

# Медицинская

8 апреля 2015 г.  
среда  
№ 25 (7547)

# Газета®

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

Перемены

## Ориентир — на развитие

### Жители Подмосковья получают специализированную медицинскую помощь на местах

Приятная примета времени: забота о здоровье граждан в Подмосковье становится одним из приоритетов в деятельности региональной власти. Похоже, здесь не на словах, а на деле пришли к убеждению, что человек должен всегда и везде получать качественную профессиональную медицинскую помощь. Один только факт: по программе развития здравоохранения в поликлиниках и больницах региона установлено самое современное оборудование.

Вот, например, медицинский округ № 3 Подмосковья, куда входит Люберецкий муниципальный район. В последнее время здесь оказывают медицинские услуги очень широкого спектра — от первичной помощи до высокотехнологичной. Для этого, естественно, улучшается материально-техническая база медицинских организаций, открываются новые подразделения.

В частности, менее 2 месяцев назад открыт сосудистый центр, который посетил губернатор Московской области Андрей Воробьёв и остался доволен им: «Мне нравятся результаты, нравится подход, нравятся люди, которые приходят работать в эти сосудистые центры. В разы увеличилось количество операций, раньше их просто не выполняли. Это важные результаты».

Открытие центра осуществлено в рамках Федеральной программы совершенствования медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями. В год такой центр будет принимать примерно 1 тыс. пациентов. Широкий спектр выполняемых операций позволит спасать жизни земляков и в кратчайшие сроки ставить их на ноги.

О переменах в подмосковном здравоохранении читайте на стр. 4-5.



Сосудистый центр находится под непрерывным профессиональным приглядом его основных кураторов — Виктора Юдаева (слева), Ларисы Сметаны, Владимира Смирнова



**Валерий АЛЬБИЦКИЙ,**  
руководитель отдела социальной педиатрии Научного центра здоровья детей, профессор:

...Наибольшее количество диагностических и терапевтических ошибок у детей допускают именно врачи общей практики и семейные врачи.

Стр. 7

**Иван ДЕДОВ,**  
vice-президент РАН,  
академик РАН:

Траектория развития отраслевой науки сегодня стала несколько другой, исследования стали в большей степени носить прикладной характер, а не фундаментальный.

Стр. 10



**Евгений НАСОНОВ,**  
директор НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой,  
академик РАН:

Кардиология, онкология, дерматология черпают новые знания, новые подходы к диагностике и лечению именно из ревматологии.

Стр. 12

Ситуация

## Похоже на шантаж?

Число участников акции протеста на Орджоникидзевской подстанции скорой помощи в Уфе достигло 11 человек, одна из которых держит голодовку уже 2 недели. После заявления министра здравоохранения Республики Башкортостан Анвара Бакирова о том, что голодовка медиков «выглядит как шантаж и не имеет повода», к ней присоединилась фельдшер выездной бригады Анастасия Никитина.

«Все требования, которые активисты предъявляли в прошлом году, выполнены», — заявил ТАСС А.Бакиров. По его словам, зарплата врачей составляет в настоящее время более 50 тыс. руб., среднего медперсонала — свыше 40 тыс. руб. Решены вопросы по оснащению станций реанимобилями, а сотрудникам выданы новые комплекты спецодежды.

«Сейчас голодающие требуют только одного: снять с должности главного врача станции Марата Зиганшина, но это не путь разрешения конфликта. Сейчас голодовка больше похожа на шантаж», — заметил министр.

По его мнению, требования протестующих уволить главного врача не аргументировано. «За ним не замечено нарушений. Если же они будут, то учредитель сможет принять решение о его отстранении или увольнении», — заявил А.Бакиров.

По его словам, медиков «скорой», голодающих в нерабочее время, «не поддерживают остальные сотрудники станции, а это свыше тысячи человек». Административное давление на протестующих в Минздраве Башкортостана опровергли.

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

Опыт

## На рецепт - не более полминуты

За год работы сервиса Единой медицинской информационно-аналитической системы «Электронный рецепт» к нему подключились все поликлиники Москвы, в половине из них могут выписываться рецепты на льготные лекарства.

С внедрением электронного сервиса упрощается процедура выписки лекарств. Рецепт оформляется в электронном виде, данные врача и пациента вводятся автоматически.

Врач при этом видит информацию о назначениях своих коллег и о наличии лекарств в ближайших аптеках.

Далее рецепт передается системой в аптеку при поликлинике, а пациент обращается туда с полисом ОМС. Фармацевт сканирует полис, видит выписанные рецепты и выдает лекарства. Все операции отражаются в системе, и формируемые отчеты позволяют планировать закупки лекарств.

По подсчетам специалистов, теперь врачу нужно не более 0,5 минуты для оформления рецепта, тогда как раньше этот процесс занимал более 3 минут. В результате у врачей высвобождается около 675 тыс. часов рабочего времени, которые они могут потратить на более тщательный осмотр больных.

Ян РИЦКИЙ,  
МИА Cito!

Москва.

**DIXION**  
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОВОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКОВ**

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

## Новости

Наконец-то пришло время  
быть здоровым...

На Ямале в честь Всемирного дня здоровья, который ежегодно отмечается 7 апреля, прошли масштабные мероприятия. В России он проводится под лозунгом «Время быть здоровым!» Минздрав объявил этот день Днём борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, поскольку этой острой проблемой в нашей стране охвачен весь 2015-й.

Вот и в городах и посёлках Ямало-Ненецкого автономного округа проведены коллективные зарядки, в общественных местах, крупных торговых центрах врачи развернули «Круг здоровья», организовали экспресс-обследование желающих. Каждому специалисту дали рекомендации по оздоровлению. Кроме того, работали тематические площадки по здоровому питанию, борьбе с курением.

К проведению акции на Ямале традиционно подключились волонтеры. Самую первую масштабную акцию «Время быть здоровым!» организовали в Надыме сотрудники окружного Центра медицинской профилактики.

Кстати, в этом году, по результатам диспансеризации взрослого населения, доля посещения врачей с профилактической целью увеличилась на 36,7% и составила 45% от всех врачебных посещений.

Ольга ШУЛЯК.

Салехард.

Патриаршая награда —  
ректору университета

Ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России член-корреспондент РАН Пётр Глыбочко получил высокую награду Русской православной церкви — орден преподобного Серафима Саровского III степени. Столь высокого поощрения П.Глыбочко удостоен за помощь, которую оказал коллектив Первого Меда в коренной реконструкции храма Преображения Господня в деревне Мольгино Смоленской области. Патриаршую награду инициатору и организатору шефства над строительством возрождающегося храма вручил епископ Смоленский и Вяземский Исидор.

Сегодня возрождающаяся деревня в 7 км от автодороги Вязьма — Зубцов, в которой всего полсотни жителей, готовится к новоселью: в пасхальные дни апреля здесь будет открыт дом-интернат для людей старшего пенсионного возраста. В распоряжение семейных пар, одиноких стариков и инвалидов-колясочников будет предоставлено 30 жилых комнат. Мольгинцы надеются, что волонтерско-меценатское шефство студентов и преподавателей авторитетного столичного вуза над старинной русской деревней будет продолжено.

Владимир КОРОЛЁВ.

Смоленская область.

## Людей пригласили на обследование

В Красноярском крае за 4 дня флюорографическое обследование прошли более 10 тыс. человек. Такая высокая активность населения была тщательно подготовлена Минздравом и фтизиатрической службой региона: профилактическую акцию посвятили Всемирному дню борьбы с туберкулезом.

Красноярские медики постарались обеспечить максимальную доступность профилактического обследования на туберкулез для своих земляков. Помимо поликлиник пройти процедуру можно было в условиях флюоромобилей. Передвижных флюороустановок в крае 13, их используют для поездок в отдаленные сельские населенные пункты, а также в тех микрорайонах города, где в поликлиниках нет стационарных флюорографов.

По данным краевого Минздрава, за время проведения акции у 51 человека выявлены признаки туберкулеза и новообразования в лёгких, у 4 — пневмония и плеврит. Такие цифры — самое весомое доказательство подобных профилактических акций.

Елена ЮРИНА.

Красноярск.

## У власти под присмотром

Столичные власти намерены изменить ключевые показатели эффективности работы главных врачей поликлиник и больниц города. Примечательно, что их планируется рассчитывать без участия руководителей учреждений, которые в настоящее время сами направляют властям информацию о своей работе и достижениях. С мая показатель будет рассчитываться на основе данных системы электронной записи к врачу (ЕМИАС).

«Нам нужны прозрачные данные о доступности медпомощи и её качестве. Например, плохой показатель — если пациента выписали из больницы, и он снова попал туда в течение месяца. Также будут рассчитываться затраты медучреждений», — отметили в Департаменте здравоохранения столицы.

Так, при расчёте эффективности будут учитываться доступность и качество медицинской помощи. Планируется принимать во внимание жалобы пациентов, но властям пока не удалось разработать справедливую систему мониторинга, которая позволяла бы измерять удовлетворённость москвичей услугами столичных медучреждений.

Как известно, в конце прошлого года столичных главных врачей перевели на так называемый эффективный контракт, и оплата их труда стала зависеть от таких показателей, как выполнение госзаданий, количество рецидивов заболеваний, а также летальных исходов. Наряду с этим городские власти планируют создать электронный рейтинг, где можно будет оценивать работу всех врачей, так что их зарплата во многом будет зависеть и от оценок пациентов.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

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

## Акции

Чужих детей  
не бывает

И мы должны помнить, что каждый из нас может им помочь



Во время старта благотворительной акции

Как известно, ребёнка с тяжёлой травмой, особенно черепно-мозговой или спинальной, успешно прооперировать — лишь полдела. Надо ещё его реабилитировать, научить жить. Реабилитация порой длится до 2-3 лет и стоит недёшево, зачастую пострадавшему, помимо лекарств, требуются специальные технические средства. А если таких детей не десятки, а сотни? Где взять деньги на их восстановление, как помочь, при том что государство не финансирует в достаточной мере эти статьи расходов, а для семей такие траты неподъёмны?

В Московском НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, задумавшись над этим, решили создать благотворительный Фонд содействия в оказании медико-социальной и реабилитационной помощи детям с тяжёлой травмой и её последствиями, как его называют, — Фонд детского доктора Рошалья. Об этом «Медицинская газета» рассказывала в № 36 от 21.05.2014. За год существования фонда помощь оказана 18 детям, в том числе 4 — из Донбасса, закуплены коляски, ходунки, ортезы и т.д. А сколько ещё пациентов НИИ нуждается в ней!

— В год с тяжелейшей нейротравмой (с повреждением головного и спинного мозга) к нам поступает более 300 детей. И мы стараемся их вернуть к жизни. В институте выстроена уникальная система оказания помощи таким пациентам. Их реабилитация начинается ещё в отделении реанимации, продолжается в специализированном отделении. Даже выписывая ребёнка, не оставляем его без внимания, — сказала заместитель директора НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, руководитель отдела реабилитации, профессор Светлана Валиуллина на пресс-конференции, посвящённой старту благотворительной акции «Дети вне политики».

Цель акции, организованной

Фондом детского доктора Рошалья и НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, — привлечение внимания к проблеме реабилитации и сбор средств на лечение и восстановление детей, получивших тяжёлые травмы и в быту в мирное время, и в зоне боевых действий.

— Мы помогаем детям независимо от того, какой они национальности, вероисповедания, где проживают, каких политических взглядов придерживаются их родители, — подчеркнул директор института профессор Леонид Рошаль и напомнил, что у них есть единственная в мире педиатрическая бригада, которая вылетает в разные страны для оказания помощи детям, не важно, с какой стороны фронта они находятся. Так было в Югославии, Израиле, Палестине... А сегодня в институт поступают дети и из Украины.

Акцию «Дети вне политики» поддержали представители религиозных конфессий, общественные деятели, звёзды театра и кино.

— Когда страдают и умирают дети — это страшно, с этим нельзя согласиться, — заявил председатель синодального отдела по благотворительности Русской православной церкви, викарий Патриарха Московского и всея Руси епископ Орехово-Зуевский Пантелеимон.

Не быть равнодушными к детям, которые попадают в очень тяжёлые

ситуации, призвал и заместитель председателя Совета муфтиев России Рушан Аббясов, подчеркнув, что ислам также учит людей быть милосердными.

Среди поддержавших акцию — Федерация еврейских общин России, президент Паралимпийского комитета РФ Владимир Лукин, кинорежиссёр Алла Сурикова и многие артисты театра и кино. В их числе Армен Джигарханян, Михаил Боярский, Леонид Ярмольник, Фёдор Добронравов, Елена Захарова и др.

— Артисты никогда не отказываются от участия в благотворительной акции. Для них — это святое, — заметил Михаил Боярский.

По мнению Ольги Кабо, маленьким пациентам, находящимся в больнице, кроме материальной поддержки нужны ещё и общение, забота, ласка. Актриса пообещала навещать детей и по возможности делать всё для облегчения их жизни.

В рамках акции, которая продлится до 1 июня, предполагается посещение пострадавших, проведение благотворительных концертов, спектаклей и других мероприятий. Собранные средства пойдут на лечение и реабилитацию детей с тяжёлой травмой, на те услуги, которые сейчас не оплачиваются государством.

— Я гарантирую, что каждая копейка достигнет конкретного ребёнка, — пообещал Л.Рошаль.

Доктор подчеркнул, что дети не должны страдать из-за своих родителей и людей, которые порой не понимают, что творят...

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

Фото автора.

## Сотрудничество

## Лихо по имени «ПСИХО»

Минздрав Республики Бурятия решил продолжить в 2015 и 2016 гг. подготовку и переподготовку клинических психологов для медицинских и образовательных учреждений региона.

В качестве преподавателей приглашены специалисты Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева.

Слушатели получают не только большой объём современных теоретических знаний, но так-

же знакомятся с эффективным опытом психодиагностической и психокоррекционной работы в клинической и профилактической медицине.

В республиканском Министерстве здравоохранения считают, что наличие клинических психологов в штате поликлиник и стационаров может существенно повлиять на качество медицинской помощи. Психологическое состояние пациента должно учитываться на всех этапах оказания медицинской помощи и при всех патологиях,

особенно когда недуг пациента имеет признаки психосоматики или поведенческих нарушений.

Первые два цикла усовершенствования по медицинской (клинической) психологии питерские учёные провели в Бурятии в конце минувшего года и в марте текущего. К настоящему времени в республике обновили свои знания уже 64 клинических психолога.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Улан-Удэ.

Поздравляем!



**7 апреля отметил свой день рождения основатель и президент Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова академик РАН Юрий Леонидович ШЕВЧЕНКО.**

Врачи России прекрасно помнят, что в течение 5 лет он возглавлял Министерство здравоохранения РФ (1999-2004). Был инициатором рассмотрения на Совете безопасности Российской Федерации в 1999 г. вопроса «О законодательной деятельности по решению проблемы национальной безопасности в области охраны здоровья граждан Российской Федерации». Юрий Леонидович непосредственно участво-

вал в разработке целого ряда федеральных целевых программ, принятых Правительством РФ, по отдельным проблемам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний населения России, в том числе сахарного диабета, туберкулёза, ВИЧ-инфекции, а также создания эффективной системы вакцинопрофилактики населения.

Юрий Шевченко являлся основателем в 2002 г. Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова Минздрава России, президентом которого он был избран на заседании расширенного состава учёного совета центра. Этот центр стал одним из крупнейших многопрофильных лечебных учреждений нашей страны, в котором применяются самые современные методы диагностики и лечения в России.

Редакция «Медицинской газеты» присоединяется к поздравлениям коллег, которые так ценят талант Юрия Леонидовича как кардиохирурга, организатора здравоохранения, его доброту и отзывчивость. Здоровья, счастья, радости!



8 апреля исполняется 60 лет заместителю директора по научной работе Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, директору НИИ детской онкологии и гематологии, заведующему отделом общей онкологии и отделением опухолей опорно-двигательного аппарата, лауреату Государственной премии РФ, академику РАН **Мамеду Джавадовичу АЛИЕВУ.**

За годы постоянной практики и собственных исследований он создал 6 научных монографий, 2 методических пособия, 5 книг, опубликовал около 500 научных работ и статей как в России, так и в других странах мира. Важное место в деятельности М.Д.Алиева занимают работы, связанные с комбинированным лечением опухолей опорно-двигательного аппарата. Магомед Джавадович основал ряд новейших направлений в российской медицине – хирургическое лечение опухолей позвоночника и таза, грудной стенки и микро- и реконструктивно-сосудистая хирургия в онкологии. В 2009 г. по инициативе М.Д.Алиева создана Восточно-европейская группа по изучению сарком (East-European Sarcoma Group), объединившая специалистов в области лечения опухолей кожи, костей и мягких тканей в России и других странах мира.

Поздравляем Мамеда Джавадовича с юбилеем! Желаем крепкого здоровья, счастья и творческого долголетия!

Директор РОНЦ им. Н.Н.Блохина академик РАН М.И. Давыдов.  
Коллектив РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

В центре внимания

# Как обстоят дела с качеством и доступностью?

**Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова выступила на заседании коллегии Счётной палаты РФ с докладом по ряду наиболее актуальных вопросов здравоохранения.**

Говоря о развитии первичной медико-санитарной помощи, министр отметила, что, несмотря на сокращение с 2011 г. 418 фельдшерско-акушерских пунктов, число офисов врачей общей практики и врачебных амбулаторий в России с 2011 г. увеличилось на 3926. Произошло абсолютное увеличение количества подразделений медицинских организаций на селе на 790 единиц.

Кроме того, организовано более 9100 домовых хозяйств, на которые возложены функции по оказанию первичной медицинской помощи в населённых пунктах с количеством жителей менее 100 человек. В 2014 г. более 1000 мобильных медицинских бригад выполнили свыше 1,7 млн посещений, в том числе детей – более 660 тыс.

