ТЭЛА и определить тактику лечения. При центральной локализации тромбоза в лёгочной артерии наиболее эффективно оперативное лечение, а при его периферической локализации рекомендуется тромболитизис. В тех случаях, когда имеется комбинированный тип ТЭЛА, лечение зависит от динамики артериального давления в лёгочной артерии в зависимости от проводимого лечения.

Подводя итоги работе конгресса, необходимо отметить ту громадную работу, которую проделал оргкомитет под руководством профессора И.Бокарева, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова в лице профессоров Б.Котива, А.Фисуна, В.Тыренко, а также организация «Смартфарма» и её руководитель В.Медникова, и оценить её самым высоким баллом.

В завершение конгресса была проведена генеральная ассамблея, на которой было решено переизбрать президентом ассоциации профессора И.Бокарева, а вице-президентом – профессора А.Медведева.

Конгрессу предшествовала Международная образовательная школа, проведённая при поддержке Международного общества тромбоза и гемостаза. Полученная информация поможет существенно улучшить диагностику и лечение больных с нарушениями свёртываемости крови в нашей стране.

**Анна ГОЛУБЬ,**  
аспирант кафедры госпитальной  
терапии № 1 Первого Московского  
государственного медицинского  
университета им. И.М.Сеченова.

К сиротским (орфанным) заболеваниям относится транстриетиновая семейная амилоидная полинейропатия (ТТР-САП), предполагаемая частота которой составляет 1 : 100 000 населения. Через 10 лет после появления первых симптомов больной погибает от истощения и сердечной недостаточности. Заболевание обусловлено точечной мутацией в гене, контролирующем выработку транстриетина – белка, транспортирующего гормон тироксин (Т4) и витамин А (ретинол). Отсюда и произошло название транстриетин (транспортёр тироксина и ретинола – ТТР).

ТТР поступает в кровь из печени, а в ликвор – из сосудистого сплетения мозговых желудочков. До недавнего времени единственным способом лечения ТТР-САП была ортотопическая трансплантация печени – основного источника дефектного транстриетина. Сейчас появился ряд стабилизаторов циркулирующего в крови патологического ТТР, замедляющих прогрессирование болезни. Наиболее изученным из них является тафамидис. По случаю регистрации данного препарата в России состоялся симпозиум, на котором российские и зарубежные специалисты обменялись опытом диагностики и лечения системного амилоидоза.

ТТР-САП описана около 50 лет назад в Португалии. В этой стране наряду со Швецией и Японией она встречается наиболее часто. По словам невролога Лучии Галан (L.Galan, Испания), мы не знаем пенетрантности гена ТТР (у скольких носителей патологического гена разовьётся заболевание). ТТР-САП можно заподозрить в случаях быстро прогрессирующей двусторонней сенсорно-моторной нейропатии неизвестной этиологии в сочетании с одним или несколькими другими признаками: семейным анамнезом, вегетативными расстройствами, синдромом запястного канала, ортостатической гипотензией, сердечной недостаточностью неизвестной этиологии, поражением почек, помутнением стекловидного тела, а также необъяснимой потерей веса. Наличие этих признаков у родственников больного указывает на повышенный риск развития ТТР-САП. Диагноз подтверждается с помощью секвенирования гена и биопсии нервов. При этом биопсия при положительном результате генетического исследования и семейном анамнезе болезни не является обязательной. К сожалению, болезнь часто диагностируется на поздних стадиях, когда лечение неэффективно.

Профессор Александр Поляков (Медико-генетический научный



А.Поляков

## Проблемы и решения

# Таблетка вместо трансплантации

## Новый подход к лечению наследственного амилоидоза



К.Рапезци

центр, Москва) представил первые результаты программы скрининга ТТР-САП в России. Пока в нашей стране диагностировано всего 19 случаев этой болезни. Тип наследования – аутосомно-доминантный. В гене ТТР описано 150 мутаций, но чаще всего встречается мутация Val 30 Met (во втором экзоне). Из 19 подтверждённых случаев в 7 была мутация Val 30 Met, причём она встречалась преимущественно у татар.

Кардиолог Клаудио Рапезци (С. Rapizzi, Италия) не считает системный амилоидоз редким заболеванием. Оно не редкое, а недостаточно диагностированное. Дело в том, что симптомы могут



О.Зиновьева

быть очень различными – неврологическими, кардиологическими, урологическими и т.д. Кардиологические расстройства встречаются более чем в половине случаев ТТР-САП. Накопившийся амилоид выступает в роли изолятора, блокируя проведение электрических сигналов («болезнь разобщения»). В результате возникает псевдогипертрофия миокарда со снижением его эластичности. Диагноз подтверждается сцинтиграфией, при которой обнаруживается накопление в миокарде радиоактивного технеция (Тс99).

Профессор кафедры нервных болезней Ольга Зиновьева (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова) представила клинический случай. Водитель автобуса в возрасте 53 лет обратился в университетскую клинику с жалобами на боли и онемение в ногах, затем присоединились слабость в руках, импотенция, запоры и диарея, ортостатическая гипотензия, двусторонний синдром запястного канала. За 2 года похудел на 10 кг и перенёс ишемический инсульт. Безуспешно лечился по поводу метаболической полинейропатии, а диагноз системного амилоидоза был поставлен лишь 5 лет спустя, когда больной стал глубоким инвалидом, прикованным к коляске. В другом случае диагноз поставили больному, прикованному к кровати, после многолетнего

наблюдения. Раз уж в ведущей неврологической клинике диагноз ставится с таким опозданием, то что говорить об обычных больницах и поликлиниках. Если экстраполировать на Россию данные мировой статистики, то диагностированных случаев системного амилоидоза у нас должно было бы быть не 19, а 1-2 тыс.

В завершение симпозиума Л.Галан поделилась 5-летним опытом практического применения тафамидиса. По данным литературы, в 30% случаев при назначении препарата на ранних стадиях заболевания не наблюдалось ухудшения по шкале нейропатических нарушений – ШНН (Neuropathy Impairment Score – NIS); эффект

деления уровня трансаминаз, алиментарных и кардиологических маркёров), определялся уровень белка в моче, оценивались неврологические расстройства (по ШНН и другим шкалам) и больной осматривался кардиологом, раз в год проводилась миография и офтальмологические исследования. К сожалению, общепринятое определение прогрессирования ТТР-САП отсутствует – приходится полагаться на субъективное мнение врача и больного, изменение индекса массы тела, сумму баллов по ШНН и т.д.