Министр коснулась также вопроса больничной летальности. Если в 2003 г. она составляла 1,3%, то в 2014 г. – 1,62%. Рост больничной летальности наблюдается на фоне снижения показателей смертности населения за данный период – с 16,4 до 13,1 на тысячу населения (снижение на 20,1%) и объясняется повышением возможности проведения оперативных вмешательств у пациентов с тяжёлым течением болезни и в старших возрастных группах, которых несколько лет назад считали неоперабельными. Об

этом свидетельствует, в частности, повышение оперативной активности медицинских организаций: с 2011 г. она выросла на 4,1%, а среди лиц старше трудоспособного возраста – на 13,6. На 80% увеличился объём оказания высокотехнологичной помощи пожилым.

Определённый «вклад» в повышение больничной летальности вносит и развитие паллиативной помощи, увеличение количества соответствующих коек, на которые госпитализируются пациенты с тяжёлой патологией в терминальных стадиях. Если в 2012 г. обеспеченность паллиативными койками составляла лишь 0,09 на 10 тыс. населения (1258 коек), то в 2014 г. – 0,36 на 10 тыс. населения (5250 коек) и развитие данного вида медицинской помощи продолжается. Это привело к снижению смертности на дому. С 2011 г. она снизилась на 9,1%, в том числе у лиц старше трудоспособного возраста – на 12,3%.

Было также отмечено, что за 2012-2014 гг. число мест в дневных стационарах увеличилось на 12,5%, число пролеченных пациентов в них – на 21%, при этом в 1,6 раза увеличилось число оперативных вмешательств, выполненных в дневных стационарах. Возросло число операций, проведённых в амбулаторно-поликлинических учреждениях, с использованием эндоскопической (на 2,1%), лазерной (на 20,3%), рентгеновской (на 2,3%) аппаратуры.

Повышение эффективности деятельности стационаров привело к оптимизации коечного фонда.

Важно отметить, что перед оптимизацией коечного фонда был проведён корреляционный анализ с учётом показателей каждого региона, который продемонстрировал отсутствие взаимосвязи между уровнем больничной летальности и численностью коечного фонда.

Таким образом, рост больничной летальности свидетельствует о более качественном отборе пациентов для стационарного лечения, повышении материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, создающих условия для проведения сложных оперативных вмешательств, в том числе у лиц старших возрастных групп, и для выхаживания тяжёлых больных.

Отдельное внимание В.Скворцова уделила проблеме обеспечения отрасли медицинскими кадрами. Министр напомнила, что в России на протяжении многих лет формировался серьёзный кадровый дисбаланс между амбулаторным и стационарным звеном, который в настоящее время исправляется. В 2014 г. обеспеченность работниками здравоохранения, по данным ВОЗ, в РФ составляла 43,1 на 10 тыс. населения, при том что в США этот показатель равен 24,5, в Канаде – 20,7, в Австралии 32,7, в Индии – 7, в Китае – 14,6. Следует также отметить, что при общем сокращении численности врачей с 2011 по 2014 г. в субъектовых и муниципальных медицинских организациях она увеличилась на 22 597 человек, в сельских – на 7600 человек.

Соб. инф.

Акценты

# Мы на верном пути, сограждане!



**По данным Росстата России, потребление алкоголя на душу населения сократилось в нашей стране с 16,2 до 11,6 л в год за период 2008-2013 гг. Статистики исходили из потребления спиртного в расчёте на так называемый абсолютный алкоголь – этиловый спирт с массовой долей воды не более 1%.**

Так, в 2014 г. смертность от случайных отравлений спиртными напитками упала до 8,9 на 100 тыс. человек. В 2013 г. она составляла

9,7. Доля российских граждан старше 15 лет, не употребляющих спиртное, также увеличилась – с 38,2% в 2011 г. до 41,6% в 2014 г.

Примечательно, что в России сократилось число курильщиков! Если в 2008 г. курили 33,7% взрослых, то в 2013 г. 28,3%. Принимая во внимание новое антитабачное законодательство, можно надеяться, что тенденция не повернёт вспять.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

100 строк на размышление

**«Несмотря на проводимую оптимизацию работы медицинских учреждений и сокращение стационарных коек, количество пролеченных в ушедшем 2014 г. больных не только не сократилось, но даже выросло», – заметил начальник Управления делами и координации деятельности Департамента здравоохранения Москвы Евгений Никонов.**

«В 2013 г. в эндокринологических отделениях московских стационаров работало 740 коек. В настоящее время общая мощность профилированных коек в отделениях эндокринологии больницы города составляет 440 коек. При этом во взрослых отделениях городских стационаров в прошлом году было пролечено свыше 19 тыс. пациентов с различными эндокринными заболеваниями, что на 3% больше, чем годом ранее», – вторит ему главный столичный эндокринолог Михаил Анциферов.

# Больничный профицит

Факты – упрямая вещь. Против них, как известно, не попрёшь. На сей раз факт красноречиво свидетельствует о том, что койки стали работать интенсивнее и, что самое главное, эффективнее. Показатели смертности в московских стационарах также снизились. Выходит, что реформа столичного сегмента отрасли весьма позитивна. Конечно же, ни одна из реформ не проходит без «побочных эффектов». Это – закон истории.

Переизбыток стационаров в столице – притча во языцех. Переполненные, зачастую они представляли собой дома престарелых, чего, кстати говоря, также не хватает нашему здравоохранению. Геронтологии как таковой в стране нет. Но об этом – в другой раз.

Итак, переполненные стационары... Следует особо отметить, что это касается, прежде всего, терапевтических отделений. Средний возраст пациентов в кардиологических отделениях московских больниц составляет 70 с лишним лет. Более половины пациентов, проходящих курс лечения в этих отделениях, не нуждались в госпитализации как таковой.

Но такова наша ментальность – чуть что вызывать «03» и в больницу, а если повезёт – то и под чарующие звуки sireны. Почему-то в сознании наших сограждан прочно обосновалось представление о том, что лечиться стационарно куда эффективнее и надёжнее, нежели амбулаторно. Если уж «оздоровиться», то по полной! Больничная

койка, меню, соседи по палате, обшлый душ – эти и прочие «прелести» они готовы терпеть, только бы не ходить в поликлинику, в то время как на Западе господствуют принципы профилактической медицины, столь безуспешно внедряемой в нашу систему здравоохранения последние 10-15 лет.

Дело в том, что во всём цивилизованном мире львиную долю медицинской помощи граждане получают в поликлинике. Госпитальный этап её оказания – крайняя мера, когда по-другому никак. Именно амбулаторное звено, а не стационары (конечно, образ жизни тоже немаловажен), играет ключевую роль в столь «хороших» показателях продолжительности жизни, заболеваемости и смертно-

сти граждан Западной Европы или США. На это и направлен один из векторов нынешней модернизации московского здравоохранения – перевести основную когорту граждан в амбулаторное звено, госпитализируя лишь строго по показаниям для оказания высокотехнологичной медпомощи, а также в экстренных случаях, когда счёт времени идёт на минуты и даже секунды.

Резюмировать можно так: в данном направлении столичный сегмент отрасли реформируется весьма и весьма эффективно – общее количество коек сократилось, а число пролеченных пациентов возросло. Да и показатели смертности в больницах стали ниже. Это наглядно демонстрирует всем, что в столице нашей страны отменялся профицит стационаров, избавление от которого пошло исключительно на пользу общественному здоровью населения.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

– Виктор Николаевич, известно, что с нынешнего года все муниципальные медицинские учреждения Подмосковья стали областными. На какую отдачу можно рассчитывать при этом?

– Действительно, с 1 января 2015 г. произошла передача полномочий в сфере здравоохранения с муниципального уровня на региональный. Отныне все материальные ресурсы будут распределяться равномерно между муниципалитетами. Этот процесс затронул все три ступени оказания медицинской помощи населению. Полагаю, он позитивно отразится на оптимизации коечного фонда, перераспределении потоков пациентов, формировании единой системы отраслевого территориального планирования, разработке долгосрочных финансовых моделей с учётом гибкой тарифной политики, повышении эффективности использования ресурсов и многом другом.

– Какие ещё перемены и проблемы коснулись муниципального звена здравоохранения?

– Вместо существовавших 12 в Подмосковье сформировано 15 медицинских округов. В наш округ помимо Люберецкого района входят города Котельники, Лыткарино и Дзержинский с общей численностью населения 450 тыс. человек. Если же учесть прикреплённое население, то намного больше. К тому же в летний сезон в наши стародачные места – Малаховку, Кратово, Томилино, Красково и т.д. – переселяется добрая часть москвичей, которые также нуждаются в нашей помощи. Плюс к этому – ведётся активное строительство новых микрорайонов в Люберецах и окрестностях, где возводятся высотные дома. Всё это ведёт к тому, что число жителей резко возрастает и, по нашим прогнозам, продолжит возрастать. Уже в самое ближайшее время количество населения нашего муниципального образования с 300 тыс. увеличится до 400 тыс. человек! Безусловно, процесс динамичного развития Люберецкого района очень радует, но он сопряжён с немалыми нагрузками на систему здравоохранения.

Наш район расположен очень необычно. С одной стороны – Москва, с другой – Некрасовка (сегодня это опять же Москва), застраивается также ещё один новый столичный микрорайон Некрасовка-2... Фактически Люберецы оказались со всех сторон окружены Москвой. В северной части города выстроен новый гигантский микрорайон на 30 тыс. населения, по сути – небольшой город. Поэтому расположенные там медицинские учреждения едва справляются с возросшей нагрузкой. Благодаря инвесторам, сейчас там ведётся строительство поликлиники для взрослых на 400 посещений в смену и для детей на 150 посещений, а также 4 станций скорой медицинской помощи.

Но главное – мы остро нуждаемся в стационаре. В Люберецком районе насчитывается 1786 коек круглосуточного пребывания, а всего в нашем медицинском округе их 2578. Во всех муниципалитетах повсеместно отмечается дефицит коек. Например, в Лыткарино на 56 тыс. населения всего-навсего 250 коек, это примерно 50 коек на 10 тыс. населения, что ниже существующего норматива. Так же – в городе Дзержинский. А в Котельниках и вовсе нет стационара. Там 50 тыс. населения обслуживает только поликлиническая служба.

Исторически так сложилось, что все эти и другие населённые пункты нашего медицинского округа пользуются стационарами люберецких больниц. По многим

Из первых уст

# Люберецкий анклав

## Оказавшись в «объятиях» Москвы, здравоохранение ближайшего Подмосковья стремится соответствовать столичным стандартам

В напряжённое время проходила наша беседа с начальником Управления координации деятельности медицинских и фармацевтических организаций № 3 Министерства здравоохранения Московской области, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом РФ Виктором ЮДАЕВЫМ – в ответственный период подписания соглашения в сфере охраны здоровья между региональным Минздравом и администрациями Люберецкого муниципального района и городских округов Дзержинский, Котельники, Лыткарино. По этому соглашению предстоит выстраивать

видам узкоспециализированная медицинская помощь оказывается только в них, то же касается роддома, детской больницы и других медицинских организаций.

– Вы отметили процесс динамичного развития Люберецкого района. Приведите примеры позитивной динамики в сфере охраны здоровья населения.

– Стоит подчеркнуть, что в целом здравоохранение Подмосковья динамично развивается. И в нашем округе, благодаря постановлению губернатора об обеспечении жителей области доступной и качественной медицинской помощью, долгосрочной целевой программе развития здравоохранения региона, налицо эта тенденция. Министерство здравоохранения Московской области оказывает нам помощь в полном объёме.

В рамках реализации программы «Здравоохранение Подмосковья» более месяца назад на базе Люберецкой районной больницы № 2, которая активно развивается, имеет статус окружной и является базовой для нашего медицинского округа, открылся сосудистый центр. Его основная задача – в снижении смертности и инвалидности среди пациентов, а также в возможности выйти на качественно иной уровень лечения сердечно-сосудистых заболеваний. На открытии центра присутствовал губернатор Московской области Андрей Воробьёв, который отметил его важную роль в спасении человеческих жизней. Центр по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи обслуживает пациентов как нашего медицинского округа, так и соседнего Раменского района. Возглавляет его главный невролог медицинского округа № 3, кандидат медицинских наук Лариса Сметана, единственный в области сосудистый невролог.

Буквально на днях рядом с детской больницей мы открыли клинично-диагностический центр для детей, оснащённый суперсовременной аппаратурой. Полностью переоборудовали 3-этажное здание, ремонт провели за счёт бюджета области в сумме 45 млн руб. Кроме этого, администрация района выделила денежные средства на приобретение мебели и частично – оборудования. Этот центр также призван обслуживать детское население не только нашего медицинского округа, но и близлежащих городов Подмосковья.

Ещё одним примером динамичного развития является то, что за счёт модернизации полностью отремонтирована и укомплектована специалистами детская больница более чем на 400 коек – единственная в регионе. В ней оказывается узкоспециализированная помощь, в том числе высокотех-



нологичная. Здесь есть отделение хирургии новорождённых, куда поступают больные с пороками развития, оперируются и получают реанимационное лечение. Ремонт произведён и в роддоме, втором по количеству родов в Подмосковье.

Среди наших достижений также то, что мы являемся единственными в Подмосковье, где хирургические вмешательства по поводу грыж осуществляются только лапароскопически. Причём все хирурги владеют данной методикой. Благодаря современным щадящим технологиям пациентов выписываем уже через 2-3 дня. Поэтому на базе своей больницы открываем Московский областной эндохирургический центр по лечению грыж. Единственная проблема – с сетками, которые очень дороги и не по карману многим больным, а ОМС не в состоянии обеспечить всех нуждающихся. Хотелось бы, чтобы сетки начали выпускать в России, тем более что у нас есть достойные отечественные производители, которых следует поддержать.

– Кадровый вопрос считается болевой точкой здравоохранения. А как у вас?

– Кадровая проблема постоянно в зоне нашего пристального внимания. Согласитесь, время требует специалистов новой формации. Мы пестуем таковых или привлекаем со стороны. Сейчас занимаемся Люберецкой районной больницей № 1, что в Красково. К сожалению, там существовала острая кадровая проблема. Пришлось заменить ведущих специалистов. Пригласили высококвалифицированных врачей из других мест.

Кстати, всего за последнее время в наш округ приехали 53 специалиста (врачи и медсёстры), и продолжают приезжать. Но мы принимаем только грамотных специалистов высокой квалификации. Например, заведующим хирургическим отделением стал профессор, отделение гинекологии возглавила опытный специалист высшей квалификационной категории. Предпочитаем принимать персонал, который не

нуждается в жилье, хотя достойно обеспечиваем квартирами. И результаты не заставили себя долго ждать. Новые люди работают с полной отдачей и... удовлетворением. Хочу отметить, что в последнее время в Люберецкой районной больнице № 1 резко возросли объёмные показатели оказания медицинской помощи, предоставление медуслуг вышло на качественно иной уровень. Например, раньше в хирургии, урологии, гинекологии многие операции вообще не выполнялись в нашем округе, мы вынужденно направляли пациентов в Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, другие крупные специализированные медицинские центры. Теперь же производим такие вмешательства на месте. Всё это расширяет горизонты врача, открывает новые возможности для профессионального роста.

Более того, на базе Люберецкой районной больницы № 2 функционируют кафедра общей хирургии МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, а также кафедра факультета социальной медицины Государственной классической академии им. Маймонида, что позволяет нам приравнять этому медицинскому учреждению статус клинического. Большая нагрузка, современное оборудование, возможность применения новейших методик и технологий, бесспорно, привлекают в профессию молодёжь, позволяют каждому специалисту реализовать свой потенциал.

– У вас отмечается недостаток стационарных коек. Так, может, следует шире использовать стационарозамещающие технологии?

– Несомненно. На базе поликлиник повсеместно открыты дневные стационары, которые работают в 2-3 смены. Они широко востребованы, пациенты с удовольствием посещают их. Равно как и стационары на дому, стационары дневного пребывания. Мы постоянно расширяем стационарозамещающие формы обслуживания.

– Нынче много стали говорить об обеспечении здоровья здоровых. Насколько эффективно такое направление, как центры здоровья?

– Наш центр здоровья для взрослых достаточно востребован. Образно говоря, он идёт навстречу людям. Мы выделили для него автобус. Несмотря на то что наш район – самый густонаселённый в Подмосковье, тем не менее он самый маленький по площади. Но всё же есть деревни, куда необходимо выезжать. Там нет поликлиник, ФАПов, однако плодотворно в таких населённых пунктах мелкие поликлиники не имеет смысла. Сегодня люди

хотят получать не абы какую, а высококвалифицированную, качественную медицинскую помощь и хорошее обследование, что просто нереально обеспечить в рядовой поликлинике. Поэтому мы за крупные центры. Я уже отметил, что мы открыли клинично-диагностический центр для детей. Аналогичный центр для взрослых планируем создать на базе центрального поликлинического отделения ЛРБ № 2, а также в строящейся поликлинике, оснащённой КТ, МРТ, УЗИ-аппаратурой, мощной лабораторной базой. В них мы сможем обследовать людей на достаточно высоком уровне, уверенно могу сказать – европейского.

Наша задача – создать такие условия, чтобы пациенты получали медицинскую помощь на месте, а не уезжали куда-то, причём чтобы приходили в наши медицинские учреждения с удовольствием, зная, что им всегда помогут. И делали это не когда что-то заболит, а не допуская серьёзного недомогания. На сегодня через наши стационары ежегодно проходят 58 тыс. пролеченных больных. В амбулаторно-поликлиническую сеть района обращаются 2,7 млн человек. Койка работает около 10,5 дня в году.

Конечно, я не берусь утверждать, что мы уже вышли на показатели 2018 г., но, в принципе, вплотную приблизились к ним. Снижается смертность, рождаемость второй год подряд идёт в плюс. Население прирастает, причём за счёт не только мигрантов, но и местных жителей, что отработано. Благодаря оптимизации работы медицинской службы снизился уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, ДТП. Правда, смертность от туберкулёза достаточно высока, но исключительно за счёт потока мигрантов.

– Решением каких приоритетных задач вы сейчас занимаетесь?

– В самой ближайшей перспективе предстоит открыть новую поликлинику. Надеюсь, это радостное для жителей событие произойдёт в апреле. Другая задача – построить стационар. Сейчас, привлекая инвесторов, мы вплотную занимаемся этим. Сегодня важно, чтобы предприниматели, в рамках социально ответственного бизнеса, совместными усилиями помогли возвести новый крупный больничный корпус.

И, конечно, по всем направлениям продолжим поступательное развитие здравоохранения, улучшая качество медицинской помощи в рамках медицинского округа. Рядом с нами Москва, которая служит хорошим стимулом соответствовать столичному уровню, а в чём-то и превосходить его.

**В режиме онлайн-диалога**

В рамках программы развития здравоохранения портрет медицинских учреждений Подмосковья год от года преобразуется. Так, в Люберецкой районной больнице № 2, которую и коллеги, и сами пациенты характеризуют как флагман регионального здравоохранения и базовую для всего медицинского округа № 3, каждый сотрудник стремится выдать свой максимум для улучшения качества медицинской помощи жителям города и окрестностей. Врачи и средний медперсонал постоянно повышают профессиональные знания, совершенствуют мастерство, внедряют современные лечебно-диагностические методики и технологии, проводят сложнейшие операции.

За счёт государственных программ зримо преобразилась маттехбаза учреждения. Приобретена новейшая диагностическая и иная аппаратура. Но что очень ценно – тут не забывают главного, ради кого проводятся процессы модернизации, оптимизации, развития... На слуху немало случаев, когда кое-где ради достижения поставленных целей и успешного отчёта перед руководством забывают о том, как это отразится на людях.

В Люберецкой районной больнице № 2 ставку сделали на то, чтобы в парадигме «врач – пациент» не возникало барьеров непонимания, чтобы люди доверяли лечащим докторам и не искали помощи на стороне. Конечно, не всё пока получается, но достижения уже очевидны. О высоком качестве медицинского обслуживания и профессионализме сотрудников больницы говорят отзывы и благодарности многочисленных пациентов. Причём, что важно, благодаря модернизации в больнице и 7 её поликлиниках внедрены информационные технологии, поэтому помимо других преимуществ этого процесса общение руководства и пациентов также стало безбарьерным.

Почти 10 лет в режиме онлайн главный врач Люберецкой районной больницы № 2, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ, врач высшей квалификационной категории по организации здравоохранения Владимир Смирнов общается с пациентами в местной сети Люберецкого интернет-проекта Любернет. Кликнув в рубрике «Главный врач ЛРБ № 2 слушает, разъясняет, принимает меры», каждый вправе задать руководителю любой вопрос, в том числе неудобный, и тот обязательно ответит, причём не через месяц и даже не через неделю, а буквально в ближайшую свободную минуту. Получается прямой диалог, без посредников и чиновничьих проволочек. «Может, не всегда удаётся помочь людям в той мере, как хотелось бы, – поясняет Владимир Павлович, – однако по крайней мере многим такая форма общения помогает решить проблемы без обращения в другие инстанции.

**Любимое детище**

ЛРБ № 2 насчитывает почти 80-летнюю историю. С далёкого 1937-го больница помогала решать проблемы здравоохранения столице, особенно её рабочих окраин – Фрезер, Перово, Карачарово, Вешняки. Долгое время обслуживала столь огромную территорию, вплоть до тогдашней границы Москвы по Окружной железной дороге. Уже с первых дней новая больница стала образцово-показательной. Этим традициям следуют и нынешний главный врач вместе с коллективом.

**Работают мастера**

# Безбарьерная медицина

Система здоровьесбережения жителей Московской области обретает новые характеристики

За последнее время в старых стенах произошло немало позитивных изменений.

«Что касается перемен, – поясняет руководитель, – то наиболее значимые проекты стали реализовываться в муниципальном звене здравоохранения примерно десятилетие назад. Тогда начали действительно всерьёз заниматься нашей отраслью. Пришло очень благоприятное время – реализация нацпроекта, программа модернизации, да и областные программы также были весомыми, подкреплёнными крупными денежными вложениями, которых мы прежде не знали».

Улучшению показателей работы больницы в значительной степени помог Национальный проект «Здоровье», в частности проведение дополнительной диспансеризации. Применение скрининг-лабораторных методик при проведении профилактических осмотров позволило выявлять онкологические заболевания на ранних стадиях. Организация школ здоровья также помогла снизить осложнения от многих заболеваний.

Сосудистый центр – результат действия региональной программы развития здравоохранения. Уже несколько лет на базе стационара функционировали неврологическое отделение для оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения и кардиологическое.

«В принципе, база для центра была готова, – поясняет В.Смирнов. – Предстояло лишь определить, где его разместить, причём сделать это грамотно, чтобы все пути сошлись в одном месте. Мы освободили целый корпус, переведя другие подразделения в разные места. В результате у нас выбрано наиболее удачное расположение среди всех сосудистых центров Подмосковья. Всё компактно, всё «под одной крышей» – 40 неврологических и 60 кардиологических коек, а также отделение рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения. Подготовительный период занял около года. За это время были подготовлены специалисты. И вот уже более месяца центр действует. За этот период мы выполнили около 200 операций, спасли не один десяток жизней. Что самое главное? Уложиться во временной промежуток, когда можно помочь человеку, не допустить развития необратимых процессов. Уложились – есть эффект, спасли жизнь человеку». Центр оснащён КТ, ангиогра-

фом, несколькими УЗ-аппаратами экспертного класса, энцефалографом, оборудованием для функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы, причём вся аппаратура современного уровня. Имеются прекрасная лабораторная база, блоки реанимации и интенсивной терапии для кардиологии и сосудистой неврологии со следящей аппаратурой. То есть центр оборудован по первому классу.

Теперь перед руководителем стоит очередная важная задача. Для полноценной работы сосудистого центра одним из важнейших этапов является реабилитация пациентов. Пока он в зачаточном

состоянии. Проблема упирается лишь в отсутствие площадей. Но руководство имеет чёткое представление, как организовать крупный, мощный реабилитационный центр. Предстоит возвести новый хирургический корпус, в который переселится хирургическая служба, освободив площади для отделения реабилитации и нейрохирургического подразделения. Эта проблема решается с привлечением средств инвесторов. Территория больницы в 12 га позволяет провести такое строительство.

Одним из важных направлений медицинской помощи является диализ. На базе поликлинического отделения № 5 открыто отделение гемодиализа, где ежедневно проходят лечение 10 человек. Служба расположена в хорошем помещении, оснащена по последнему слову техники. Кроме того, в каждом из 2 реанимационных отделений установлено по гемодиализной койке. Также имеется аппарат, который

ма-терапевтическая установка для дистанционного облучения, что позволяет проводить лечение на качественно новом уровне. Благодаря ей можно снизить время сеанса облучения, повысить точность выполнения плана лечения. Это оборудование, бесспорно, позволит местным жителям получать высокотехнологичную помощь европейского уровня, не выезжая за пределы города.

**На Бога надейся...**

В больнице не чураются взаимодействия с Русской православной церковью, создавая,

**В отделении реанимации**

позволяет кроме диализа выполнять ещё ряд других очищающих организм процедур. Два травматологических отделения ЛРБ № 2 участвуют в программе оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. Город находится в окружении Новорязанского, Старорязанского, Егорьевского шоссе. Случись какая авария – получивших травмы тут же доставляют во вторую больницу. Поэтому травматологи, являясь высококлассными специалистами, стараются держать марку, всегда оказывают грамотную и качественную медицинскую помощь.

**Преобразование**

В больнице также уже давно успешно проводятся ортопедические операции по замене тазобедренных, коленных и других суставов. В настоящее время на базе радиологического отделения действует радиологический центр. Приобретён и установлен аппарат канадского производства – гам-

что это идёт на пользу многим людям. Попечение о душевном и телесном здоровье человека искони является заботой Церкви, с высоким уважением относящейся к врачебной деятельности, в основе которой лежит служение людям, направленное на предотвращение и облегчение человеческих страданий.

Гостем ЛРБ № 2 был митрополит Крутицкий и Коломенский Ювеналий, который окормлял медицинский персонал, тяжелобольных, причащал их, напутствовал добрым словом.

«Лечение бывает телесное, духовное и душевное, – рассуждает В.Смирнов. – Когда всё это гармонично сочетается, то и эффект получается самый лучший».

Не так давно в здании сосудистого центра открыли больничный храм Святителя Макария (Невского), митрополита Московского и Алтайского, куда помимо пациентов и медперсонала активно приходят окрестные жители.

Тесное и полезное сотрудничество установлено с волонтерскими организациями, члены которых навещают пациентов, приносят подарки к праздникам, особенно тем, у кого нет родственников.

**Насущные заботы**

На сегодняшний день ЛРБ № 2 с учётом 7 относящихся к ней поликлиник является одной из самых крупных в Подмосковье, обслуживая 300 тыс. человек. Вот-вот будет введена в строй очередная, 8-я поликлиника. Строительство долгожданного хирургического корпуса также греет душу главврача. Так что дел у медицинских работников только прибавится. Главный врач оптимистичен. Есть поддержка муниципалитета, руководителя медицинского округа № 3 Виктора Юдаева, любую консультативную и лечебно-диагностическую помощь готовы оказать коллеги из МОНКИ им. М.Ф.Владимирского, других медицинских центров. Почивать на лаврах некогда, равно как и нет усталости, ощущения профессионального выгорания. Здесь продолжают традиции отечественного здравоохранения, обретают новые.

Материалы подготовил  
Александр ИВАНОВ,  
спец. корр. «МГ».

Люберецы,  
Московская область.

**В Екатеринбурге прошла Всероссийская конференция «Защита прав ребёнка на жизнь и охрану здоровья до рождения». В ней приняли участие уполномоченные по правам ребёнка в субъектах Российской Федерации, представители федеральных органов государственной власти, общественных объединений, специалисты и эксперты из разных регионов страны.**

– В основу оказания помощи беременным и детям на территории Свердловской области легла реализация государственной стратегии в области охраны здоровья детей, – отметил министр здравоохранения Свердловской области Аркадий Белявский.

По его словам, приоритетными направлениями работы областного Минздрава стали: профилактика первичной инвалидности у детей, создание системы раннего вмешательства, а также пренатальная диагностика, пренатальные технологии в лечении и реабилитации детей; совершенствование работы центров высокотехнологичной помощи; повышение квалификации персонала и своевременное обновление сложного медицинского оборудования, компьютерных технологий.

– С целью повышения качества медицинской помощи беременным и новорожденным, совершенствования трёхуровневой системы оказания помощи в службе охраны здоровья матери и ребёнка было решено внедрить сплошной мониторинг беременных, позволяющий всех беременных, рожениц и родильниц Свердловской области видеть в системе, «как на блюдечке», – добавил министр и пояснил: – Ежедневно от 120 до 150 беременных, вставших на диспансерный учёт в области, заносятся в систему. В круглосуточном режиме работает центр мониторинга на базе областного перинатального центра, в который ежедневно обращается от 10 до 50 сотрудников службы родовспоможения районных и городских больниц.

Свердловская область – пионер

## Деловые встречи

# Защитить ребёнка до рождения

## Как на деле реализуется государственная стратегия в области охраны здоровья детей?



**Всё во имя детей – таков девиз работы свердловских медиков**

во многих начинаниях. Она одной из первых в стране расширила перечень заболеваний, включённых в неонатальный скрининг, до 16 наименований; реализовала ведомственную целевую программу «Лекарственное обе-

спечение граждан, страдающих заболеваниями, включёнными в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких заболеваний, приводящих к сокращению жизни граждан или их инвалидности».

Здесь приняты многочисленные документы, направленные на своевременное и полное обеспечение детей с редкими заболеваниями медикаментозной терапией. В 2014 г. обеспечены лекарственными препаратами 56

детей, 39 из них – дети-инвалиды. 74 ребёнка получают лечебные смеси.

Не случайно Аркадию Белявскому недавно вручена премия «Синяя птица» – такую награду получили также министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова и доктор Леонид Рощаль.

Важным событием стало и создание в области центров кризисной беременности. В результате удельный вес отказа от прерывания беременности после доабортного психологического консультирования в прошлом году составил 11,6% (в 2013 г. – 10,3%). Родилось 393 младенца – у матерей, первоначально изъявивших желание прервать беременность.

О социальной поддержке женщин и матерей, попавших в кризисную ситуацию, рассказала первый заместитель министра социальной политики Свердловской области Елена Лайковская. Она отметила, что в 2014 г. услугами кризисных отделений воспользовались более 9 тыс. женщин и несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Им оказано свыше 73 тыс. различных видов социальных услуг. Стационарную социальную реабилитацию в кризисных отделениях прошли 198 женщин со 174 детьми, пострадавшими от различных форм насилия или находящимися в трудной жизненной ситуации.

– Данная конференция крайне важна с точки зрения развития концепции семейной политики, а также разработки и реализации Стратегии воспитания до 2025 г. Мы ждём от неё результатов в таких актуальных вопросах, как воспитание ответственного материнства и отцовства, появление у несовершеннолетних ответственного отношения к своему репродуктивному здоровью, развитие эффективных форм нравственного воспитания в семье и школе, – подчеркнул уполномоченный по правам ребёнка в Свердловской области Игорь Мороков.

**Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».**

Екатеринбург.

**Фото Юрия ЛУНЬКОВА.**

## Наши коллеги

**О профессии медицинского работника Юлия Балашова мечтала с детства. В прошлом году её мечта сбылась – девушка получила диплом об окончании медицинского института Тамбовского государственного университета им. Г.Р.Державина. Специальность – терапевт. Местом работы выбрала, как и планировала загодя, Староюрьевскую центральную районную больницу, расположенную в родном селе.**

...Путь в профессию и начало трудовой жизни со всеми вытекающими последствиями прошла с Юлией Балашовой её подруга Алёна Клишина. Подружками они были в школе, институте. Чуть ли не по соседству находятся сейчас приёмные кабинеты терапевтов Юлии Балашовой и Алёны Клишиной. Удобно во всех отношениях: и по работе есть возможность впечатлениями обменяться, и сомнения развеять вдвоём легче, первыми крупными опытом поделиться. Правду говорят: ум хорошо, а два лучше...

Приняли их в больнице с радостью. «Работал до них всего один терапевт, – рассказывает главный врач ЦРБ Ольга Сальникова. – Очередь была такая, что пациенты по несколько дней не могли попасть на приём к специалисту. В августе прошлого года с приходом выпускников-медиков ситуация коренным образом изменилась. Теперь люди своевременно получают медицинскую помощь по терапевтической специальности, а молодые врачи

# Две Владимировны

## Когда начинающим врачам в коллективе рады – они отвечают отличной работой

стали своими в коллективе в полном смысле слова».

Это действительно так. В учебном заведении Юлия Балашова и Алёна Клишина получили хорошую теоретическую подготовку, подкреплённую практической работой в ординатуре. Теперь вот скоро год, как совершенствуются по специальности на своих рабочих местах в поликлинике. Да, их тепло приняли руководители и коллектив лечебного учреждения. Почти сразу же завоевали врачи авторитет у пациентов. Зовут они молодых специалистов врачомёбного дела не иначе, как по имени-отчеству. И в данном случае «Владимировна» – именно признание авторитета, профессионализма. Иная убеждённая сединой ветеранша и «дочкой» наречёт, особо, когда от души благодарит за оказанную медицинскую помощь.

– Конечно, случаются и «непонятки» в работе, – делится Юлия Владимировна. – Тогда бегу на консультацию к Валентине Георгиевне.

Валентина Кузькина – признанный авторитет в коллективе центральной районной больницы.



**Молодые специалисты Алёна Клишина (слева) и Юлия Балашова со своим главным врачом Ольгой Сальниковой**

Специалист с большим стажем, человек отзывчивый, всегда готовый прийти на помощь всем, кто в этом нуждается, тем более начинающим врачам. Как и Елена Попова, являющаяся негласным куратором

уже для Алёны Владимировны. Ну, а так все по мере надобности оказывают любое содействие двум Владимировнам – Юлии и Алёне. И в первую очередь – главный врач Ольга Сальникова. Дня не

проходит, чтобы она не поинтересовалась, как идут дела у молодых врачей, не мешает ли что-либо им в работе. «Всё в порядке, Ольга Николаевна, – отвечают подшефные, – спасибо!»

С работой с первых дней пребывания в больнице у молодых врачей всё сложилось действительно лучше не придумаешь. А вскоре после её начала в связи с правительственной программой, действующей в области на предмет начала трудовой жизни молодых специалистов, они получили по миллиону рублей на обустройство.

До сих пор бабушки и дедушки Юлии Владимировны и Алёны Владимировны не устают благодарить за эту помощь своим внукам начальника Управления здравоохранения области Марину Лапочкину и губернатора Тамбовщины Олега Бетина, которых они теперь считают вторыми «крёстными родителями». (По их понятиям Москва далеко, а Тамбов вот он, рядом, да и приглашали девушек за получением миллиона именно в областной центр).

Материальную помощь новое пополнение людей в белых халатах Староюрьевской ЦРБ вложило в покупку квартир. И живут сейчас вполне ладно в селе две новые семьи. У наших героинь уже дети – от года до двух лет...

**Валерий ЧИСТЯКОВ,  
внешт. корр. «МГ».**

Тамбов.

**Фото автора.**

Нынешний год богат на юбилеи, связанные с историей отечественной педиатрии. Назову только три из них. Осенью 1930 г., то есть 85 лет назад, в СССР был открыт факультет охраны материнства, младенчества и детства во 2-м Мединституте (ныне – Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова). Он явился первым педиатрическим факультетом не только в нашей стране, но и в мировой практике. А в феврале 1935 г., то есть 80 лет назад, Ленинградский НИИ охраны материнства и младенчества перепрофилировали в первое в мире высшее учебное заведение для подготовки детских врачей – Ленинградский педиатрический медицинский институт (ныне – университет). Мы убеждены, эти два события уже вписаны красной строкой в историю и российской, и мировой педиатрии, и, конечно же, в историю отечественного здравоохранения.