Выявление мутантного гена у родственников больного является нерешённой этической проблемой. Например, в приведённом



Л.Галан

месяцев). В 7 случаях эффекта от лечения не наблюдалось. При этом препарат хорошо переносился и не имел побочных эффектов. Каждые полгода проводился биохимический анализ крови (опре-

О.Зиновьевой случае родственники больного категорически отказались от предложенного генетического анализа. Во время дискуссии возник вопрос, можно ли назначить препарат носителям дефектного гена с профилактической целью. Ответ Л.Галан был отрицательным: во-первых, мы не можем предсказать, разовьётся ли у носителя болезнь. Во-вторых, препарат фантастически дорог. Председатель симпозиума профессор Сергей Никитин (Москва) сравнил стоимость лечения с ценой крыла «Боинга». Месячный курс обходится в 800 тыс. руб. Однако если тафамидис будет включён в список жизненно важных препаратов, то больные смогут получать его бесплатно.

Обсуждался вопрос и о перспективах лечения системного амилоидоза. Как считает К.Рапезци, будущее принадлежит комбинированной терапии, где назначение стабилизатора ТТР будет сочетаться с введением антител, разрушающих амилоид. По мнению профессора С.Никитина, перспективно применение катехол-О-метилтрансферазы. Но на сегодняшний день тафамидис является единственным одобренным лекарством для лечения наследственного транстриетинового амилоидоза.

Олег СЛАВИН.

МИА Сито!

Москва.

## Прощание

Единственная в мире женщина-кардиохирург, владеющая всеми методами операций на сердце, основательница собственной научной школы, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ Елена Литасова скончалась в Новосибирске в возрасте 87 лет.

Выпускница Иркутского медицинского института, она была уникальным специалистом: в равной мере владела навыками общей хирургии, торакальной, сердечно-сосудистой, хирургической урологии. В начале своей хирургической карьеры освоила методику интубационного наркоза и обеспечивала анестезию на операциях.

В 1966 г. Елена Евгеньевна про-

# Ей не было равных...

шла конкурс и стала младшим научным сотрудником только что созданного в Новосибирске Научно-исследовательского института патологии кровообращения. Так начался её долгий профессиональный путь в большой кардиохирургии. Основным направлением деятельности Е.Литасовой было лечение врождённых пороков сердца, она оперировала детей с самыми сложными формами заболеваний сердца. Красивая хрупкая женщина с сильным характером, за свою хирургическую жизнь она выполнила более

10 тыс. операций и воспитала целое поколение кардиохирургов. Неуспокоенность, стремление добиться лучших результатов заставляли Елену Евгеньевну постоянно совершенствовать хирургические подходы, она была настоящим учёным и изобретателем. Например, известный во всём мире метод углублённой гипотермической защиты, который позволял останавливать сердце на 60-70 минут при охлаждении тела пациента до 22-24°C и выполнять операцию, был разработан и внедрён Е.Литасовой и её коллегами.

В 1990-1999 гг. Е.Литасова занимала пост директора Научно-исследовательского института патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина, а с 2000 г. до последних дней жизни была почётным директором института.

О таких, как Елена Евгеньевна, говорят: человек-эпоха. И в данном случае это не преувеличение.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Фото представлено  
НИМЦ им. Е.Н.Мешалкина.



Ну и ну!

## Горький осадок сладких моментов

Учёные из Университета Манитобы (Канада) совершили открытие – сахарозаменители негативно влияют на человеческую массу тела, а именно увеличивают её, повышают вероятность развития сахарного диабета 2-го типа, а также способствуют увеличению цифр артериального давления и развитию сердечно-сосудистых патологий.

Популярность использования искусственных подсластителей обуславливается тем, что они низкокалорийные, отчего их с каждым днём всё больше используют в качестве ингредиентов напитков, лекарственных препаратов и пищевых продуктов. Ранее уже было доказано, что такие вещества негативно сказываются на обмене веществ, составе кишечной микрофлоры и аппетите. Однако в прошлый раз результаты научных изысканий были противоречивыми.

Именно по этой причине канадские исследователи решили изучить иные аспекты сахарозаменителей. В первую очередь учёных заинтересовала взаимосвязь между изменениями индекса массы тела, развитием сердечно-сосудистых заболева-

ний и потреблением искусственных подсластителей.

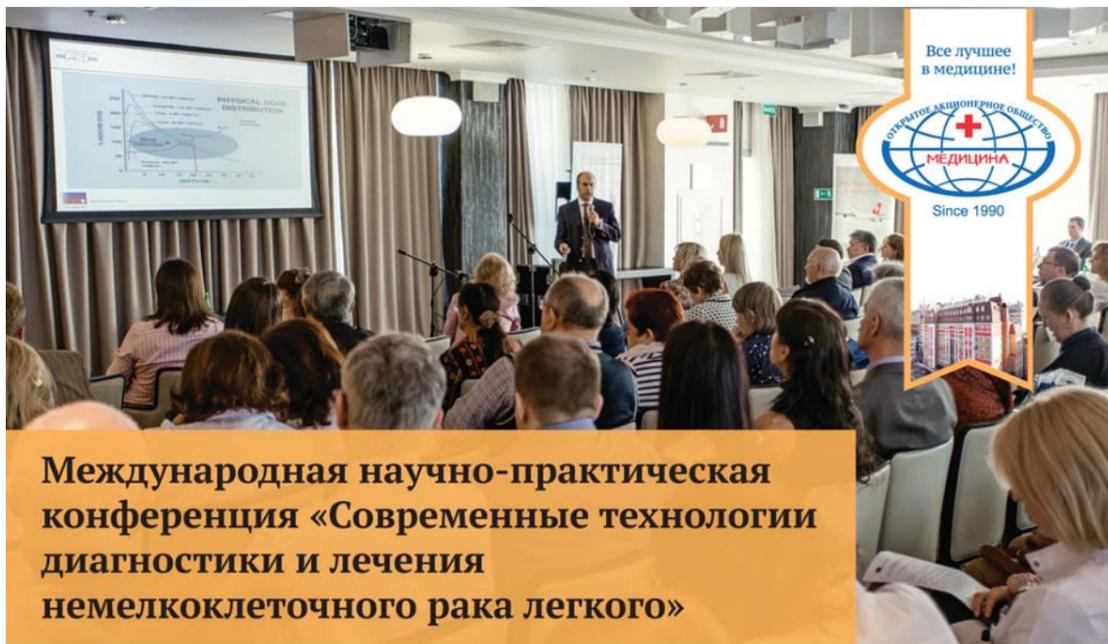
Чтобы получить необходимую информацию, были проанализированы данные 37 исследований, которые проводились на протяжении последнего десятилетия. Стоит отметить, что в общей сложности в них принимали участие 400 тыс. добровольцев. В конечном итоге была отобрана тысяча человек, за которыми на протяжении полугода пристально наблюдали.

Благодаря учёту многих специфических научных факторов удалось узнать, что подсластители не только не снижают массу тела, но, наоборот, увеличивают её. Помимо этого, у контрольной группы наблюдалось повышение АД и высокий риск развития болезней со стороны сердечно-сосудистой системы.