Что касается третьего юбилея, то он своеобразен, ибо имеет, перефразируя Александра Сергеевича Пушкина, печально светлую окраску. Десять лет назад министр здравоохранения и социального развития РФ Михаил Зурабов подписал приказ № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)». Фактически этим приказом был дан старт реформе, когда медицинскую помощь российским детям стал бы оказывать врач общей практики, а не специально подготовленный для этого врач-педиатр. Это – печальная сторона события.

Светлая же сторона его заключается в том, что педиатры России во главе с академиком Александром Барановым и «доктором мира» Леонидом Рощалем привлекли к этой волонтеристской реформе внимание широких кругов российской общественности, включая представителей законодательной и исполнительной власти. Голос детских врачей России был услышан, и идея чиновников, навязывающих западную модель медицинского обслуживания детей, благополучно канула в Лету.

Но недавно обнаружили новые попытки передать оказание первичной медицинской помощи детям в руки врачей общей практики. Так, реформаторы московского здравоохранения реализуют план по созданию 100 амбулаторий для врачей общей практики и начинают перепрофилировать терапевтов и узких специалистов с обучением их вопросам педиатрии в течение 54 часов. Замена участкового педиатра на врача общей практики не выдерживает критики!

Нашу точку зрения на волонтеристские попытки заменить участкового педиатра врачом общей практики мы высказали в «Медицинской газете» ещё 10 лет назад. И она, эта точка зрения, остаётся неизменной! Но прежде чем повторить некоторые свои прошлые доказательства и привести новые, остановимся на одном, подтверждённом временем аргументе, фактически ставшем уже постулатом. Самым главным аргументом против отлучения педиатра от первичной помощи и превращения его фактически в узкого специалиста можно считать следующее: созданная в СССР государственная система охраны здоровья детей, центральной фигурой в которой являлся участковый педиатр, доказала свою неоспоримую эффективность. Приведём два бесспорных свидетельства тому.

Первое. Советская государственная система охраны материнства и младенчества потушила горевший столетиями в России трагический пожар, имя которому – смертность младенцев! Сегодня уровень младенческой смертности у нас вполне европейский, он, как и в Европе, давно перестал играть ведущую отрицательную роль в естественном движении населения страны.

Второе. Алма-Атинская конференция ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи (1978 г.) рекомендовала применять другим государствам советскую систему детского

помощи по российской модели. Так, по данным выдающегося отечественного педиатра профессора Игоря Воронцова, в США ещё в 1999 г. (!) обращения за медицинской помощью с детьми моложе 18 лет распределялись следующим образом: 67% – к педиатру, 26% – к семейным врачам и 7% – к другим специалистам. Вот и получается, в США пошла из XX в XXI век с желанием доверить здоровье ребёнка рукам и

1-2 специалиста на всю округу... Факультеты в 2000 г. восстановили, правда, не в полном объёме. Программа подготовки врача-педиатра включала 1950 часов, а сейчас всего 550». Согласитесь, «плачем Ярославны» можно назвать это интервью уважаемого украинского учёного.

По мнению наших корифеев академика М.Маслова и того же незабвенного профессора И.Воронцова, суть подготовки

убеждены, что уже давно пора оставить пустые по своей сути споры о том, как называть детского врача первичного звена: «участковый педиатр», «педиатр общей практики», «педиатр первого контакта»? По нашему мнению, следует для детского врача, работающего в первичном звене здравоохранения, сохранить название «участковый педиатр», ибо оно восходит к нашему замечательному про-

## Точка зрения

# Снова Ивановы, не помнящие родства

## Как наполнить деятельность современного участкового педиатра наиболее эффективными слагаемыми



здравоохранения, обеспечивающую быструю, квалифицированную, бесплатную помощь детям уже с первого дня болезни. Эти рекомендации для многих развивающихся стран остаются в силе. Подтверждение тому – участие нашей страны в проекте, одобренном на саммите группы 8 (Канада, Мускок, 2010 г.), «Российский опыт всеобщего охвата детского населения педиатрическими услугами как инструмент по достижению целей развития тысячелетия». В этом проекте активное обучающее участие принимают сотрудники Научного центра здоровья детей.

Но вернёмся к конкретным аргументам, доказывающим существенные изъяны проекта замены участкового педиатра врачом общей практики.

Во-первых. Многочисленными публикациями уже показано, что наибольшее количество диагностических и терапевтических ошибок у детей допускают именно врачи общей практики и семейные врачи. Трудно не согласиться с мнением профессора детской хирургии из Петрозаводска Григоровича, который пишет: «Будучи в командировке в США, я встречался со специалистами в двух университетских клиниках в штате Вермонт и Нью-Гемпшир. Из этих бесед выяснилось, что не может и не сможет семейный врач распisać правильное питание и уход для ребёнка грудного возраста, знать особенности течения острых хирургических и соматических заболеваний у младенцев».

Во-вторых, всё в большем числе западных стран первичную врачебную помощь детям оказывают врачи-педиатры, то есть явно просматривается тенденция оказания первичной медицинской

знаниям педиатра, а российские адепты системы врача общей практики торопливо возвращаются из XXI века в XX.

В-третьих, переход к модели врача общей практики логично повлечёт за собой закрытие педиатрических факультетов. И опять мы оказываемся Иванями, не помнящими своего родства. Ведь первая в мире кафедра детских болезней в 1865 г. была открыта в Петербурге. Ведь в советской России создаётся первая в мире государственная система охраны здоровья детей. Ведь одной из особенностей этой системы стало то, что впервые в мире первичную врачебную помощь детям стали оказывать специально подготовленные специалисты на специальных факультетах медицинского вуза. Всё это, по нашему глубокому убеждению, несомненный вклад в развитие мировой цивилизации, яркая страница в истории медицины.

Закрытие педиатрических факультетов приведёт к множеству проблем. Об этом достаточно убедительно свидетельствует интервью известного киевского педиатра, заведующего кафедрой педиатрии Национального медицинского университета им. А.А.Богомольца, академика Виталия Майданника. После получения независимости в Украине приняла решение закрыть педиатрические факультеты, педиатров отправили на курсы подготовки врачей общей практики. По словам украинского коллеги, «целых 6 лет не было додипломной подготовки врачей-педиатров... Примерно 9 тыс. детских врачей мы не подготовили за эти годы. Сейчас идёт вынужденная замена педиатров на врачей общей практики, есть районы, где всего

педиатра на студенческой скамье не только и не столько способ ускоренного выпуска специалиста. В основу обучения на педиатрических факультетах, прежде всего, было положено то, что с первых часов преподавания в вузе в общих предметах (анатомия, физиология, биохимия и т.д.) стали освещаться вопросы возрастного развития ребёнка, проблемы профилактики и диагностики нарушений развития, заболеваний детского возраста. Это, а также раннее (со 2-го курса) длительное общение со здоровыми и больными детьми в клиниках и детских учреждениях позволяло решать проблему подготовки детского врача в течение общепринятых сроков вузовского обучения. Такая постановка преподавания полностью оправдала себя как альтернатива западной медицинской школе обучения педиатрии.

Осмелимся утверждать: подготовка педиатров на специальных факультетах есть достижение отечественной медицинской мысли, её весомый вклад в мировую систему медицинского образования (многие зарубежные коллеги говорят об этом). Как поздно начинать воспитание ребёнка с 5 лет, а не с пелёнок, так, может быть, уже не воспитать у будущего специалиста настоящего (глубокого, органичного) педиатрического мышления после 6-го курса университета.

Мы также за реструктуризацию первичной медицинской помощи детям, в ней действительно накопился чрезмерный груз проблем. Наши предложения по данному вопросу сводятся к следующему. Считаем целесообразным создавать службу врача общей практики по двум направлениям: а) для взрослого населения; б) для отдалённых и малонаселённых районов, где он обслуживает взрослых и детей. Как вариант института врача общей практики использовать групповой (бригадный) метод, когда первичную медико-санитарную помощь населению оказывает группа специалистов – терапевт, педиатр, акушер-гинеколог. Следует узаконить как самостоятельную специальность участкового педиатра и специально готовить педиатра в медицинском вузе для работы в первичном звене на специализированных кафедрах (поликлинической и социальной педиатрии).

Но есть ещё одна сторона обсуждаемой проблемы. Мы

шлому – к земской медицине. Именно её основополагающие принципы – бесплатность, профилактическая направленность, участковость – стали основой советской государственной системы медицинского обслуживания детей. Назвали же нашу высшую законодательную власть не парламентом, а думой, почему бы нам не следовать этому замечательному примеру?

И ещё. Уже почти 70 лет (с 1946 г.) у нас 6-летний (с учётом интернатуры – 7-летний) срок обучения в медицинском вузе, а в западных университетах, чтобы получить доступ к врачебной деятельности, нужно пручиться не менее 8, а то и более лет. Видимо, давно пора последовать этому примеру. Ибо, в частности, без глубокого изучения отдельных педиатрических специальностей (детские невропатология, оториноларингология, офтальмология и т.д.) участковый педиатр так и останется диспетчером, будет до 60-70% обратившихся за медицинской помощью детей направлять к узким специалистам.

В настоящее время уже принято решение о том, что в ближайшее десятилетие отечественное здравоохранение осуществит постепенный переход к трёхуровневой системе медицинской помощи. Основой деятельности поликлиник и участковых врачей в условиях трёхуровневой модели здравоохранения станет профилактическая, а не лечебная работа (выделено мною. – авт.). Отметим и другое, не менее важное, стратегическое направление. В указе Президента Российской Федерации «О Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг.» чётко указывается на необходимость совершенствования медико-социального сопровождения детского населения, прежде всего детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Из сказанного вытекает задача задач: как наполнить деятельность современного участкового педиатра профилактической и медико-социальной составляющими, отвечающими вызовам XXI столетия. Вот о чём надо беспокоиться, а не заниматься внедрением надуманных для России форм медицинского обслуживания детей и подростков!

**Валерий АЛЬБИЦКИЙ,**  
руководитель отдела  
социальной педиатрии,  
профессор,  
заслуженный деятель науки РФ,  
лауреат премии Правительства РФ.  
Научный центр здоровья детей.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 23 (1875)

**За последний год средства массовой информации обратили внимание на проблему лихорадки Эбола – одну из пяти контагиозных геморрагических лихорадок (КГЛ). Она отличается большей летальностью во время эпидемий, если не считать, что значительный процент местного населения в эндемичных районах имеет иммунитет к её возбудителю, который они приобрели явно не в результате вакцинации.**

Эпидемия, развивающаяся с 2014 г., не выделяется большей летальностью и контагиозностью среди других вспышек лихорадки Эбола. В этих странах до сих пор от пневмонии, диареи и малярии в комплексе с недостаточностью питания гибнет людей несравнимо больше, и если сравнивать смертность – отношение числа погибших к числу населения (летальность – отношение числа погибших к числу инфицированных), то лихорадка Эбола просто не актуальна. Но если о ней говорят средства массовой информации, значит, это кому-то надо.

Если Аргентинская и Боливийская геморрагические лихорадки за счёт изменения характера сельскохозяйственных работ и роста благосостояния населения не дают эпидемий, то лихорадки Эбола, Марбург, Ласса после периодов мнимого благополучия дают эпидемические подъёмы заболеваемости. КГЛ очень слабо контагиозны, заражение между людьми происходит при очень плотном контакте: обряды, парентеральные вмешательства и т.д., но после развития отёка лёгких у больного даже незначительное время нахождения с ним в помещении без средств защиты приводит к заражению.

Необходимо также отметить, что только одной вакцинацией проблему спорадической заболеваемости и заноса заболеваний за пределы стран Африки южнее Сахары не решить. Это комплексная экономическая и этнокультурная проблема, которую стараются использовать оппозиционные силы и религиозные лидеры в своих целях. Поэтому противодействие вакцинации и попыткам эпидемиологов разорвать пути передачи в эпидемиологических очагах в ближайшее время будет значительным.

Многие учёные говорят, что при «современном лечении» КГЛ летальность резко снижается, но никто не приводит рецептов лечения, поэтому предлагаем вариант ведения симптоматического и заместительного лечения КГЛ, снижающий летальность ориентировочно в 10–20 раз (летальность осложнений, типичных для КГЛ при «обычных» заболеваниях без своевременного лечения: аддисонический криз – 100%, деструктивный панкреатит – 85%, печёночная недостаточность, развившаяся на фоне тромбогеморрагического синдрома (ТГС) – 100%) и позволяющий значительно улучшить прогноз у выживших по полному восстановлению. На изложение материала в статье повлияло несколько особенностей.

1. При данных заболеваниях, особенно в случае нозокомиального заражения, чем раньше начались в инкубационном периоде профилактика и лечение, тем значительно лучше результат.

2. Клиническую картину данных лихорадок никто не изложил подробно с периодизацией течения, введением системы оценки тяжести больного и течения болезни, дифференциальной диагностикой с ОРЗ и аллергическими реакциями на введение чужеродного белка как профилактического средства в случае возможного нозокомиального заражения.

3. Материал статьи изложен в расчёте на врача, окончившего интернатуру по инфекционным болезням со смутным представлением системы коагуляции – фибринолиза и склонного к фельдшеризму – оценке отдельных симптомов с назначением соответствующего лечения.

4. В условиях строгого противозидемического режима (СПЭР) очень трудно получить грамотную исчерпывающую консультацию.

5. В лечении КГЛ то, что видит врач у постели больного, может ввести его в заблуждение и почти не даёт ему информации по лечению, всю информацию он должен получать из лабораторных показаний. Кроме этого, он должен учитывать динамику к моменту начала назначенных процедур за время, прошедшее с момента забора материала. Это существенное отличие от ведения обычных заболеваний для врача,

так же как для лётчика различается полёт по ориентирам от полёта вслепую по приборам. В связи с этим рутинное правило калибровки анализаторов при получении новой партии диагностических средств и начале работы врача-лаборанта приобретает гораздо большее значение.

Если врач видит клинические проявления ТГС – он уже опоздал.

6. Большинство публикаций по клинике, лечению КГЛ были сделаны со слабым участием клинических специалистов. Это легко объяснимо – клиницисты часто были деморализованы или должны были говорить о своих ошибках. Кроме этого, среди

авторов вариантов лечения есть лица с биологическим и даже с техническим образованием. Это поддерживает такие точки зрения, как назначение фторхинолонов или переливание сыворотки реконвалесценто-в. У первого больного с лихорадкой Эбола на момент назначения ципрофлоксацина не могли исключить чуму из предварительного диагноза, а введение специфических иммуноглобулинов в дозах, доступных современной медицине, оправдало себя лишь когда в клинике заболевания большую роль играет токсин, например при дифтерии, ботулизме и т.д.

7. Понятие полиорганная недостаточность при ТГС неуместно, так как это понятие создавалось для состояний, где нет строгой патогенетической последовательности развития нарушений.

8. КГЛ имеют общий патогенез, в котором, утрируя, необходимо выделить следующие моменты для лечащего врача:

- поражение эндотелия сосудов с последующей его гибелью и одновременным развитием васкулита;
- развитие ТГС и его осложнений вследствие открывшегося большого контакта с тканевым фактором свёртывания крови.

## Течение

Клиническая картина КГЛ больше зависит от вирулентности и патогенности возбудителя, пути заражения и инфицирующей дозы, чем от разницы между этими возбудителями. В течение КГЛ можно выделить:

Инкубационный период – обычно от 2 до 8 суток, очень редко 17 суток (официально принята максимальная длительность до 21 суток).

Первый период – «первичный лихорадочный» – в нём развиваются повреждения, вызванные непосредственно тропностью вируса, наследственной предрасположенностью, ТГС и осложнениями ТГС. Он длится с 1-х по 8-е сутки. Эти осложнения вместе с ТГС напрямую являются причиной летальности в это время, требуют специфического лечения с возможностью быстрого восстановления при своевременном лечении; это – острая адренальная недостаточность, панкреатит, тромбоз мезентериальных сосудов, гепатит. Сильно осложняет прогноз развитие ранних некротических повреждений вследствие ТГС. Отсутствие нормализации температуры тела на 7–9-е сутки вызвано ранними некротическими осложнениями. Они косвенно подтверждаются более ранним лейкоцитозом с последующим перекрёстом с СОЭ и т.д. (клиническая картина асептического некроза).

Второй период – развития некротических осложнений – совпадает со второй волной лихорадки. Данный период не является обязательным, а зависит от выраженности расстройств микроциркуляции на момент нормализации температуры. Начинается на 7–9-е сутки от начала болезни и совпадает с появлением антител к возбудителю. Через 2–3 дня нормальной температуры возникает

лихорадка фебрильного или субфебрильного характера длительностью от 3 до 5 суток, редко до 10 суток (17-е сутки заболевания). Развивающиеся в этот период осложнения меньше влияют на летальность, но требуют длительного лечения и часто не позволяют восстановиться переболевшему до уровня жизни и работоспособности, предшествовавшего заболеванию. Это осложнение со стороны нервной системы, яичек, иных желёз эндокринной секреции и других внутренних органов (в первую очередь забрюшинных).

Период реконвалесценции с 9–26-х суток по 90-е и более. В нём происходит разрешение осложнений и формирование исходов. Его длительность определяется тяжестью поражения ЦНС и развитием рецидивов. При лёгком течении КГЛ данный период отсутствует.

Рецидивы – орхит, энцефалит, увеит – развиваются однократно с 45-х по 80-е сутки с длительностью 1–3 недели. Наиболее часто развиваются рецидивы лихорадки Марбург, лихорадки Ласса – менее 5%. При этом вы-

должающиеся до 2 месяцев. При наиболее лёгком – стёртом течении КГЛ развиваются без сыпи, геморрагических проявлений и воспринимаются как ОРЗ.

Первые петехии появляются по складкам кожных покровов.