Таким образом, ни одно из исследований не показало того, что сахарозаменители снижают индекс массы тела. Дальнейшие изучения будут направлены на выяснение, как употребление подсластителей в период вынашивания ребёнка отражается на весе младенцев.

Марк ВИНТЕР.

По материалам Science Daily.



### Международная научно-практическая конференция «Современные технологии диагностики и лечения немелкоклеточного рака легкого»

Документация по учебному мероприятию представлена в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО

Дата проведения: 7 декабря 2017

Москва, клиника «Медицина»,  
2-й Тверской-Ямской переулок, 10

Участие в конференции бесплатное

Регистрация на сайте клиники ОАО «Медицина»

[https://www.medicina.ru/about/for\\_practic\\_doctors/seminars/nmo/](https://www.medicina.ru/about/for_practic_doctors/seminars/nmo/)www.medicina.ru  
gazeta@medicina.ru

(499) 250-84-96

Исследования

## Гений или эгоист

Наверняка многим знаком стереотип, что дети, у которых есть братья или сёстры, вырастают менее эгоистичными по сравнению с теми, кто является единственным ребёнком в семье. Некоторые психологи объясняют многие поведенческие различия и даже отклонения наличием или отсутствием братьев и сестёр.

Как показало новое исследование китайских учёных, на самом деле речь идёт не только о детской психологии – ревности, обиды или повышенном внимании (хотя всё это отражается на подсознании), – но и о структурных различиях в развитии мозга, связанных больше с неврологией, нежели с психологией.

В ходе работы специалисты из Юго-западного университета Цзяотун Китая провели МРТ-сканирование мозга более 300 молодых людей из двух групп. Участники первой росли с братьями или сестрами, а во второй находились студенты, которые были единственными в семье.

Как выяснилось, объём серого вещества у добровольцев из первой и второй групп существенно различался. По словам учёных, это первое неврологическое свидетельство в данной области, связывающее изменения в структуре головного мозга с различными видами поведения.

Как отметили авторы работы, кандидаты были самыми разными, поскольку демографическая политика Китая ограничивает не все семьи, и многие родители имеют двух и более детей.

Более ранние исследования в этой области показали, что ребёнок без братьев и сестёр в детстве более эгоистичен и менее склонен делиться чем бы то ни было со своими сверстниками. В то же время у таких детей больше когнитивных преимуществ.

В ходе нового исследования, помимо сканирования головного мозга, участников попросили пройти различные тесты для измерения интеллекта, уровня творческого развития и на выявление личностных характеристик. Результаты не продемонстрировали существенных различий в уровне интеллекта среди участников обеих групп, но показали, что юноши и девушки из второй группы (те, кому доставалось всё внимание

родителей) проявляли большую гибкость в мышлении. Иными словами, ключевой показатель уровня творчества и креатива у них был выше.

В то же время вторая группа показала более низкий уровень доброжелательности (или приятности в общении). Наряду с экстраверсией, добросовестностью, нейротизмом и открытостью к опыту этот фактор входит в пятёрку основных показателей, которые выявляет методика психологической диагностики личности под названием NEO PI-R (Revised NEO Personality Inventory, пересмотренный личностный опросник NEO).

Данные тестов совпали с результатами сканирования: у молодых людей, которые были единственными детьми в семье, учёные отметили большой объём надкраевой (супрамаргинальной) извилины. Эта часть теменной доли связана с восприятием и обработкой информации, и её размер коррелирует с гибкостью мышления.

Любопытно, что другие области мозга также различались в объёмах: например, медиальная префронтальная кора, которая связана в том числе с социальным поведением, у участников из первой группы оказалась в среднем больше в объёме. Это как раз коррелирует с показателями доброжелательности в общении.

Авторы работы не делают твёрдых выводов о причинах таких различий, однако предполагают, что их могут объяснить особенности воспитания. Вероятно, родители возлагают большие надежды на своего единственного ребёнка, и потому более усиленно развивают в нём интерес к разного рода творчеству. В то же время меньшая доброжелательность может быть результатом чрезмерного внимания со стороны членов семьи.

Исследователи также подчёркивают, что для более уверенных выводов стоит провести исследование среди других групп людей, ведь в данной работе участников объединяла не только этническая принадлежность, но также уровень образования и возраст. Кроме того, определённую роль может играть социальный статус семьи, а также отношения между родителями.

Софья РУШАНСКАЯ.

По материалам Brain Imaging and Behaviour.

Почему бы и нет?

В мировых СМИ появились интересные сообщения, касающиеся диагностики и профилактики онкозаболеваний.

\* \* \*

Так, японские учёные сообщили, что им удалось разработать методику диагностики рака с помощью анализа крови. Специалисты научились определять с точностью 95-97% рак молочной железы, желудка,

бесплодием. Также манго рекомендуют при запорах и других проблемах желудочно-кишечного тракта.

Этот фрукт богат витаминами А, В, С, D, Е, содержит сахарозу, глюкозу, ксилитозу, фруктозу, незаменимые для организма аминокислоты, фосфор, железо и кальций. Также в плодах много каротиноидов, особенно в тех, которые имеют более тёмную окраску кожуры. Кроме того, манго содержит по-

## В вечном онкопоиске

кишечника и костей, причём даже на ранней стадии.

Пока методика была апробирована на 40 тыс. замороженных образцов крови, где большинство анализов были взяты у людей, больных разными формами рака. Теперь планируется новое исследование, в котором примут участие 3 тыс. добровольцев, как здоровых, так и больных.

Тест определяет специальные маркёры, характерные для той или иной формы рака, то есть маленькие некодирующие молекулы РНК. Ранее многие учёные уже ставили подобные эксперименты, но пока ни один вариант диагностики не получил одобрения для клинических испытаний. Будет ли внедрена новая методика, пока не ясно – всё зависит от результатов второго этапа лабораторных исследований.

Если же методика покажет свою эффективность и будет внедрена, то, как считают учёные, это может спасти миллионы жизней, поскольку значительно увеличится скорость постановки диагноза, а это очень важно при лечении рака.

\* \* \*

Американские исследователи выяснили, что манго может использоваться как прекрасное средство для профилактики рака. В этом фрукте содержатся вещества, которые помогают нейтрализовать токсины, а также препятствуют появлению и размножению раковых клеток.

Манго считается прекрасным средством для поддержания иммунитета и борьбы с воспалениями. Кроме того, это довольно сытный плод, который легко усваивается, поэтому его дают больным для восстановления сил. В Индии лекари советуют включать в пищу манго людям, которые имеют проблемы с потенцией, либидо или

лифенол, который является эффективным средством для профилактики рака молочной железы и кишечника. Это вещество находит дефектные клетки и программирует их на уничтожение.

Наряду с этим североамериканские учёные сообщили, что сыр с плесенью и горох являются эффективным средством для профилактики рака печени. Также в этом деле помогут грибы и кукуруза. Во всех этих продуктах содержится особое вещество – спермидин. В сырах с плесенью и горохе его больше, а в грибах и кукурузе – несколько меньше.