В зависимости от выраженности ТГС развиваются геморрагические элементы от единичных экхимозов и симптома Коха – Гесса до полного набора элементов клинической картины синдрома Уотерхауса – Фридериксена с наибольшим количеством в местах наибольшей травматизации кожных покровов.

Полилимфоаденопатия отмечается в большинстве случаев КГЛ.

Боли в костях и мышцах появляются вместе с развитием высыпаний.

Глубокая пальпация живота применяется до развития клинических симптомов ТГС, так как после его начала она может нанести ущерб больному.

Рвоту, диспепсию, нарушение перистальтики, нарушение стула, боли в животе и груди необходимо рассматривать только как часть синдрома, развивающегося при лихорадке. КГЛ – одни из немногих заболеваний, где один симптом может быть вызван разными причинами и требует назначения различного лечения. Например, рвота при КГЛ может быть вызвана: отёком тканей забрюшинного пространства, нарушением кислотно-щелочного равновесия (КЩР), панкреатитом, тромбозом мезентериальных сосудов, гепатитом, развитием язв в верхней части желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), гибелью участка центральной нервной системы. Фельдшерские решения здесь неуместны.

## Лечение

Для предотвращения развития заболевания необходимо своевременное применение специфической профилактики. В случае позднего обращения принципы лечения можно свести к следующим положениям:

– заблаговременное выявление и коррекция состояний и заболеваний, утяжеляющих ТГС;

– снижение дисфункции, а также массивности и скорости гибели клеток эндотелия;

– эффективная упреждающая и своевременная антикоагулянтная терапия;

– снижение выраженности инфекционно-токсического шока, объёма циркулирующей крови (отёк мягких тканей, застой в венозном русле), особенно их последствий: предотвращение сдвига КЩР в кислую сторону, вне зависимости от механизма возникновения, недопущение циркуляторных нарушений и особенно микроциркуляции, которое приводит к нарушению тканевого дыхания и питания;

– предотвращение, своевременная диагностика и эффективное лечение осложнений ТГС;

– недопущение нарушения мочеотделения.

Во всех направлениях лечения достижим хороший терапевтический эффект, суммарно в последующем значительно улучшающий состояние больного.

Весь перечень необходимых исследований больного с КГЛ можно выполнить на оптическом биохимическом анализаторе с открытой системой, не ограничивающей в использовании расходных материалов. Модель, запланированная или выделенная для исследований в СПЭР, должна быть хорошо освоена в повседневной работе врачом-лаборантом. Определение ионов крови лучше проводить на газовом анализаторе.

## Ведение больных при подозрении на инфицирование возбудителем КГЛ

**В инкубационном периоде.** В первый день госпитализации в анамнезе обязательно выясняется наличие состояний, усиливающих ТГС: приём дезагрегантов и антикоагулянтов, особенно в течение последних 1,5 месяца, фибринолитическая терапия, лечение L-аспарагинозой, у женщин – приём пероральных контрацептивов (риск тромбозов повышается), нарушения менструального цикла, в течение жизни – тромбозы на ранних сроках беременности, привычное невынашивание, гестозы, отягощённый семейный акушерский анамнез у прямых родственников (мёртворождения, задержка внутриутробного развития плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты), наличие беременности, варикозного расширения вен и венозных тромбозов, обструктивного бронхита, мембранозного нефрита и нефротического синдрома, ночной гемоглобинурии, болезни Крона, атеросклеротического поражения, гипертонической болезни, избыточного веса, холецистита, панкреатита, заболеваний с нарушением и извращением иммунного ответа, поражением соединительной ткани,

эритроцитозы и т.д. с назначением корректирующего лечения и повторным лабораторным контролем в пределах инкубационного периода при ожидаемом терапевтическом эффекте.

Проводится однократное исследование: общий анализ крови (в том числе количество клеток крови, тромбоцитов и гематокрит), общий анализ мочи, аспартаттрансфераза, аланинтрансфераза, щелочная фосфатаза, амилаза, диастаза, гамма-глутамилтранспептидаза, холестерин, триглицериды, глюкоза, альбумин, глобулины, гомоцистеин, С-реактивный белок количественным методом, при возможности NO, реакция на сифилис с использованием кардиолипинового антигена (RW, RPR), уровень IgE (при введении гетерогенного иммуноглобулина в качестве профилактического средства), измерение агрегатогаммы тромбоцитов, протромбина, метилентетрагидрофолатредуктазы фибриногена, активированное частичное тромбоновое время (АЧТВ), международное нормализованное отношение (МНО), тромбоновое время (ТВ), содержание V и VIII факторов свёртывания крови, протеина С и S, антитромбина III (Ат III), тканевого активатора плазминогена, количественное определение продуктов деградации фибрина (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), группы и резус-фактора крови (значения показателей, отрицательно влияющих на заболевание, даны в прогнозе).

Однократно проводится манжеточная проба (в норме образуются до 10 петехий не более 1 мм в диаметре, слабоположительная проба – 11-20 петехий, положительная 21-30 петехий, резко положительная – более 30), УЗИ – скорость прохождения пульсовой волны в системе сонной артерии. Ежедневно проводится измерение артериального давления, температуры тела. В дальнейшем – наблюдение за коррекцией выявленной патологии.

**Лечение.**

**Диета** – при отсутствии противопоказаний – обязательное употребление жиров: 4 раза в сутки по 20 г за приём через 8 часов (по предпочтению больного – копчёное сало, авокадо) на каждый приём пищи.

**Статины** (аторвастатин – применяется внутрь по 0,01 г – 1 раз в сутки) назначаются в случае наличия ожирения, имеющим ранее выявленное атеросклеротическое поражение, а лицам старше 40 лет или при подозрении на наличие атеросклеротического поражения – до момента исключения данной патологии. В лихорадочном периоде доза может снижаться вплоть до отмены при развитии миалгии, слабости, повышении АЛТ в 3 раза от нормы.

**Антигистакс** в рекомендованных терапевтических дозах, при отсутствии противопоказаний.

**NB!** У женщин, особенно в менопаузе, дегенеративные нарушения эндотелия на период развития ТГС можно частично компенсировать эстрогенами и значительно улучшить прогноз по заболеванию.

**Витаминотерапия** – комбинация витаминов пиридоксина гидрохлорида, фолиевой кислоты и цианокобаламина.

Коррекция выявленных нарушений и сопутствующих заболеваний.

Наиболее объективный способ оценки эффективности данной терапии на настоящий момент – улучшение данных скорости проведения пульсовой волны на УЗИ.

**Антикоагуляционная терапия**

В идеале антикоагулянты (сулодексид или непрямой антикоагулянт – варфарин) должны быть назначены в инкубационном периоде минимум за 4 суток до истечения минимального инкубационного периода. Отмена лечения проводится в реабилитационном периоде по результатам лечения осложнений ТГС, а при их отсутствии – на 4-е сутки после завершения лихорадочного

периода, по контролю уровня С-реактивного белка.

**NB!** Основной антикоагулянт, выбранный на время лечения, должен наиболее полно компенсировать нарушения, выявленные у конкретного больного или инфицированного. Среди работоспособного населения европейской части России ангиопатии встречаются у 40%, а нарушения в системе коагуляции – фибринолиза – у 24%.

**Сулодексид** назначается в первый день по 600 ЛЕ (1 ампула) 1 раз в сутки внутривенно под контролем ТВ. Оптимальной дозой его считается удлинение ТВ до 25%, его терапевтический эффект развивается на 3-4-е сутки. Затем – по 250 ЛЕ 2 раза в сутки в течение 30 дней. Он показан при ангиопатии и при наличии противопоказаний к непрямым антикоагулянтам. Сулодексид может назначаться длительными курсами без выраженных отрицательных побочных эффектов. Обладает нефропротективным действием, поэтому при лёгком и среднетяжёлом течении (при отсутствии осложнений, вызванных микротромбозами) отменяется после исчезновения протеинурии. На пероральный приём, так как терапевтическая широта при этом больше, переводить после того, как будет понятно, что уровень факторов свёртывания больше не падает.

**Варфарин** показан при противопоказаниях к сулодексиду и выявлении повышенной скорости коагуляции, особенно снижения активности протеина С или S в плазме больного. В первые сутки доза варфарина 2,5–5 мг 1 раз в сутки. Со 2-х суток дозу корректируют по значениям МНО. На последний день инкубационного периода МНО должно быть не менее 2,8, желательное значение – 3. При появлении ПДФ значение МНО должно быть около 4 (с 3 до 4) и не превышать 4,4 (это 2-е сутки лихорадки при тяжёлом течении КГЛ и 4-6-е сутки при лёгком течении). В течение 4 суток после завершения лихорадки

доза антикоагулянтов снижается до МНО не менее 2,8, желательное значение – 3. При одновременном применении варфарина с препаратами ацетилсалициловой кислоты показатель МНО в этот период должен находиться в пределах 2–2,5. Дозы варфарина, при которых МНО – 3 и выше в отсутствие заместительной терапии должны обязательно прикрываться гепарином и контролироваться по протеину С, так как возникает состояние, при котором протеин С очень быстро снижается (в норме время его полужизни в системе циркуляции – 4-6 ч), что, в свою очередь, может привести к рикошетным тромбозам. В то же время витамин-К-зависимые факторы свёртывания, в том числе протромбин, остаются ещё в пределах нормы (у них период полужизни 16-20 ч). Монотерапию варфарином отменяют одновременно после постепенного снижения МНО ниже 2.

**NB!**

1. Показатель внешнего пути свёртывания должен быть выражен только в МНО.

2. Базовый мониторинг: АЧТВ, МНО, ТВ, Ат III и анти-Ха-активность плазмы.

**Гепарин** – назначается только на время острого ТГС (обнаружение ПДФ выше нормальных показателей) для достижения рекомендуемых показателей системы коагуляции в конкретном периоде заболевания, когда они не достигнуты за счёт сулодексида или непрямого коагулянтов. Вводится только внутривенно через каждые 4 часа.

*(Продолжение следует.)*

**Александр НОВОСЕЛЬЦЕВ,**  
заведующий отделом взаимодействия  
с муниципальными и государственными  
учреждениями.

**Территориальный центр  
медицины катастроф  
Московской области.**

# Профессиональные поражения почек и мочевыводящих путей

*(Окончание. Начало в № 22 от 26.03.2015.)*

**Показаниями к гемодиализу являются:**

1) достоверно установленный факт токсического поражения (профессиональное поражение или приём внутрь);

2) наличие токсического вещества в крови или моче;

3) типичная клиническая картина отравления и стойкое сохранение симптомов интоксикации, несмотря на предварительное использование других методов лечения;

4) следующие лабораторные показатели: содержание мочевины в плазме выше 3 г/л; содержание калия выше 6,5 ммоль/л; резкое клиническое ухудшение состояния больного.

**Прогноз**

При своевременном устранении контакта с вредным производственным фактором прогноз большинства нефропатий, ими обусловленных, относительно благоприятный (так, свинцовая нефропатия может полностью регрессировать). Но наличие стойкой тяжёлой артериальной гипертензии и гиперурикемии ухудшает почечный прогноз и увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений. Кроме того, хроническая свинцовая нефропатия является фактором риска развития аденокарциномы почек. Прогноз при профессиональных злокачественных новообразованиях почек и органов мочевыведения зависит от агрессивности клеточного роста, своевременности выявления и лечения.

**Экспертиза связи  
заболевания с профессией**

Профессиональные поражения почек и мочевыводящих путей, находясь в тесной связи с нарушениями той или другой системы при профессиональных интоксикациях или профессиональных поражениях от воздействия физических факторов, могут играть важную роль среди других клинических проявлений профессионального заболевания и являться одной из причин снижения трудоспособности больных.

Обязательным условием выявления роли профессиональных факторов в возникновении и развитии профессиональных поражений почек и мочевыводящих путей является тщательное изучение гигиенических условий труда, изучение профессионального маршрута пациента, стажа работы в условиях

воздействия тех или иных вредных производственных факторов, наличие превышения ПДУ и ПДК вредных производственных факторов, особенностей клинического течения заболевания, связь клинических проявлений с началом или прекращением работы у вредных условиях труда.

**Профилактика**

В системе профилактики особую роль играет проведение предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров. Периодические медицинские осмотры проводятся 1 раз в год с обязательным участием профпатолога, терапевта, нефролога, уролога, согласно приказу Минздравсоцразвития России № 302н от 12.04.2011 «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжёлых работах и работах с вредными и (или) опасными условиями труда».

Противопоказаниями для приёма на работу в контакте с химическими веществами и физическими факторами, обладающими тропностью к системе мочеобразования и мочеиспускания, являются следующие заболевания и патологические состояния: заболевания почек и мочевыводящих путей, все болезни крови и вторичный анемический синдром, заболевания печени, органические заболевания центральной нервной системы, психические заболевания, наркомания и алкоголизм. Постоянно контактирующих с потенциально опасными канцерогенными углеводородами должны консультировать уролог и онколог, следует регулярно проводить УЗИ почек и мочевыводящих путей.

Всем больным с профессиональными поражениями почек и мочевыводящих путей противопоказаны значительное физическое напряжение, неблагоприятный микроклимат (охлаждение, перегревание, высокая влажность), частая смена климатических условий, контакт с нефротоксическими факторами химической и физической природы.

Большая роль в профилактике профессиональных поражений почек и мочевыводящих путей принадлежит дальнейшему совершенствованию технологических процессов,

снижающих воздействие на работающего вредных производственных факторов химической и физической природы.

Так, для профилактики поражений почек при воздействии нагревающего микроклимата в целях ограничения отдачи тепла от производственного оборудования в горячих цехах необходимо широко использовать средства локализации тепловыделений и теплоизоляции: теплопогложительные, теплоотводящие, теплоотражательные экраны. Удаление избытка тепла из горячих цехов осуществляется вентиляцией и аэрацией (организованная естественная вентиляция).

Рекомендуется также во время регламентированных перерывов принимать гидропроцедуры, то есть обмыть верхнюю половину тела водой с температурой от 34 до 26°C (удаление избытка тепла с поверхности кожи), сняв пот и соли. С этой целью, например, в горячих цехах металлургических предприятий предусмотрены так называемые полудуши в составе бытовых помещений.

Организация питьевого режима должна преследовать цель обеспечения работающих достаточным количеством питья. В горячих цехах должен быть свободный доступ к средствам для утоления жажды, рекомендуется употреблять жидкость, содержащую витамины, полноценные белки, минеральные соли. При выполнении тяжёлой физической работы в условиях значительной тепловой нагрузки (температура воздуха более 40°C, интенсивное инфракрасное излучение), когда влагопотери составляют более 5 л за рабочую смену, хорошо зарекомендовал себя питьевой режим с использованием газированной подсоленной воды (до 0,5% NaCl) из сатураторных установок.

Также в целях профилактики профессиональных поражений почек и мочевыводящих путей от воздействия факторов химической или физической этиологии показаны общеукрепляющие средства, витаминотерапия, препараты иммуномодулирующего действия.

Необходимо проведение профилактических мероприятий на канцерогенноопасных предприятиях, в частности, максимальное устранение или сведение к минимуму профессиональных контактов с данными химическими соединениями.

**Медико-социальная экспертиза**

При подтверждении профессионального генеза поражения почек и мочевыводящих

путей больной направляется на медико-социальную экспертизу (МСЭ). Бюро МСЭ признаёт больного нетрудоспособным в своей профессии. Определяется степень утраты общей трудоспособности (при наличии медицинских оснований – группа инвалидности).

Трудоспособность больных, перенёвших острую почечную недостаточность, восстанавливается через 1-2 месяца (несмотря на то, что полное восстановление функции почек наступает только через 1-2 года). Для закрепления эффекта лечения обычно рекомендуется временный перевод на лёгкую работу вне воздействия токсических факторов сроком на 2 месяца.

У больных с хроническими интоксикациями и признаками токсической нефропатии вопросы экспертизы трудоспособности всегда решаются с учётом выраженности и стойкости основных клинических синдромов. Только в тех случаях, когда поражение почек является ведущим, как, например, при хронической интоксикации бета-нафтолом, кадмием, экспертное решение определяется его характером и выраженностью. Обнаружение признаков хронического действия бета-нафтола, и в первую очередь нарушений функции почек, является основанием для временного перевода на работу вне контакта с данным химическим веществом и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий. Все выявленные при периодическом медицинском осмотре больные с признаками воздействия бета-нафтола как на мочевыводительную систему, так и на другие органы и системы нуждаются в диспансерном наблюдении.

Врач определяет необходимость в реабилитационных мероприятиях (реабилитационное, санаторно-курортное лечение), обеспечение лекарственными средствами для лечения профессиональных поражений почек и мочевыводящих путей, необходимость в профессиональном переобучении. При этом все соответствующие расходы покрывает Фонд социального страхования.

**Сергей БАБАНОВ,**  
заведующий кафедрой профессиональных  
болезней и клинической фармакологии,  
доктор медицинских наук, профессор.

**Самарский государственный  
медицинский университет.**

Ещё год назад высказывались серьёзные опасения, что Российская академия медицинских наук прекратит свою работу после вхождения в РАН, а её имущество будет продано с молотка. Первое общее собрание Отделения медицинских наук РАН с проведением научной сессии «Аутоиммунные заболевания: профилактика, диагностика и лечение» вновь опровергло подобные пессимистические прогнозы.

— За этот период усилились научно-практические связи и совместная работа между Федеральным агентством научных организаций (ФАНО России) и Отделением медицинских наук РАН, — считает вице-президент РАН академик РАН Иван Дедов. — Создан и начал активно функционировать Научно-координационный совет (НКС) при ФАНО России, являющийся совещательным органом, цель которого состоит в налаживании эффективного взаимодействия между ФАНО России, РАН и научными организациями, подведомственными агентству.

Кроме того, Отделение медицинских наук определяет приоритеты научных исследований, проводит экспертизу представленных проектов. ФАНО не принимает ни одну программу, отчёт без согласования с бюро отделения.

Как пояснил в своём выступлении и.о. академика-секретаря Отделения медицинских наук РАН академик РАН Владимир Стародубов, программа научных исследований, которая утверждена на 2015-2016 гг., сегодня корректируется в связи со сложной экономической ситуацией. Специалисты отделения принимают участие в этой работе.

Российская академия медицинских наук, влившись в РАН, не потеряла свой научный потенциал. Сегодня в Отделении медицинских наук РАН состоят 419 учёных, среди которых 197

### Тенденции

# Непрерывно следуя траектории развития

Российская медицинская наука проходит проверку объединением



В стенах РАН продолжается работа по программе фундаментальных исследований

академиков и 222 члена-корреспондента. Трёхлетний мораторий на приём новых членов РАН ещё не закончился. Как и другие члены академии, академики РАН получили право работать в любом из отделений академии, но принимать участие в выборах могут только в одном из них. Поэтому часть академиков бывшей РАМН перешла на работу в другие отделения, в которых проводятся более специфические и отвечающие их научным интересам исследования. Без особых эксцессов завершились в прошлом году выборы в 8 институтах, подведомственных Отделению медицинских наук. В них участвовали не только ака-

демики РАН, но и все сотрудники научных учреждений.

Особо выделил Владимир Стародубов и тот факт, что в рамках реализации биомедицинских направлений научной программы подготовлены две инновационные работы авторских коллективов. Первая — под руководством члена отделения академика РАН Сергея Готьё созданы и внедрены в практику здравоохранения инновационные научно-технические и организационные решения по повышению эффективности трансплантации сердца. Вторая работа выполнена группой академика РАН Бориса Алёхина, которая занималась разработкой и внедрением в Российской

Федерации инновационных эндovasкулярных технологий лечения новорождённых и детей с врождёнными пороками сердца. Эти труды отмечены премиями Правительства России 2014 г. в области науки и техники.

Основой научной работы Российской академии наук является программа фундаментальных исследований государственных академий наук на 2013-2020 гг., утверждённая распоряжением Правительства РФ № 2237-р от 03.12.2012. По тем заданиям, которые уже согласовывало ФАНО, на научные исследования, на медицинскую их составляющую выделяются приблизительно те же деньги, что и в прошлом году, — 4,5 млрд руб. Эту сумму придётся уменьшить на 10%, точно так же как сократятся расходы по всем другим статьям бюджета. Всё гораздо сложнее со средствами, идущими на оказание высокотехнологичной помощи населению в институтах и научных центрах на 2016-2015 гг. На эти цели запланировано потратить 11 млрд 757 тыс. руб. Но поскольку число пролеченных больных сократится на тысячу человек, лечение каждого из них будет стоить на 30% дороже.

Четыре медицинских учреждения, находившихся в ведении ФАНО: Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина, Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко и

Научный центр здоровья детей, которые распоряжением председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева передаются Минздраву России с 1 июля, будут иметь форму автономных учреждений. До 1 января 2016 г. Минздрав России должен сформировать на базе этих федеральных медучреждений национальные научно-практические медицинские центры. На эти центры, в свою очередь, будут возложены функции «по организационно-методическому руководству деятельностью медорганизаций соответствующего профиля, проведению научных исследований и осуществлению разработок в сфере медицины и биологии (включая создание новых лекарственных препаратов и медизделий, разработку новых методов оказания помощи), а также по оказанию населению ВМП и участию в разработке клинических рекомендаций». Они перейдут в подчинение Минздрава России.

По мнению академика Владимира Стародубова, ухудшение экономической ситуации таит в себе угрозы и для здоровья нации. Если отрасль, научные учреждения не смогут работать более эффективно, то очевидно, что смертность населения в течение 2017-2018 гг. может увеличиться.

— Сегодня 72% членов отделения работают в учреждениях системы Минздрава России, — заявил вице-президент РАН академика РАН Иван Дедов. — Зачастую мы говорим «наша академия», и это почему-то ассоциируется только с теми учреждениями, которые подчиняются ФАНО. Но траектория развития отраслевой науки сегодня стала несколько другой, исследования стали в большей степени носить прикладной характер, а не фундаментальный.

Павел АЛЕКСЕЕВ,  
МИА Сити!

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

### Акценты

В Москве на 41-й научной гастроэнтерологической сессии «Расширяя границы» с научно-практической конференцией ведущие российские специалисты в области гастроэнтерологии обсудили основные принципы и подходы к терапии пациентов с патологиями печени, возникающими в результате злоупотребления алкоголем.

Согласно статистике, в современной России потребление алкоголя приводит к преждевременной, предотвратимой смерти более полумиллиона человек ежегодно. Циррозы печени, большая часть которых является алкогольными, ежегодно становятся причиной смерти около 50 тыс. человек, коэффициент смертности при этом превышает среднемировой в 3 раза.

Цирроз печени — шестая по частоте причина смерти в России, опередившая такие распространённые онкологические заболевания, как рак желудка и толстой кишки. В общей структуре заболеваний печени алкогольные поражения составляют 61%.

Современным подходам к лечению алкогольной болезни печени был посвящён доклад главного гастроэнтеролога Департамента здравоохранения Москвы, доктора медицинских наук, профессора Игоря Бакулина «Сложный гастроэнтеро-

# Снизить ущерб от алкоголя

Над этим упорно работают учёные и практикующие врачи, потому что проблема по-прежнему очень остра



логический больной. Всегда ли он сложный?» Он отметил, что в лечении пациентов с алкогольной болезнью печени важно добиться не только восстановления функций поражённого органа, но и обязательно искоренить саму причину заболевания — злоупотребление алкоголем. Сегодня для этого используются

два основных подхода. Первый подразумевает достижение абсолютной абстиненции и полный отказ от употребления спиртных напитков. Однако серьёзным препятствием в данном случае является то, что многие, даже осознавая наличие проблем со здоровьем вследствие злоупотребления алкоголем, крайне неохотно обращаются к врачу. Возможным решением могло бы стать расширение круга специалистов, занимающихся диагностикой и лечением заболеваний «алкогольной этиологии»: гастроэнтерологов, кардиологов, эндокринологов и врачей других специальностей.

Одновременно ряд исследований показывает, что многие люди охотнее обращались бы за медицинской помощью, если бы имели возможность выбрать схему лечения: полная абстиненция или контролируемое употребление алкоголя.

— Современная методика, основанная на предоставлении

пациенту возможности выбора стратегии лечения, подтвердила эффективность и безопасность в результате клинических исследований в 19 странах Европы, в том числе и в России. Было доказано, что правильно подобранная терапия снижает число дней тяжёлого пьянства более чем вдвое. Если человек мотивирован на достижение результата — уменьшение вреда за счёт сокращения потребления алкоголя вследствие улучшения контроля при его приёме — можно ожидать существенного улучшения ситуации. Данная методика может принести серьёзный клинический эффект, ведь, по данным проведённых исследований, 44-46% опрошенных предпочли бы именно этот способ лечения, — сообщил докладчик.

Он также отметил: параллельно со снижением употребления алкоголя происходит значительное уменьшение случаев заболеваний и травм. Это даёт возможность избежать множества случа-

ев цирроза печени, панкреатита и т.д. Иными словами, ущерб здоровью, наносимый алкоголем, можно существенно снизить.

Актуальность проблемы медицинской помощи пациентам с негативными последствиями от злоупотребления алкоголем очевидна. Сегодня в России сложилась непростая медико-социальная ситуация с заболеваемыми, обусловленными чрезмерным употреблением спиртных напитков. Так, в 2012 г. на учёте у наркологов с алкогольной патологией состояло почти 2,5 млн человек, что составило 2% от числа лиц старше 14 лет.

Однако эти цифры могут существенно отличаться от реальных в силу того, что далеко не все пациенты оказываются в поле зрения специалистов. По данным ВОЗ, действительное количество нуждающихся в помощи значительно выше.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

На заседании Координационного совета при Президенте РФ по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей, проходившем в Кремле, академик РАН Александр Баранов подчеркнул важность обеспечения полноценной реабилитацией маленьких пациентов.

– Нужно создать такую систему реабилитационной помощи больным детям, которая была бы нацелена не только на реабилитацию инвалидов, но и на предупреждение инвалидности, – сказал он. – Если, предположим, ребёнок родился с кровоизлиянием в мозг, то реабилитация в течение года позволяет полностью исключить прогрессирование заболевания.

В Научном центре здоровья детей, которым руководит академик, такая система создана и успешно функционирует на протяжении ряда лет. А вот в стране в целом – пока нет, хотя попытки её создания предпринимаются, имеется опыт отдельных регионов. О проблемах реабилитации шла речь и на недавнем конгрессе педиатров России.

На сегодняшний день остаётся много вопросов в этой области, которые касаются кадрового потенциала, источников финансирования и многих других аспектов. Один из них – низкая доступность комплексной реабилитации, дефицит квалифицированных кадров.

После того как эту специальность убрали из номенклатуры, было издано письмо, в соответствии с которым все специалисты по восстановительному лечению должны быть перечислены на физиотерапевтов либо рефлексотерапевтов, специалистов по лечебной физкультуре, спортивной медицине, либо врачей по мануальной терапии. А ведь врач-физиотерапевт и врач по восстановительной медицине или врач по ЛФК и врач по медицинской реабилитации – не одно и то же. Узкие специалисты не обладают тем перечнем знаний, которыми должен обладать врач, занимающийся комплексной медицинской реабилитацией.

По словам главного детского специалиста Департамента здравоохранения Москвы Ольги Коновой, укомплектованность штатов специалистами по медицинской реабилитации (к которым, кроме врачей, относятся ещё и психологи, логопеды, дефектологи и

Проблемы и решения

# Дети – не уменьшенная копия взрослых

Их реабилитационный потенциал огромен. Но как его реализовать?



В ходе реабилитации детей важно учитывать и использовать все современные возможности медицины

т.д.) в столице достаточно высокая, хотя и не стопроцентная. Но если заглянуть поглубже, то картина открывается отнюдь не радужная. Например, среди врачей-физиотерапевтов 51% – люди глубоко пенсионного возраста. То же самое можно сказать и обо всех остальных. Молодёжи в этой области практически нет. А в связи с уходом пожилых кадров теряются те знания, которые были накоплены.

Низкая эффективность реабилитации детей объясняется, помимо нехватки квалифицированных кадров, такими факторами, как дефицит реабилитационных центров, специализированных отделений, отсутствие согласованности в работе специалистов.

– Мы всё время говорим о мультидисциплинарном подходе, но подход должен быть не только мультидисциплинарным, а интрадисциплинарным, то есть все должны работать единомысленно, – подчеркнула О.Коновая.

На сегодняшний день отсутствуют единые методики оценки реабилитационных возможностей. Не определены сроки реабилитации на различных этапах. Нет преемственности в работе структур, участвующих в реабилитации детей.

Нормативные документы, в частности приказ Минздрава № 1705н от 2012 г. о порядке организации медицинской реабилитации, не учитывают особенности детского возраста. Этот порядок распространяется и на взрослых и на детей. В нём не принято во внимание то, что продолжается развитие органов и систем ребёнка, что происходит поэтапное формирование различных навыков. Не учтены социальные аспекты, такие как получение образования, профессии и т.д. А также не учтено, что к огромному контингенту детей применимо понятие абилитация, а не реабилитация, то есть формирование и развитие новых навыков, которые позволяют ребёнку нормально жить.

Как известно, основные принципы успешной реабилитации: раннее начало (специалисты считают, что медицинская реабилитация не может рассматриваться как долечивание, её использование вторым этапом после завершения лечения малоэффективно, раннее внедрение в лечебный процесс реабилитационных мероприятий обеспечивает благоприятный результат, способствует профилактике инвалидности), последовательность, комплексность, непрерывность, поэтапное оказание и индивидуальный подход.

Иными словами, реабилитационный или абилитационный процесс должен начинаться ещё с отделения реанимации, продолжаться в стационаре, отделении медицинской реабилитации и абилитации, реабилитационном центре, затем – в санаторном учреждении, и наконец, этот пациент должен постоянно наблюдаться в амбулаторно-поликлиническом учреждении. Вероятно, следить за правильностью выполнения абилитационного или реабилитационного процесса должен врач-педиатр. На деле же далеко не всегда это соблюдается. Регионы исходят из своих возможностей и представлений о том, как следует строить реабилитационную работу.

По некоторым данным, свыше 20% в нозологической структуре инвалидности среди детей составляют последствия инфекционных и соматических заболеваний. Примерно 60% – психические расстройства, болезни нервной системы, врождённые аномалии развития. Многие дети уже с рождения имеют проявления патологии центральной нервной системы. Как отметила профессор Ивановской государственной медицинской академии Ирина Бобшова, несмотря на высокую частоту факторов риска, выявленных на антенатальном этапе и при дородовых патро-

нажах, неврологический диагноз в родильном доме верифицируется в 15%, а в первые месяцы наблюдения в детской поликлинике – уже в 87%. Последствия отклонений со стороны ЦНС нередко сохраняются в дальнейшем. Именно у этих детей значительно чаще возникает различная соматическая патология. В связи с чем в Иваново обосновали и реализуют нейросоматический подход, который предусматривает совместную работу педиатра и невролога и создание комплексных программ реабилитации. Опыт, безусловно, интересный, но локальный.

В целом же, по мнению специалистов, для повышения успешности реабилитации детей, необходимо разработать критерии эффективности реабилитационного процесса, оптимизировать сроки лечения в учреждении, внедрить эффективные с точки зрения доказательной медицины и правовой базы медицинские реабилитационные технологии, утвердить новые показания и противопоказания к направлению на санаторно-курортное лечение детей. Конечно, сделать это непросто, потребуются немало времени и усилий, но делать надо.

– Следует создать врачебную специальность по медицинской реабилитации детей, чтобы специалист имел представление обо всех современных возможностях и этапах, через которые проходит маленький пациент, – считает О.Коновая, – разработать и утвердить порядок оказания помощи по медицинской реабилитации детям с учётом преемственности, согласованности работы медицинских учреждений на всех этапах.

К сожалению, сейчас согласованности нет, в том числе и из-за различной ведомственной подчинённости учреждений: одни подчиняются Департаменту здравоохранения, другие – Департаменту социальной защиты, третьи – Департаменту образования.

Наверное, стоит напомнить, дети – не уменьшенная копия взрослых, и подходить к организации их реабилитации нужно с отдельными мерками.

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

Фото автора.

Точка зрения

# Диссертация как пропуск

Всегда ли она должна быть непременным условием для движения «наверх»?

«Свято место не должно быть пусто» – так озаглавлен фельетон, напечатанный в «МГ» № 25 от 28.03.1997. Привожу его фрагмент.

– Слабо, слабо для докторской.

– Позвольте скалмбурить, уважаемый, а слабо вам в такой «тмутаракани» сделать докторскую «на уровне»?.. То-то.

– Да ведь не бывает науки столичной и провинциальной. Наука – она, знаете ли, не менее уважаемый, одна.

– Прекрасно! А как и кому прикажете занимать кафедры в провинциальных институтах? Вы ведь не поедете туда, бесценный?!

– Не поеду, драгоценный. Как я там буду заниматься наукой: истории болезни перелопачивать? Вчерашний день. Теперь даже кружковцев не заставишь. Им реактивы дорогие подавай, компьютеры.

– Вот видите! А кафедру должен занимать профессор. Стало быть, доктор наук. Это здесь в центре профессоров как собак нерезаных. А там каждый профессор на вес золота. Ему там почёт и уважение. Без этого трудно управлять кафедрой. Так что пусть будет доктором. Голосуйте «за», прекраснотушный».

Об этом давнем фельетоне вспомнилось, когда за 2 года 2 докторские диссертации, выполненные в провинциальных университетах и успешно защищённые в диссертационном совете в столице, не прошли экспертную комиссию ВАК, были отклонены. Эти защиты на памяти. Были вопросы, была критика, были выявлены недостатки, но проголосовали единогласно «за»,

потому что хорошо знали авторов, их работы, опубликованные в так называемых «ваковских» журналах. Эти журналы печатают только статьи, получившие положительный отзыв независимых рецензентов.

Кто бы спорил, что кафедру должен занимать настоящий учёный, имеющий за плечами большой опыт и достижения в проведённых им научных исследованиях. Но

ведь известно, что для проведения качественной научной работы требуются всего два условия: финансы и талантливые люди. Талантами не оскудела русская земля. А вот с финансами дело обстоит – всем известно, как. Современная медицинская наука всё больше становится биологической. Закономерно. Теперь чисто клиническая работа – описание симптомов, течения и осложнений болезни – ни на кого не произведёт впечатления и не заслужит нужной квалификационной оценки. Теперь нужно изучение сложных биохимических, генетических, иммунных механизмов при патологических состояниях. Требуется дорогая аппаратура, аппаратура, чаще импортная. Сейчас дорогая аппаратура приобретается для здравоохранения. Чаще всего на страницах «Медицинской газеты» мы видим высокое начальство, которому показывают дорогое оборудование, поставленное в больницы. Но ни разу не пришлось видеть или читать, что современное научное оборудование поступило в НИИ или университет для научных исследований.

Но вернёмся к медицинской диссертации. Это особый вид и формат научной работы. Раньше для написания докторской работы преподавателю давали возможность перейти на должность научного сотрудника в ПНИЛ – проблемную научно-исследовательскую лабораторию при институте. По завершении работы он возвращался на кафедру. Что-то не слышал, чтобы эта практика имела место сейчас. Значит, диссертация выполняется «без отрыва от производства». Можно провести качественное исследование, но изложить его на большом пространстве диссертации – дело сложное и не всегда выполняется без сучки и задоринки. Именно эти сучки и задоринки могут преградить исследователю путь к искомой научной степени.