Кроме того, данное вещество обладает сильным антиоксидантным действием и может стать средством, позволяющим существенно увеличить продолжительность жизни.

Во время эксперимента медики давали крысам, имевшим предрасположенность к раку печени, спермидин. Он оказался эффективным средством для предотвращения развития опухолей, замедлял их рост. Но выяснилось, что это не единственный положительный эффект. У здоровых грызунов, которых с детства кормили добавкой со спермидином, продолжительность жизни увеличилась примерно на четверть. Это феноменальный результат – при аналогичном воздействии на человека мы могли бы запросто прожить до ста лет.

Даже у грызунов, которым добавку начали давать во взрослом возрасте, было отмечено увеличение продолжительности жизни, правда, не такое существенное – примерно на 10% по сравнению с теми, кто никогда не получал спермидин.

Ян РИЦКИЙ.

По материалам CNN.

Фабула бредовых конструкций синдрома Кандинского – Клерамбо всегда становится зеркалом культурно-социально-экономического статуса цивилизации, отражая его реалии в текущий момент времени. Но зеркало это – кривое, ибо отражает действительность так, как её воспринимает психически больной человек, а точнее – интерпретирует: галлюцинации в структуре синдрома Кандинского – Клерамбо возможны, но они, как правило, имеют характер псевдогаллюцинаций, не относятся к деятельности анализаторов, и потому суть этого состояния выражает система патологического мышления.

### Новая бредовая фабула

При этом сама схема синдрома, его стратегический концепт остаются неизменными: отчуждённость некоторых персональных процессов – мышления, эмоций, движений, – которые, повинувшись диктату патологических автоматизмов, выглядят для больного человека как «не ему принадлежащие, отобранные какими-то тайными или явными врагами». Но тематическое наполнение фабулы претерпевает культурно-исторические изменения, в результате которых мыслями и действиями пациента в зависимости от эпохи могут «управлять (руководить)» или «петь птицы Кетцалькоатль», или «луч, испускаемый кораблём инопланетян». В силу этих обстоятельств в Лете периодически тонут сюжеты, утратившие социальную актуальность, как, например, бред «преследования со стороны царской охраны». (Что не означает того обстоятельства, что они не могут иногда всплывать снова).

Сегодня – практически у нас на глазах – возникает новая бредовая фабула, которая имеет все шансы стать долгоиграющей. Тема изъятия («отчуждения») индивидуальных биоматериалов «в интересах зарубежных госуслуг», по всей видимости, в ближайшее время станет тематическим трендом синдрома Кандинского – Клерамбо. Становление именно такой фабулы бреда облегчается той верой в возможности магии и способы её воздействия на человека, которая существовала на протяжении многих тысячелетий, и потому теперь легко всколыхнётся в глубине исторической памяти нашей цивилизации.

По мнению этнолога Дж. Фрезера, древняя магия могла быть:

а) контактной: непосредственное воздействие шамана или магического предмета, прикасающихся к объекту, который следует заколдовать (мифический царь Мидас превращал в золото всё, до чего дотрагивался);

б) симпатической: «влияние» оказывалось на расстоянии посредством предмета, некогда принадлежавшего субъекту или бывшего частью его тела (одежда) – волосы, окровавленная повязка, образки ногтей (вовсе не случайно гоголевская Оксана просит кузнеца Вакулу принести ей «черевички, в которых ходит царица»; можно вспомнить и библейскую историю о Самсоне и

### Тайное и явное

# Магия кривых зеркал

Насколько оправданы опасения в связи с зарубежными исследованиями биоматериалов россиян?



Неужели магам было ведомо то, о чём наука догадалась сравнительно недавно!

Далиле). Запрет на переливание крови, распространяемый сектой «Свидетели Иеговы», по сути, основан на языческих страхах перед магией колдунов.

Тема исследуемых неведомо кем (и непонятно зачем) биоматериалов в нынешней ситуации выглядит угрожающе-тревожно даже для людей, привыкших мыслить рационально. Человек психически неустойчивый будет подозрительно сооружать ментальные конструкции неопределённого содержания, оснащённые тревогой. Субъект психически нездоровый и вовсе сойдёт многоцветный гобелен бреда, в который им будут вплетены нити патологических ощущений (ибо любой, в том числе мнимый укус комара будет интерпретирован пациентом как, к примеру, «след от иглы, которой у него во сне брали кровь»); идей отношения («в автобусе пассажиры отводили глаза, так как они заодно, и им всё обо мне известно»); идей воздействия («в парикмахерской мои остриженные волосы были собраны и увезены в неизвестном направлении»)… Основой этого гобелена станут интерпретированные и оркестрованные бредом автоматизмы, то есть собственно синдром Кандинского – Клерамбо: «мои мысли украли, мои чувства мне не принадлежат, мои действия совершаю не я». И все эти симптомы будут вытекать из той бредовой убеждённости, что «биоматериалы были взяты именно для того, чтобы завладеть личностью, «подчинить» её себе, – «заколдовать» посредством симпатической магии, «сделать» её «популярным роботом», утратившим индивидуальность.

Формированию такой фабулы бреда будет способствовать регулярно возникающая в средствах массовой информации тема «киборгов», имеющая под собой

воплне реальные основания: всё большее число аппаратов и интеллектуальных протезов входит в арсенал практической медицины, формально превращая любого субъекта, использующего искусственный орган, в кибернетический организм, «оснащённый чипом», и, соответственно, «во вражеского резидента, «внедрённого в человеческий социум». Впереди – развитие системы «самозащиты» психически больных людей, их ухищрения, направленные на то, чтобы сохранить свои «биоматериалы» при себе, или на то, чтобы уничтожить их максимально эффективным способом, или уберечь от «посягательства» иным методом. При этом хорошо понятно, что патологическая конструкция «преследуемый – преследователь» тоже не канет в небытие. Когда фабула бреда сформирует «окачательную ясность» происходящего для пациента и он «убедится в том, что является объектом преследования», психически больной человек начнёт донимать не только парикмахеров, но и врачей самых разных специальностей: от стоматолога – до гинеколога, требуя вернуть ему то, что было резецировано и экстирпировано. Врач, отказавший пациенту, скорее всего, окажется в числе «врагов» и «злоумышленников рода человеческого» со всеми вытекающими из этого тезиса последствиями. И здесь со стороны таких больных вполне возможны агрессивные действия, характеризующиеся внезапностью и изобретательностью.

### «Прямое знание»

Однако, как гласит известный афоризм, «Если у вас паранойя, это не означает, что за вами не следят». Неспроста М.Цукерберг заклеил скотчем подсматривающий глазок

объектив на своём персональном компьютере.