Что делать? Почему именно диссертация должна служить пропуском к заведыванию кафедрой? Если преподаватель вуза (а именно о так называемой вузовской науке речь – кто её так назвал, не знаю) зарекомендовал себя как способный учёный, имеет публикации в солидных отечественных

и зарубежных изданиях, тем более издал монографию, известен научному сообществу, – почему он не может занять кафедру? В бытность корпения над своей диссертацией приходилось слышать от «друзей по несчастью» сетование, что, мол, так хочется, не прерываясь, продолжать научные исследования, а приходится тратить время и силы на создание труда, без которого кафедра «не светит».

Варианты есть. Звание профессора может быть получено учёным без защиты докторской диссертации за написание и издание учебника, и тем не менее он может занять кафедру. Прецеденты на памяти. Завкафедрой уже много лет прекрасно справляется с заведыванием, не будучи доктором наук.

Более того, вспоминается Иван Павлович Бардин, металлург, практик; за свои достижения в области металлургии был избран действительным членом Академии наук СССР. Диссертации не писал.

Не призываю, отнюдь, сквозь пальцы смотреть на качество «провинциальных» диссертаций. Диссертация, коль взялся её писать, должна быть «на уровне».

Но должна ли она быть непременным условием, чтобы занять должность заведующего кафедрой, не уверен. Возможны, как видим, другие варианты. Их следует рассмотреть.

Рудольф АРТАМОНОВ,  
профессор.

Москва.

Недавно в Твери состоялось важнейшее и долгожданное событие для всех жителей региона, и прежде всего для медицинского сообщества и пациентов с диагнозом «онкология» - после длительной реконструкции открылся блок лучевой терапии областного онкологического диспансера.

Благодаря участию в Национальной онкологической программе, а также долгосрочной целевой программе развития здравоохранения Тверской области на 2012-2015 гг. в столице Верхневолжья создана современная система выявления и лечения злокачественных новообразований.

Серьёзные работы по совершенствованию региональной онкологической службы были начаты в 2012 г. Благодаря участию в национальной программе из федерального бюджета Тверскому онкодиспансеру было выделено более полумиллиарда рублей, около 300 млн дополнительно направлено из областного бюджета. На эти средства был выполнен капитальный ремонт всех действующих отделений медучреждения, приобретено более 600 единиц современного оборудования, внедрены новейшие методики хирургического и лучевого лечения пациентов, а также диагностики заболеваний. Дополнительно к этому заново выстроен новый патоморфологический корпус, оснащённый по последнему слову техники. В результате его запуска значительно повысилось качество и сократились сроки проведения необходимых лабораторных исследований и диагностики онкозаболеваний. В новом корпусе диспансера установлены два современных компьютерных томографа, позволяющих проводить диагностику заболеваний на гораздо более высоком качественном уровне, пущены в эксплуатацию высокоэнергетические ускорители, гамматерапевтические ап-

параты – станции дозиметрического планирования. По словам главного врача диспансера кандидата медицинских наук Олега Терехова, новое медицинское оборудование значительно повысит эффективность лучевого лечения и одновременно позволит снизить число осложнений. С такими значимыми преобразованиями связаны и надежды тверских специалистов на увеличение сроков выживаемости пациентов.

На торжественном открытии



Новый корпус онкодиспансера

### Современные технологии

# Преобразования для новообразований

В Твери активно переоснащают онкологическую службу



Главный врач онкодиспансера Олег Терехов (слева) показывает новый корпус почётным гостям, среди которых и губернатор Андрей Шевелёв (в центре)

нового корпуса диспансера вместе с руководителями области и высокопоставленными местными чиновниками выступил и руководитель отделения лучевой терапии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена профессор Евгений Хмелевский. Он дал высокую оценку проведённой работе:

Ещё 10-15 лет назад лучевая терапия в стране отставала на два-три десятилетия, сегодня в большинстве регионов России такого уже нет. И подтверждение тому – цифры, свидетельствующие, что благодаря современной лучевой терапии и радиологии всё больше больных получают высокие шансы на выздоровление. К примеру, самый распространённый злокачественный процесс у мужчин – это рак

предстательной железы. Так вот сегодня от этого недуга при незапущенных стадиях избавляются в 80-90% случаев. Улучшается статистика и по онкопатологии молочной железы: болезнь удаётся остановить почти у 70% женщин. Успешному лечению поддаются и тяжелейшие виды рака – остеосаркома, хордома позвоночника – выздоровление наступает в 80-90% случаев. С открытием нового здания и запуском новейшего современного оборудования в Твери теперь тоже есть все возможности исцелять заболевания, которые ранее считались неизлечимыми.

Максим СТРАХОВ,  
внест. корр. «МГ».

Тверь.

### Образование

# Ревматология в новом ракурсе

Идет активный обмен знаниями и опытом

В Научно-исследовательском институте ревматологии им. В.А.Насоновой прошла 12-я Всероссийская школа ревматологов, в которой приняли участие врачи со всей страны. Цель школы – повысить уровень знаний докторов в области современных достижений ревматологии, обменяться опытом лечения трудных пациентов, обсудить конкретные проблемы, с которыми сталкиваются специалисты в клинической практике.

– В таком ракурсе мы проводим школу впервые, – отметил директор НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой академик РАН Евгений Насонов. – Её девиз «Ревматология-2015 – новые факты и идеи». Специалисты института не просто осветили наиболее актуальные проблемы ревматологии, связанные с воспалением суставов и аутоиммунитетом, но и специально подготовили лекции о достижениях

последних лет, которые еще нигде не освещались. Именно за этот период наметился значительный прогресс в ревматологии.

Ревматические болезни представляют серьезную социально-экономическую проблему, поскольку затрагивают активное и трудоспособное население страны. Только своевременная диагностика, грамотно назначенная и адекватно подобранная терапия современными эффективными препаратами позволяют предотвратить тяжелые последствия, такие как обездвиженность, инвалидность. Перед ревматологией стоит задача уменьшить число тяжелобольных, улучшить качество жизни пациентов, сохранить их трудоспособность, что существенно сократит финансовую нагрузку на государство.

– Будущее медицины во многом связано с развитием ревматологии, – считает академик РАН Е.Насонов. – Очень многие факты и идеи, которые получены при изучении ревматических заболе-

ваний, становятся достоянием и других специальностей. Кардиология, онкология, дерматология черпают новые знания, новые подходы к диагностике и лечению именно из ревматологии.

Организаторы школы придают чрезвычайно большое значение международному сотрудничеству и широкому освещению опыта российской ревматологии в зарубежных журналах, что призвано существенно повысить статус российского медицинского сообщества на мировом уровне. В работе школы принял участие ассоциированный профессор отделения ревматологии и научного развития учебного центра Университета Бирмингема (Великобритания) Армен Гаспарян.

Состоялось также заседание экспертного совета ведущих ревматологов, на котором обсуждались вопросы развития ревматологической службы в регионах РФ. В ходе его рассматривались аспекты, касающиеся оказания

помощи больным с ревматическими заболеваниями в связи с изменением в финансировании при переходе на обеспечение за счет средств фонда обязательного медицинского страхования. Отдельное внимание было уделено возможности получения помощи в федеральных центрах, системе направления и отбора пациентов, дальнейшему продолжению лечения в регионах. На экспертном совете коллегиально было принято около 20 клинических рекомендаций по ведению пациентов с ревматическими заболеваниями.

– К сожалению, многие вопросы приходится решать на общественных началах, потому что наша система здравоохранения, связанная с одноканальным финансированием, не всегда хорошо гармонизирована со всесторонним оказанием помощи пациентам с ревматическими заболеваниями и тормозит научные исследования в области ревматологии, – отметил Е.Насонов.

Особое внимание на совете уделялось предстоящей аккредитации врачей.

В трехдневной работе школы приняли участие ревматологи и терапевты из Москвы и регионов РФ. Организована она в рамках программы непрерывного последипломного образования врачей, разработанной Ассоциацией ревматологов России.

Татьяна АЛЕКСЕЕВА.

Москва.

### Новости

## Спасение для младенцев

В Арсеньевской центральной городской больнице готовы освоить все квоты на высокотехнологичную помощь по профилям «акушерство и гинекология» и «неонатология» на этот год. Более того, в больнице уже отмечают значительные перемены с введением в работу элементов ВМП – показатели младенческой смертности стали снижаться.

По словам Ольги Андрушко, педиатра межрайонного неонатологического центра, в ЦГБ выхаживают новорождённых с низкой и экстремально низкой массой тела, с родовыми травмами, патологиями нервной системы и церебральными патологиями, которые ведут за собой нарушения дыхания, сердечные, желудочно-кишечные и двигательные нарушения.

«Родильный дом Арсеньевской ЦГБ получил новую палату интенсивной терапии, где сложных новорождённых своевременно стабилизируют, а уже затем отправляют на второй этап выхаживания. Теперь мы можем гораздо эффективнее спасать недоношенных малышей», – отмечает Ольга Васильевна.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

Окончательный диагноз

# Синдром автоброжения

## Есть люди, пьянеющие от... картошки

Вспоминается сыр-бор, который разгорелся вокруг кефира и злосчастных промилле. Тогда энтузиасты и доброхоты кинулись искать промилле в квасе, ситро, кефире, дабы вывести водителей из-под удара драконового закона об алкоголе за рулём. Не обратят ли свои взоры наши заступники на картошку? Однако к сути...

### Самый-самый самогон

Есть такие люди, хотя их и немного, которые пьянеют всего от... углеводов. Они страдают от так называемого синдрома «внутренней пивоварни», или синдрома автоброжения. Это довольно редкое и вызывающее споры медицинское расстройство, при котором избыток дрожжеподобных грибов в кишечнике приводит к преобразованию сахаров, содержащихся в пище, в избыточный эндогенный алкоголь в крови.

Каково же это — жить с таким странным синдромом? И как быть, если выясняется, что едва ли не все окружающие — от близких друзей до судей — принимают людей с такими симптомами за пьяниц?

Первые упоминания о подобном явлении можно обнаружить в отчётах японских исследователей, относящихся к 1970-м годам. Они описали загадочные симптомы, которые проявлялись у пациентов с хронической дрожжевой инфекцией. В докладе, опубликованном в то время, учёные отмечали, что у всех таких пациентов наблюдался недостаток ферментов печени. Это означало, что алкоголь с трудом выводился из их организма.

В кишечнике каждого человека есть небольшое количество дрожжевых грибов, которые, взаимодействуя с углеводами и сахарами, содержащимися в пище, вырабатывают крошечные порции алкоголя. С японскими пациентами происходило следующее: избыток дрожжей в организме, вызванный дрожжевой инфекцией, и то обстоятельство, что они ели много риса, богатого углеводами, в сочетании с недостатком ферментов печени приводил к тому, что они не могли достаточно быстро перерабатывать алкоголь, чтобы он своевременно выводился из организма.

### Пивоварня в животе

В наши дни этот симптом изучают, в частности, Барбара Корделл, декан факультета наук о здоровье и уходе за больными в колледже

Панола в Техасе. Она и её коллега Джастин Маккарти оказались первыми, кто диагностировал этот синдром у 61-летнего мужчины в США и сумел подтвердить свои выводы результатами, полученными во время клинических наблюдений. Интерес к этому состоянию возник у Корделл в 2005 г., когда её близкий знакомый начал испытывать внезапно возникавшие симптомы опьянения. Он жаловался на головокружения, тошноту и истощение. Именно так чувствуют себя люди после бурной ночи с обильными возлияниями. При этом бедняга говорил, что не брал в рот ни капли крепкого спиртного.

В январе того самого 2010 г. его положили в больницу, где он находился под круглосуточным наблюдением. Врачи, заподозрив, что пациент всего-навсего алкоголик, прячущий бутылки в укромном месте, проверили все его пожитки, дабы убедиться, что он не пронёс тайком спиртное с собой.

Кроме врачей и сестёр, никто не имел к нему доступа во время пребывания в больнице. Исследуемого посадили на диету, насыщенную углеводами, и брали кровь на анализ каждые 2 часа. Как-то раз уровень алкоголя у него поднялся до 120 мг на 100 мл крови. Для человека среднего роста и веса это равносильно 7 порциям виски. (Стандартная порция виски в США составляет 44 мл, или 1,5 унции).

### Без вины виноватые

Пациенту повезло, поскольку он был знаком с исследователями, способными разобраться в его состоянии. Друг по несчастью некто Хесс оказался не таким счастливым. Он страдал в течение многих лет и почти оставил надежду излечиться. Проблема заключается в том, что мало у кого из этих людей наблюдается ненормальное содержание ферментов печени, подобное тем случаям, которые в своё время описали японские учёные. Так что же с ними происходит?

Рабочая теория, которую разрабатывают Корделл и её коллеги, такова: «Проблема возникает тогда, когда количество дрожжевых грибов в кишечнике выходит из-под контроля. Как правило, бактерии держат уровень содержания дрожжей в норме, но порой дрожжи берут верх». Если рассмотреть микрофлору кишечника людей с симптомом «внутренней пивоварни», всегда можно обнаружить ненормально большое количество

дрожжевых грибов. Наиболее распространённый штамм — это *Sacharomycetes cerevisiae*, они же «пекарские» или «пивные» дрожжи, как их называют хлебопёки и пивовары.

Судебный эксперт-токсиколог Уэйн Джоунс нуждается в дополнительных аргументах, подтверждающих эту теорию. Не так давно он ушёл на пенсию после 40 лет работы в Шведском национальном совете по судебной медицине в городе Линчёпинге. Он говорит, что любой алкоголь, который образуется в нашем кишечнике в результате расщепления углеводов, должен пройти через печень, прежде чем он попадёт в систему кровообращения. В нашей печени содержатся ферменты, которые перерабатывают алкоголь таким образом, что практически весь его объём выводится из крови. Это называется метаболизмом (или эффектом) первого прохождения. Именно этот физиологический процесс не убеждает Джоунса в способности людей за счёт одного лишь дисбаланса дрожжей в организме вырабатывать такое количество алкоголя в собственной крови, которое могло бы иметь значение для медицины и судебной экспертизы. Случаи, имевшие место в Японии, — это, с его точки зрения, лишь отдельные исключения.

Джоунс несколько раз давал показания в суде в качестве эксперта и очевидца во время слушаний по делам, в ходе которых адвокаты подсудимых, уличённых в управлении автомобилем в нетрезвом состоянии, утверждали, что их клиенты страдали от недиагностированного синдрома «внутренней пивоварни». «Несколько человек годами утверждали, что высокий уровень содержания алкоголя, выявленный в их крови, не являлся следствием потребления алкогольных напитков, а был вызван внутренними свойствами их организма», — рассказывает эксперт.

Пару лет назад судья суда низшей инстанции в Швеции впервые в истории принял во внимание такой аргумент защиты. Прокуратура подала апелляцию, и Джоунса попросили выступить в суде с показаниями. Позже водитель был признан виновным в управлении автомобилем в состоянии алкогольного опьянения.

Юрий БЛИЕВ,  
обозреватель «МГ».

По материалам The Lancet.

Однако

## Увидеть — и ужаснуться

Учёные из Калифорнийского университета выяснили, что фото людей с избыточным весом меняет обонятельные ощущения. А именно, после просмотра таких фото людям кажется, что запах становится менее приятным.

Специалисты провели эксперимент, в ходе которого испытуемым показывали две серии фотографий: людей с избыточным и с нормальным весом. Затем предлагали

понюхать флаконы с лосьонами, слегка подкрашенными разными пищевыми красителями, и оценить их аромат. На самом деле это был один и тот же лосьон, либо в нём вообще не было отдушки.

Оказалось, когда участники эксперимента просматривали фото людей с лишним весом или ожирением, запах им казался менее приятным, а видя стройных или худых, участники говорили, что аромат им нравится. Причем наиболее ярко это проявлялось у людей с самыми

высокими индексами массы тела.

Эксперты пришли к выводу, что данный эффект, вероятно, обусловлен подсознательным чувством отвращения. Также причиной может быть мнение, что люди с избыточным весом имеют проблемы с запахом тела. Некоторые открыто настроены против людей, имеющих избыточный вес, а другие питают негативные чувства подсознательно. При этом дискриминация лишь усугубляет проблемы с весом у тучных людей, отметили исследователи.

Марк ВИНТЕР.

По информации Meddaily.

Приглашаем специалистов 16-17 мая с.г. принять участие в 3-м Московском международном курсе Cardiovascular Pathology: Surgery and Interventions («Сердечно-сосудистая патология: хирургия и интервенция»).

Курс организован академиком Л.А.Бокерия (Москва, Россия) и профессором Марко Турина (Цюрих, Швейцария) при поддержке Европейской ассоциации кардиоторакальных хирургов (The European Association for Cardio-Thoracic Surgery – EACTS), Американской ассоциации торакальных хирургов (The American Association for Thoracic Surgery – AATS) и Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России (АССХ).

В программе курса лекции о важнейших достижениях в области сердечно-сосудистой и эндоваскулярной хирургии всемирно известных хирургов: Дж.Какс (США), Д.Тэггарт (Великобритания), Р.Киеза (Италия), Р.Дамиано (США), Ф.Мор (Германия), П.Сержант (Бельгия), В.Храска (Германия), К.Мунеретто (Италия), Дж.Джероза (Италия), Л.Миллер (США), Ф.Велленс (Бельгия), Р.Хетцер (Германия), П.Зилла (ЮАР).

Курс предназначен для кардиологов, сердечно-сосудистых и эндоваскулярных хирургов. Число слушателей курса ограничено.

Прошедшим обучение выдается международный сертификат от имени EACTS, AATS и АССХ.

Предварительная регистрация — обязательна на официальных сайтах центра — www.bakulev.ru и АССХ — www.racvs.ru

Оргкомитет курса:  
Тел.: +7 (495) 414-77-34, факс: +7 (495) 414-76-68.  
E-mail: org\_ncssh@mail.ru

### В ГБУЗ КО «ЦРБ Сухиничского района» срочно требуются:

- ✓ дерматолог
- ✓ офтальмолог
- ✓ педиатр участковый
- ✓ терапевт стационара
- ✓ педиатр стационара
- ✓ терапевт Шлиповской участковой больницы (действует программа «Земский доктор» в 2015 г.)
- ✓ зубной техник
- ✓ акушерка смотрового кабинета
- ✓ фармацевт.