Фабулу, формально отвечающую многим признакам синдрома Кандинского – Клерамбо, уже комментируют политологи, военные и медицинские эксперты, приводя данные о количестве и характере деятельности иностранных медико-исследовательских лабораторий, находящихся на территории бывшего СССР. Как оказалось, эти довольно многочисленные организации занимаются весьма разнообразными делами (в том числе и изъятием биоматериалов). На них не распространяется законодательство стран, территории которых эти лаборатории используют. Эти структуры, как оказалось, превосходно финансируются. Их деятельность – ни финансовую, ни производственную – не могут проверять комиссии стран, в которых они базированы (существует прямой запрет даже на посещения этих лабораторий какими бы то ни было местными инспекциями). Работниками этих учреждений не могут являться аборигены. И т.д., и т.п....

Некоторые из экспертов считают, что деятельность этих лабораторий может быть направлена на создание биологического (генетического) оружия. Именно по этой причине так высок интерес к биоматериалам граждан бывших республик СССР: поиск этнической геномной специфики, по мнению специалистов, помогает установить локусы и условия оптимального внедрения повреждающего агента, позволяющего нанести урон и ущерб. Возможно, говорят эксперты (Г.Онищенко), речь и не идёт о полномасштабной биологической войне, однако организация локальных эпидемий, в том числе причиняющих вред сельскохозяйственным культурам и животным, является вполне реальной.

Всё это выглядит как индуцированный бред, при том что, по всей видимости, объективно таковым не является. Но весь антураж и стилистика деятельности биологических лабораторий и цели, ими преследуемые, по существу, воспроизводят ритуалы шаманов и колдунов.

Выходит, что симпатическая магия имела под собой более чем реальные основания?

Возникает вопрос: каким образом колдунам было ведомо то, о чём современная наука догадалась сравнительно недавно?

Проще всего объяснить это совпадением и случайностью, но столь точное воспроизведение древнейшей магической системы в XX веке заставляет задуматься о каких-то иных причинах.

И тут всплывает термин «прямое знание», который достаточно давно используется серьёзными учёными, осознанными, что бывают случаи, когда можно обойтись без костылей

эмпирики, микроскопов дедукции и пошло-примитивной логики детерминизма.

Этим же «прямым знанием», вероятно, обладают поэты (платоновское «священное безумие») и многие психически больные люди, которые чаще всего не могут использовать и применить свои прозрения в силу того, что либо к ним относятся скептически и невнимательно, именно как к «безумцам» (всем известна история Кассандры), либо они сами не могут разобраться в собственных крайне сложных ментальных озарениях-построениях, излагая их туманно, непоследовательно и противоречиво (Д.Андреев, Э.Сведенборг).

Но иногда поэты, пророки и безумцы перестают принадлежать себе и становятся орудием каких-то иных сил, проводниками их замыслов. (Отсюда – «отчуждённость» их психических процессов). Тогда вспышка осознания озаряет их мозг (душу?) ослепительной молнией, и Андрей Белый пишет в 1921 г.: «Мир – рвался в опытах Кюри атомной лопнувшей бомбой...»; Дж.Свифт предсказывает: «Я начну умирать с головы»; а М.Лермонтов пророчит за несколько десятков лет до революции 1917 г.: «Настанет год, России чёрный год, когда царей корона упадёт»...

Все эти строки настолько конкретны и точны, что их невозможно объяснить просто совпадениями. И тогда невольно задаёшься вопросом: что, если бредовые конструкции психически больных людей могут быть верными, но в другом месте и времени актуальными для иного хронотопа? И безумцы могут знать то, что действительно имело место, но в другую эпоху, в иной цивилизации и свойственно какой-то другой культуре, именно по этой причине выглядят людьми «не от мира сего»? Им удалось заглянуть в отверстие так называемой кротовой норы или скважины «червячного перехода» и увидеть другие миры, которые необязательно лежат в Космосе пространства: можно обитать и в Космосе времён, читая архетипы, язык, затёртый культурными и паракультурными наслоениями. Этот праязык понятен поэтам и безумцам, кривые зеркала которых отражают другие времена и иные ландшафты.

А если это забытые нынешней цивилизацией, разучившейся понимать собственный не так, то кто сможет объяснить, почему безграмотный швейцарский каменотёс А.Вёльфли регулярно воспроизводил в своих рисунках тибетские мандалы, зная о коих априори не мог?

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

### Эксперименты

## Когда калории безобидны

Группа американских специалистов выяснила, в какое время суток лучше всего потреблять высококалорийную еду.

В ходе исследования, проведённого в Школе здравоохранения при калифорнийском Университете Лома Линда, эксперты пришли к выводу, что наибольшая доля калорий должна приходиться на завтрак, а мини-

мальная – на вечерний приём пищи.

В эксперименте участвовали 50 тыс. добровольцев, которые на протяжении нескольких недель придерживались определённого режима питания. Оказалось, что участники, которые более плотно завтракали, имели стабильный индекс массы тела, в отличие от тех, которые сытно ужинали. При этом испытываемые потребляли примерно одинаковое количество калорий в день.

Как пояснили учёные, сытный завтрак снижает тягу к перекусам и вредным продуктам, что положительно отражается на уровне содержания холестерина в крови и общем потреблении энергии, а также чувствительности к инсулину. В то время как калорийный ужин ведёт к противоположному эффекту и увеличивает риск набора массы тела.

Анастасия СВЯЖИНА.

По информации Journal of Nutrition.



Мало у нас людей, которые хотя бы раз не слышали о Подмосковной жемчужине – музее-усадьбе «Архангельское». Каждую субботу и воскресенье, несмотря на погоду, сюда съезжаются не только столичные любители, но и туристы со всей многоликой России и зарубежья. Окружающая природная красота, покой, изысканность ландшафта, архитектурные и скульптурные шедевры никого не оставляют равнодушными. Не случайно несколько лет назад «на кусочек его земли» стали покушаться наши богатеи, задумав возводить здесь свои особняки. Слава богу, после долгой борьбы защитников сохранения историко-культурных ценностей наше правительство приняло решение о запрете любого строительства на этой территории.

### Яркий пример

Архангельское знаменито ещё и тем, что здесь находится наше медицинское учреждение – военный санаторий (построенный в былые советские годы) с прекрасной лечебной базой. А в прошлом году в усадьбе отмечалось знаковое для страны событие – церемония награждения победителей Всероссийского конкурса «Лучший врач».

Красота всегда восхищает, а потому наследие, подаренное нам предками, вызывает огромное чувство благодарности. Усадьба создавалась и принадлежала многим знаменитым российским фамилиям, но последними владельцами её были богатейшие люди России, аристократы – князья Юсуповы. Среди них было много выдающихся людей, но особое восхищение вызывают женщины, среди которых последняя владелица усадьбы Архангельское княгиня Зинаида Юсупова – яркий пример человека неординарной судьбы, женщины неслышимой воли и силы духа.

В эти дни, когда слышны отголоски знакового и в тоже время трагического события – 100-летия Октябрьской революции, княгиня Зинаида Юсупова снова предстаёт перед нами.

Отдыхая этой осенью в санатории «Архангельское», я провела два незабываемых вечера на лекциях, посвящённых этой великой и прекрасной женщине, которые состоялись благодаря членам клуба любителей истории этого края. Вслед за этим и родился материал, который, надеюсь, будет прочитан нашими читателями с интересом и пользой.

На рубеже XIX–XX веков в России, среди ста фамилий титулованной знати Юсуповы занимали 17-е место, они принадлежали к числу богатых российских землевладельцев. В 1861 г. в семье князя Н.Юсупова родилась дочь Зина, первенец. Она была крещена в Морском Богоявленском Николаевском соборе в Петербурге при участии императора Александра II.

С ранних лет девочка много времени проводила с родителями за границей. Как было принято в аристократических семьях, «Каплюша», так называла Зиночку мама, говорила на немецком, французском языках, росла живым ребёнком, проявляя весёлый характер, сердечность, любовь к играм и танцам. Отличало её и немалое упорство, Зину трудно было заставить делать то, что девочке не нравилось. Отец Николай Борисович часто находился за границей и присылал домой вместе с письмами свои фотографии. Когда у

маленькой девочки спрашивали: «Где папа?», она упрямо молчала, но стоило её оставить в покое, как пальчиком указывала на его фото со словами: «Папа, папа». Отец её обожал, да и она была к нему сильно привязана.

Русский патриотизм – это, несомненно, генетически заложенное качество в нашем народе – будь то богатый человек или простой крестьянин. И Юсуповы не были здесь исключением. Несмотря на долгие годы пребывания за границей, они всегда считали себя русскими. Хотя только

Юсуповых проводило лето – июль и август – в Архангельском, а осенью уезжало в своё любимое крымское имение Кореиз. Они постоянно переезжали, бывая в загородных дворцах и резиденциях. Зинаида Николаевна как истинный ангел-хранитель семьи поддерживала семейные традиции, репутацию фамилии, крепила близкие отношения между любящими членами семьи. Но время было трудное, события менялись стремительно. Тем не менее Зинаида Николаевна стремилась передать сво-

прекрасно танцевала. При дворе её называли «Сиянием». Во дворцах и загородных резиденциях, принадлежавших семье, частная жизнь не отличалась от общественной. Особые праздники были на Рождество и Пасху. По словам нашего знаменитого художника Бенуа, в усадьбе «Архангельское» жил «царственный дух золотого века» французской монархии. Надо отметить, что никаких портретов в семье не писалось так много, как Зинаиды Николаевны. Самый знаменитый «Юсуповский цикл»

стариков, Петербургскому женскому медицинскому институту, она была членом Российского общества Красного Креста. В Первую мировую войну семья Юсуповых перевела свои вклады из иностранных банков в российские, на средства Зинаиды Николаевны оборудовались поезда и лазареты, организовывались госпитали и санатории для раненых.

### Беда не приходит одна

В ночь с 16 на 17 декабря 1916 г. в Юсуповском дворце на Мойке в С.-Петербурге произошло страшное событие – убийство Григория Распутина. Аристократы, считавшие его «демоном», несчастьем царской семьи, любимцем императрицы, решили избавить Россию от человека, долгие годы, как они считали, бывшего большим злом для государства. История эта хорошо известна. По приказу царя Николая II младший сын Зинаиды Николаевны Феликс, участвовавший в убийстве, был сослан в своё имение Ракитное, куда за ним последовала и вся семья. Горе матери и волнение за судьбу сына не сломили княгиню. Вернулись Юсуповы в столицу только после Февральской революции 1917 г. В это же время произошло и отречение царя от престола. Всё, что происходило вокруг, не вселяло надежды, они трезво оценивали происходящее. Вскоре семья вынуждена была уехать в Крым, в любимое имение Кореиз, куда ещё не докатилась революция и где было спокойнее и безопаснее. Обстановка в России накалялась, и 13 апреля 1919 г. они поднялись на борт британского броненосца «Мальборо», прибывшего в Севастополь за императорской семьёй, и покинули Россию навсегда, но оставили нам, потомкам, свои дворцы, богатейшие сокровища, которые по решению новой власти стали музеями.

Жизнь за рубежом без любимой Родины, тоска по ней – переносить всё это было нелегко. То немногое, что они успели увести с собой, позволило первое время жить безбедно – сначала в Риме, где скончался муж княгини, затем в Париже у сына Феликса, который оказался, как сказали бы нынче, неплохим предпринимателем. Теперь княгине оставалось жить былыми воспоминаниями. Но большие моральные и физические испытания, выпавшие на долю Зинаиды Николаевны, как вспоминали современники, не потушили в ней внутреннего света. Как оказалось, громадное состояние, социальное положение не были для неё существенными, и когда она всё это потеряла, её моральный дух выстоял. В радости и в горе, в богатстве и в бедности она оставалась той же Зинаидой Николаевной. Княгиня прожила красивую, трудную, долгую жизнь и была похоронена на русском кладбище Сент-Женевьев-де-Буа под Парижем. Но до сих пор она остаётся для нас примером замечательного женского русского характера. Княгиня Зинаида Юсупова – символ ушедшей эпохи, её величия и блеска. Пример для нас всех – её убеждённости в том, что лучше богатство человека – его репутация, что её надо беречь, жить делом, идеалом, не забывая, что за всё придётся ответить перед людьми и Богом.

Валентина ЗАЙЦЕВА,  
корр. «МГ».

Архангельское,  
Московская область.

### Далёкое – близкое

# Судьба княгини

## В ней отразилась великая и трагическая судьба Российской империи

В 8 лет родители стали учить девочку, знавшую лишь отдельные русские слова, родному языку. Понятно, что юная княжна занималась с учителями историей, литературой, живописью, музыкой и даже политической экономией. С годами она хорошела, как-то один из берлинских портретистов даже сравнил её с «грациозным видением». В молодости Зиночка посещала балы, вместе с друзьями из высшего общества и августейшей семьи участвовала в пикниках, зимой каталась на коньках. Девушка считалась самой богатой невестой России. К ней сватались представители лучших родов Европы, не исключая царствующих особ, но она отказалась от всех партий и выбрала себе супруга сама. Официера, графа Феликса Феликсовича Сумарокова-Эльстона, которого встретила в салоне Марии Воронцовой. Отец не давал согласия на брак, думал, что дочь переменит своё решение. Согласно семейной легенде, Зинаида Николаевна первой сделала шаг к помолвке, и венчание 20-летней княжны состоялось. Что ж, и здесь проявился её характер.



З.Юсупова глазами художника В.Серова, 1900 г.

### Семья и дети

Молодая Юсупова была фрейлиной императрицы Марии Александровны. Её супруг не был примечательной личностью, но он сделал блестящую карьеру военного. В семье родились двое сыновей – Николай и Феликс. Старший Николай с годами стал резок, уважал только своё мнение, делал, что хотел, и рано погиб на дуэли. А Феликс окончил Оксфордский университет, проявлял интерес к политической экономии, литературе и философии. Благодаря ему семья установила родственные связи с императорской фамилией. Он женился на племяннице последнего русского царя Николая II Ирины Александровны, их бракосочетание в феврале 1914 г. стало последним праздничным событием императорской России. Красавица Ирина стала тем «роковым подарком», который позволил заманить знаменитого Григория Распутина во дворец Юсуповых, где он и был убит.

Но до этой трагической даты было ещё далеко. Семейство

им сыновьям понятие о чести, личном достоинстве, верности данному слову, щепетильности в денежных делах. Именно она многое сделала для сохранения художественных ценностей – наследия семьи, которыми мы любимся до сих пор. Тот, кто из нас бывал в роскошном Юсуповском дворце на Мойке в Санкт-Петербурге, может по-настоящему оценить значение этой великой женщины в жизни России. Только в Петербурге они владели 4 дворцами. Да и в Москве есть «волшебные» дома этой семьи. Ежегодный доход Юсуповых превышал 15 млн золотых рублей.

Когда в 1884 г. профессор И.Цветаев стал инициатором создания нынешнего Государственного музея изобразительных искусств им. А.С.Пушкина (бывший Музей изящных искусств) в Москве, Юсуповы вложили в него немалые средства, на них сооружался и Римский зал, который при открытии музея назывался их именем. Княгиня всегда беспокоилась о сохранении художественного наследия, понимая его значение для Родины.

Вступление в новое столетие не предвещало трагических перемен в жизни Российской империи. Юсупова блистала в свете, бывала на балах и приёмах, вращалась среди знаменитых людей, художников,

принадлежит В.Серову. Портрет Зинаиды Николаевны, созданный во дворце на Мойке, по праву считается лучшим, он изыскан, гармоничен, в нём тонко подмечены стиль и эстетические пристрастия модели.

По воспоминаниям сына, главный уют был в матушкиных комнатах. Они излучали тепло её сердца, свет её красоты и изящества. Все, кто её знал, считали княгиню «совершенным типом очаровательной светской женщины, будто она задалась целью всякого очаровать и обворожить».

Обширные художественные коллекции, которыми владели Юсуповы, никогда не оставались «вещью в себе». Зинаида Николаевна широко знакомила публику с произведениями из семейного собрания, постоянно сама участвовала в выставках, которые устраивали в Петербурге члены императорской семьи с благотворительными целями. Мысли об общественной и образовательной миссии собрания неоднократно высказывались Юсуповыми. Зинаида Николаевна и её супруг в 1900 г. составили завещание, которым подтверждали, что «в случае внезапного прекращения рода все семейные художественные коллекции, всё собрание поступает в собственность Государства». Сейчас, когда мы являемся свидетелями разграбления художественных ценностей России, вывоза их за рубеж, продажи на аукционах, то испытываем настоящую боль и ещё глубже осознаём подвиг наших предков.

На протяжении всей жизни Зинаида Николаевна занималась благотворительной деятельностью, которую начала с 18 лет, затрачивая на неё большие денежные средства. И неслучайно ей был вручён диплом императрицы Марии Фёдоровны на звание попечительницы Петербургского детского приюта, княгиня оказывала покровительство воспитательным домам, приютам, образовательным учреждениям, Марфо-Мариинским обителям, которая и сегодня в Москве обихаживает больных детей и

Осень

Сокровенное

Гаврил МАРКАРОВ

Ветер горстью сыпал листья.  
Золотистым ковром стелил.  
Золотые монисты деревьев  
Град осенний нещадно бил.  
Листья мокрые плавали в лужах.  
И невидимая праща  
Их забрасывала в рот и уши.  
Набивала в рукав плаща.

Голова маэстро Паганини

Посредь моря город странный  
На утёсе Сен-Ферреоль.  
Весь в шипах,  
Дикобразный,  
Иглах, перьях. Зубьях. Кольях.  
Весь – изрытый.  
Весь – в изьянах,  
Как щетиною  
Покрытый.  
Искорёженный.  
Горбатый.  
Скальный.  
Дикий.  
Нелюдимый.  
Место кладбища  
Маэстро-скрипача.  
Виолончелиста.  
Трубача.  
И пианиста.  
Режиссёра  
И лютниста,  
Музыканта,  
Дирижёра  
И известного  
Мажора –  
Паганини  
Антихриста.  
Он не знает здесь  
Покая.  
После смерти дух  
Витают.  
Голова не увядает.  
И хотя истлело тело,  
Путешествует  
По миру.  
Много лет  
Покая ищет –  
Не находит.  
Рыщет.  
Свищет.  
И стенает.  
И рыдает  
Дух его –  
не увядает.  
Звуки музыки и стоны  
Прихожане  
Церквей  
Слышат...  
И кладбище  
Паганини  
Оживает.  
Будто  
Дышит.

# Проникая в тайны мира



Его мощи изгоняют,  
Нет земли – его принять...  
Успокоят  
Лишь столетия.  
Голову исчадия  
Ада.  
Говорят:  
Когда в Палермо  
Паганини схоронили  
40 лет спустя.  
Как будто  
Голова была живая....

Привидения

Собаки воют... веет холодом.  
На ржавых петлях заскрипела дверь.  
Туман тяжёлый вис над городом.  
И бледный шар – пастели акварель.

Пугали звуки собственного голоса.  
Немел язык и к небу прирастал.  
И в темноте шуршанье шёлка, шорохи...  
И кто-то тихо в дверь стучал.

Скребущий звук, и дребезжит посуда.  
И кто-то ходит, задевая стол,  
И силует неведомо откуда...  
И за окном протяжно воет волк.

Тени замка Виндзор

Женщина в чёрном шёлковом платье...  
Холодом – со стены.  
Тени от свечек пляшут на шторах  
Шторы опущены...

Хлопает дверь, и мужскими шагами  
Быстро проходит во двор...  
Кто эта женщина в Виндзорском замке?..  
Тихий во тьме разговор.

Слуги замолкли...  
Бледно светит луна.  
Георга V дочь Мария  
Вновь навестила отца.

Тайны монархов графства Беркшир  
Строго хранит тишина.  
Лишь привидения из усыпальниц  
Бродят по саду дворца.

Розы

Розы растут с шипами –  
Розы живут днями,

Годами – чертополох,  
Если погибнут все розы –  
Звёзды исчезнут с небес.  
Чертополох исчезнет –  
То зазвучит благовест!

Розы живут с шипами,  
Чтобы не съел баран.  
Розы – красоты природы.  
Шип ей Господом дан.

Не обижайте Розу.  
Она имеет шипы.

Роза из детской  
сказки  
Сент-Экзюпери.

**ОБ АВТОРЕ.** Гаврил Маркаров известен в московской системе здравоохранения как один из активных и авторитетных специалистов в области физиотерапии. Он член-корреспондент РАЕН, кандидат медицинских наук, является одним из авторов базовых справочников, других изданий по физиотерапии. Сейчас самым серьёзным образом и настойчиво занимается внедрением новых технологий в клиническую практику.

42 км 195 м	Сорт яблони	Сибу- трамин	Сосуд для питья	Вет- рянка	<b>СКАНВОРД</b>										Мысли- тель	Футляр у скифов																																																																																																																																																																																																																																								
					Наплыв на де- ревьях	Проз- вище Астри	Винсент ван ...	Обрамл. часть стены	Легкая повозка				Фамци- кловир	Йена, река	Герой поэмы Багриц- кого	Подбе- резовик																																																																																																																																																																																																																																								
	Звание, чин		Оптич. прибор, танк						Отблеск	Венг. флейта	Артист балета ... Му- хамедов	Лекар. расте- ние	Опера Леон- кавалло			Клив- ленд, озеро																																																																																																																																																																																																																																								
			Томле- ние без дела	Водо- пад, Меконг	Город на Волге	Воен- ные брюки					Змее- видная рыба			Рос. естест- воиспы- татель																																																																																																																																																																																																																																										
	Провал		Хищная птица			Часть берега, невод	Цитало- прам	...-яман (баран)				Малая планета	Франц. хирург, фарма- колог																																																																																																																																																																																																																																											
				Герци- гова	Коман- да собаке					Бремя	Оркестр (устар.)				Бутыл- конос																																																																																																																																																																																																																																									
	Корот- кий чулок		Город. Брянск. обл.			Глюк, опера				Орган слуха																																																																																																																																																																																																																																														
			Коро- вин, картина				Воин. звание																																																																																																																																																																																																																																																	
Автор Валерий Шаршуков		Кешью				"День ангела", актер			Горо- децкий, сборник стихов																																																																																																																																																																																																																																															
<table border="1"> <tr><td>Р</td><td>М</td><td>А</td><td>Р</td><td>Ф</td><td>А</td><td>Н</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>С</td><td>Т</td><td>Е</td><td>Л</td><td>А</td><td>Р</td><td>А</td></tr> <tr><td>И</td><td>Г</td><td>Р</td><td>А</td><td>У</td><td>И</td><td>Б</td><td>У</td><td>Ж</td><td>У</td><td>М</td><td>Б</td><td>У</td><td>Р</td><td>А</td><td>А</td><td>И</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Б</td><td>Х</td><td>Г</td><td>Л</td><td>А</td><td>М</td><td>У</td><td>Р</td><td>Е</td><td>М</td><td>О</td><td>И</td><td>К</td><td>Л</td><td>Я</td><td>Р</td><td>П</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>О</td><td>Д</td><td>Р</td><td>И</td><td>Я</td><td>Б</td><td>И</td><td>Л</td><td>Ю</td><td>М</td><td>Б</td><td>А</td><td>Г</td><td>О</td><td>А</td><td>М</td><td>И</td><td>Р</td><td>И</td><td>С</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>К</td><td>Ы</td><td>Ф</td><td>О</td><td>Р</td><td>Т</td><td>С</td><td>Л</td><td>О</td><td>Н</td><td>Т</td><td>О</td><td>Р</td><td>Н</td><td>К</td><td>О</td><td>Р</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>С</td><td>Б</td><td>Л</td><td>О</td><td>Х</td><td>У</td><td>Ш</td><td>К</td><td>И</td><td>А</td><td>Б</td><td>О</td><td>Т</td><td>А</td><td>С</td><td>Т</td><td>Р</td><td>А</td><td>Г</td><td>А</td><td>Л</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>И</td><td>А</td><td>К</td><td>О</td><td>Ш</td><td>Т</td><td>А</td><td>Н</td><td>Я</td><td>О</td><td>Р</td><td>Л</td><td>И</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Н</td><td>О</td><td>К</td><td>А</td><td>У</td><td>Т</td><td>Т</td><td>Р</td><td>У</td><td>Т</td><td>К</td><td>Р</td><td>Е</td><td>О</td><td>Л</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>И</td><td>С</td><td>А</td><td>Ж</td><td>А</td><td>Т</td><td>А</td><td>У</td><td>А</td><td>Л</td><td>Б</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																Р	М	А	Р	Ф	А	Н												С	Т	Е	Л	А	Р	А	И	Г	Р	А	У	И	Б	У	Ж	У	М	Б	У	Р	А	А	И	А									Б	Х	Г	Л	А	М	У	Р	Е	М	О	И	К	Л	Я	Р	П										О	Д	Р	И	Я	Б	И	Л	Ю	М	Б	А	Г	О	А	М	И	Р	И	С							К	Ы	Ф	О	Р	Т	С	Л	О	Н	Т	О	Р	Н	К	О	Р	А									С	Б	Л	О	Х	У	Ш	К	И	А	Б	О	Т	А	С	Т	Р	А	Г	А	Л						И	А	К	О	Ш	Т	А	Н	Я	О	Р	Л	И														Н	О	К	А	У	Т	Т	Р	У	Т	К	Р	Е	О	Л												И	С	А	Ж	А	Т	А	У	А	Л	Б	А														
Р	М	А	Р	Ф	А	Н												С	Т	Е	Л	А	Р	А																																																																																																																																																																																																																																
И	Г	Р	А	У	И	Б	У	Ж	У	М	Б	У	Р	А	А	И	А																																																																																																																																																																																																																																							
Б	Х	Г	Л	А	М	У	Р	Е	М	О	И	К	Л	Я	Р	П																																																																																																																																																																																																																																								
О	Д	Р	И	Я	Б	И	Л	Ю	М	Б	А	Г	О	А	М	И	Р	И	С																																																																																																																																																																																																																																					
К	Ы	Ф	О	Р	Т	С	Л	О	Н	Т	О	Р	Н	К	О	Р	А																																																																																																																																																																																																																																							
С	Б	Л	О	Х	У	Ш	К	И	А	Б	О	Т	А	С	Т	Р	А	Г	А	Л																																																																																																																																																																																																																																				
И	А	К	О	Ш	Т	А	Н	Я	О	Р	Л	И																																																																																																																																																																																																																																												
Н	О	К	А	У	Т	Т	Р	У	Т	К	Р	Е	О	Л																																																																																																																																																																																																																																										
И	С	А	Ж	А	Т	А	У	А	Л	Б	А																																																																																																																																																																																																																																													
<p>Ответы на сканворд, опубликованный в № 86 от 15.11.2017.</p>																																																																																																																																																																																																																																																								

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

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

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.  
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.  
Адрес редакции, издателя: ул.Гиляровского, д. 68, стр. 1, Москва 129110.  
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).  
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru  
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-10-00326 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.