Специалистам выплачивается компенсация за найм жилья, предоставляется служебное жильё.

Тел. (48451) 51-209.

Исследования

## Противодействуя развитию диабета

Учёные из США обнаружили существование ранее неизвестного класса молекул, содержащихся в жировой ткани, защищающих от развития сахарного диабета 2-го типа. Свойства открытого липида позволяют надеяться, что в обозримом будущем его можно будет использовать для терапии метаболических нарушений, ведущих к диабету.

Это биоактивное вещество было открыто группой учёных из Бостона (США) в ходе изучения с помощью масс-спектрометра жировой ткани мышей, у которых была искусственно создана устойчивость к диабету.

Липид удалось выявить лишь благодаря его высокой концентрации в клетках и тканях у биоинженерных мышей в силу того, что уровень содержания этого вещества у них по сравнению с обычными мышами был выше почти в 20 раз. В норме концентрация данного липида чрезвычайно низка. Этим и объясняется тот факт, что прежде это вещество не обнаруживалось.

Авторы исследования также установили, что данный липид помогает инсулину регулировать уровень поглощения клетками поступающей из крови глюкозы. Эксперимент показал, что добавление синтезированной молекулы этого липида в рацион мышей с эквивалентом человеческого диабета 2-го типа приводит к снижению уровня глюкозы в крови и росту уровня инсулина.

Кроме того, как оказалось, концентрация нового липида в крови и жировой ткани людей с резистентностью к инсулину (что является предвестником развития диабета) снижена, что означает существование обратной связи между уровнем секреции вещества и развитием заболевания — чем больше вещества, тем ниже риск диабета.

Учёные также выявили ещё одно полезное свойство липида — он способствует снижению уровня воспаления в жировой ткани и в организме в целом.

Всё это заставило авторов сделать предположение о том, что данное вещество может выступать в качестве лекарства при нарушении обмена веществ, ведущем к диабету 2-го типа. Искусственное увеличение его присутствия в организме будет лишь способствовать включению естественного защитного процесса и предотвращению тем самым развития болезни.

«По всей видимости мы открыли новый биологический механизм в развитии диабета, оставшийся неизвестным из-за того, что никто не знал о существовании данного вещества, — предположил один из ведущих авторов работы Алан Сагателян. — Мы надеемся, что это позволит иначе подойти к терапии диабета, усиливая собственные пути организма по регуляции уровня глюкозы в крови», — добавил он.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Cito!

По материалам журнала Cell.

История болезни одной пациентки озадачила всех, кто имел к ней какое-либо отношение. 74-летнюю женщину беспокоила сыпь, которая никак не проходила. К тому времени, как она добралась до больницы, нижняя половина её правой ноги покрылась бугорками с восковым налётом и яркой красно-фиолетовой сыпью. Анализы подтвердили худшие подозрения: у женщины диагностировали карциному – одну из форм рака кожи.

### Божественное вмешательство или спонтанная регрессия?

Прогнозы выглядели неутешительно. Учитывая распространение опухоли, радиотерапия оказалась бы неэффективной, хирургическим методом удалить очаги воспаления из кожи тоже не представлялось возможным. Скорее всего, лучшим решением оказалась бы ампутация, рассказывает лечащий врач пациентки Алан Ирвайн из больницы Св. Джеймса в Дублине, однако пожилой возраст женщины вряд ли позволил бы ей нормально адаптироваться к протезу. После долгой и откровенной дискуссии было решено подождать, пока будет выбран оптимальный вариант.

...А затем началось чудо. Хотя пациентку никак не лечили, опухоли уменьшались и съезжались буквально на глазах. «Мы наблюдали её в течение нескольких месяцев, и эти новообразования просто исчезли», – говорит врач. Спустя 20 недель от них не осталось и следа. «Сомнений в её диагнозе не было, – уточняет он. – Однако ни результаты биопсии, ни УЗИ не показали никаких следов карциномы».

Каким-то образом больная излечилась от, пожалуй, самой страшной болезни наших дней. «Все были в восторге, но несколько озадачены, – сдержанно комментирует ситуацию Алан Ирвайн. – Получается, организм самостоятельно может избавиться от рака, хотя это случается крайне редко».

Вопрос в том, как именно это произошло? Пациентка Ирвайна была уверена, что помогло божественное вмешательство: она поцеловала религиозную святыню. Однако учёных интересует биологическая подоплёка произошедшего, так называемая спонтанная регрессия. Исследовав её, они надеются найти зацепки, благодаря которым можно было бы провоцировать самоизлечение. «Если вообще получится обучить организм делать подобные вещи, такая методика получит самое широкое применение», – считает доктор Ирвайн.

### Внезапное исчезновение

Теоретически наша иммунная система должна вычислять и уничтожать мутировавшие клетки, предупреждая развитие рака. Однако иногда этим клеткам удаётся остаться незамеченными, и они начинают размножаться, что ведёт к росту опухоли.

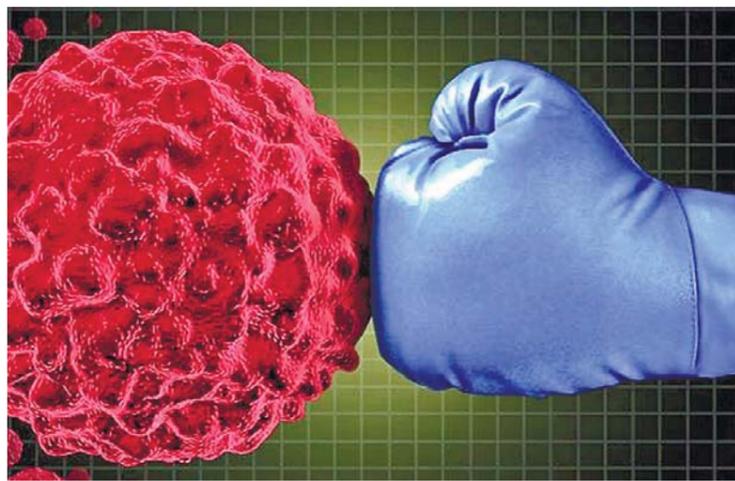
К тому моменту, когда рак привлекает внимание врачей, самостоятельно вылечиться пациент уже вряд ли сможет: по статистике, лишь 1 из 100 тыс. раковых больных излечивается от болезни без помощи медицины.

Среди этих редких случаев попадаются и совершенно невероятные. Так, недавно была опубликована история пациентки одной из британских больниц, долгое время страдавшей от бесплодия. Спустя некоторое время врачи нашли у неё опухоль между прямой кишкой и маткой, но когда женщина была уже готова ложиться на операцию, ей наконец удалось забеременеть. Всё прошло хорошо, родился здоровый ребёнок. Обследование показало, что во время беременности рак

### Гипотезы

# Чудеса случаются

## Возможно ли самоизлечение от рака?



мистическим образом улетучился. Прошло 9 лет – никаких следов рецидива не наблюдается.

Не менее впечатляющие истории выздоровления отмечались у пациентов с самыми разными видами рака, включая особо агрессивные формы – такие как острый миелоидный лейкоз, предполагающий патологическое размножение белых кровяных клеток. «Если пациента не лечить, он обычно умирает в течение нескольких недель, а иногда и дней», – рассказывает Армин Рашиди из Университета Вашингтона в Сент-Луисе. Однако ему удалось обнаружить 46 случаев, когда острый миелоидный лейкоз отступил сам. Правда, лишь в 8 из них удалось избежать последующего рецидива. «Если спросить случайно взятого онколога, может ли подобное произойти, 99% ответят, что нет, так не бывает», – говорит Рашиди, вместе с коллегой Стивеном Фишером опубликовавший исследование на эту тему.

### Мучительное ожидание

В то же время случаи радикального излечения от детской формы рака под названием «нейробластома» происходят удивительно часто, что даёт учёным простор для гипотез относительно причин спонтанной регрессии. Этот вид рака характеризуется опухолями в нервной системе и эндокринных железах. Если он затем распространяется (даёт метастазы), на коже могут появиться узлы, а в печени – новообразования. Из-за опухоли в брюшной полости ребёнку становится сложно дышать.

Нейробластома крайне неприятное заболевание, однако порой оно исчезает так же быстро, как появилось, даже без медицинского вмешательства. Более того, если возраст пациента составляет меньше года, регрессия встречается так часто, что врачи обычно не начинают химиотерапию сразу, надеясь, что опухоль рассосётся самостоятельно. «Помню три случая, когда на коже были видны внушительных размеров метастазы, а печень увеличилась, однако мы просто наблюдали больных – и они справились сами», – говорит Гарретт Бродер из Детской больницы Филадельфии.

Но принять решение – сложить руки и просто наблюдать может быть непросто: хотя возможность избежать мучительного лечения одним родителем приносит облегчение, другим бездействие и беспомощность даются с трудом. Бродер стремится понять причину исчезновения рака, чтобы избежать подобных страданий. «Мы хотим разработать конкретный пре-

парат, который может запустить механизм регрессии – чтобы нам не приходилось ждать милости природы или «божественного вмешательства», – поясняет он.

### Ключи к пониманию

К настоящему моменту Гарретту Бродеру удалось обнаружить несколько интересных зацепок. Так, в отличие от других нервных клеток клетки опухоли при нейробластоме, похоже, научились выживать в отсутствие так называемого фактора роста нервов (NGF) – секретируемого организмом белка, который стимулирует развитие и активность нейронов. Спонтанная ремиссия может быть вызвана естественными изменениями в опухолевых клетках нейробластомы – не исключено, что в этом процессе участвуют клеточные рецепторы, с которыми связывается NGF. Каковы бы ни были изменения, это может значить, что клетки не смогут дальше выживать без важнейшего для них питательного вещества.

В таком случае лекарство, воздействующее непосредственно на рецепторы, могло бы способствовать выздоровлению других пациентов. По словам Бродера, две фармацевтические компании уже подобрали несколько возможных вариантов, и он надеется, что вскоре начнутся клинические испытания. «Оно бы избирательно уничтожало опухолевые клетки, чувствительные к подобному метаболическому пути, и пациенты смогли бы обойтись без химиотерапии, радиотерапии или хирургического вмешательства, избежав всех неприятностей, связанных с этими видами лечения, – тошнота, рвота, выпадение волос, – предполагает он.

### Ответный иммунный огонь

К сожалению, случаи неожиданного избавления от других форм рака изучены хуже, возможно, потому, что они так редки. Однако некоторые ориентиры имеются, их появлению способствовала, в том числе, новаторская деятельность малоизвестного американского врача более 100 лет назад.

В конце XIX века Уильям Брэдли Коли пытался спасти пациента с большой опухолью на шее. Пять проведённых операций не помогли избавиться от рака. Затем у больного случилось кожное инфекционное заболевание, сопровождавшееся высокой температурой. К тому моменту, как он оправился от инфекции, опухоль исчезла. Коли решил проверить этот принцип на небольшой группе

других пациентов и обнаружил, что неоперабельные опухоли рассасываются, если больной принимает микробные токсины или его намеренно заразили бактериями.

Может ли инфицирование в общем случае стимулировать спонтанную ремиссию? Анализ недавних данных явно говорит в пользу дальнейшего изучения этого вопроса. Так, исследование Рашиди и Фишера показало, что 90% пациентов, излечившихся от лейкемии, перенесли другое заболевание, например воспаление лёгких, незадолго до исчезновения рака. В других работах отмечается, что опухоли отступали после того, как пациент заболел дифтерией, гонореей, гепатитом, гриппом, малярией, корью, оспой и сифилисом. Вот уж воистину – что не убивает вас, делает вас сильнее.

Причиной излечения становятся не сами микробы; считается, что инфекция вызывает иммунный ответ, неблагоприятный для существования опухоли. Например, высокая температура может сделать опухолевые клетки более уязвимыми и вызвать их «самоубийство». Или же важную роль играет тот факт, что при борьбе нашего организма с бактериями или вирусами в нашей крови содержится много молекул воспаления, которые активируют клетки-макрофаги, и эти иммунные клетки становятся воинами, уничтожающими и поглощающими микробы, а потенциально – и рак.

«Думаю, инфекция способствует тому, чтобы иммунные клетки организма переставали способствовать развитию опухолевых клеток и начинали их уничтожать», – считает Хенрик Шмидт из больницы Орхусского университета в Дании. Это, в свою очередь, может также стимулировать другие составляющие иммунной системы – например, дендритные клетки и Т-клетки – к тому, чтобы распознавать опухолевые клетки и в случае рецидива рака атаковать их вновь.

По мысли Шмидта, понимание процесса спонтанной ремиссии необходимо для развития новейшей методики иммунотерапии, использующей систему естественной защиты организма для борьбы с раком. Так, один способ лечения предполагает инъекцию воспалительных «цитокинов», благодаря которой начинает работать иммунная система. Побочные эффекты – высокая температура и другие симптомы гриппа – обычно смягчаются лекарствами вроде парацетамола для облегчения состояния пациента.

Однако учитывая, что температура сама по себе может вызвать ремиссию, Шмидт предположил, что парацетамол способен уменьшить действенность методики. И действительно, он обнаружил, что в 2 раза больше пациентов – 25% против 10% – смогли пережить двухлетний период, если им не сбивали температуру.

Возможны и другие простые, но действенные способы борьбы с раком, основанные на этих данных. Так, у одного человека произошла спонтанная ремиссия после вакцинации от столбняка и дифтерии – возможно, благодаря тому, что прививки также активизируют иммунную систему. Исходя из этого, Рашиди указывает, что стандартная ревакцинация – например, противотуберкулёзная прививка БЦЖ – по всей видимости, снижает вероятность рецидива меланомы после химиотерапии.

### А не переформатировать ли иммунную систему?

Другие исследователи считают нужным применять более радикальные методы воздействия. Так, приверженцы одного из подходов утверждают, что необходимо намеренно заражать раковых больных тропическим заболеванием.

Этот метод, разработанный американским стартапом под названием PrimeVax, предполагает борьбу сразу по двум направлениям. Дендритные клетки из крови пациента, способствующие координации иммунного ответа на угрозу, подвергаются воздействию его опухолевых клеток в лабораторных условиях. Таким образом они программируются на распознавание раковых клеток. Одновременно пациент заражают лихорадкой денге, разносчиком которой обычно являются насекомые, после чего ему делают инъекцию «обученных» дендритных клеток.

Под наблюдением врачей температура пациента поднимается до 40,5°C градуса, в то же время в его кровь выбрасывается множество молекул воспаления – в результате иммунная система организма начинает работать в авральном режиме. Опухоль, ранее оставшаяся незамеченной, становится мишенью для атаки иммунных клеток, которыми управляют запрограммированные дендритные клетки. «Лихорадка денге вторгается и переформатирует иммунную систему таким образом, что она начинает уничтожать опухолевые клетки», – рассказывает Брюс Лайдей из PrimeVax.

Заразить ослабленных пациентов тропической лихорадкой – казалось бы, рискованный шаг, однако для среднего взрослого человека вероятность умереть от лихорадки денге меньше, чем от обычной простуды, так что это самая безопасная из возможных инфекций. Когда температура спадёт, запрограммированные иммунные клетки продолжат сохранять бдительность в отношении опухолевых клеток, если они вновь появятся. «Рак – это движущаяся мишень. В большей части методик его атакуют только с одной стороны, мы же стараемся поставить его раз и навсегда в заведомо проигрышное положение», – говорит Лайдей.

Сложно усомниться в мотивации, движущей разработчиками этого метода лечения. «Наша миссия – воссоздать спонтанную ремиссию максимально стандартным образом», – объясняет коллега Лайдея Тони Чен. Тем не менее сотрудники PrimeVax подчёркивают, что их идея пока находится на раннем этапе разработки, и пока не начались клинические испытания, они не знают, как всё обернётся. Исследователи надеются, что первыми на себе методику опробуют больные меланомой в развитой стадии, это может произойти уже к концу года.

Очевидно, нужно действовать осторожно. Как указывает Ирвайн, «спонтанная ремиссия – лишь крошечная зацепка в огромной сложной головоломке». Но если учёным всё-таки удастся одержать победу (что совершенно не факт), то последствия их работы будут колоссальными. Быстрое и относительно безболезненное избавление от рака сейчас считается чудом. Как хотелось бы, чтобы оно стало нормой!

Юрий БЛИЕВ,  
обозреватель «МГ».

По материалам Nature и The Lancet.

Мне как врачу неоднократно приходилось спрашивать разных по возрасту и профессиям людей: парятся ли они в бане? И чаще всего слышалось в ответ: редко или вообще туда ни ногой. Но зато когда кто-то отвечал положительно, то даже внешне было заметно, что со здоровьем у него все более или менее в порядке, словом – наш человек.

Вот такие люди со всех концов страны золотой осенью трех последних лет собирались на фестивали русской бани в древнем Суздале. А вот четвертый фестиваль прошел в Сандуновских банях в Дни города Москвы. На нем побывали и владимирцы, получившие приглашение от генерального директора «Сандунов» Максима Пашкова принять участие в притягательном празднике веника и пара.

### Финская сауна отдыхает!

Хотелось бы начать с того, что культура здоровья человека в целом зависит от него самого. Во всех учебниках и пособиях по физиотерапии и здоровому образу жизни русская баня рассматривается как классический метод теплечения. Миллионы людей черпают в ней здоровье, бодрость и закалку.

Сошлюсь на свою банную компанию, в которой пятеро спящих годами людей. Двум из нас 68 лет, одному – 74 года, мне пошел 79-й, самому молодому – 59 годков. Из них два профессора, доктора наук – психолог и лингвист. Не сказать, чтобы все были идеально здоровы, у каждого есть какие-то свои малые и средние проблемы и проблемки. Но могу как врач точно утверждать, что многие вопросы, в особенности касающиеся таких важных вещей, как органы кровообращения и дыхания, включая сердце с коронарными сосудами, давление, нервно-психическое состояние у моих друзей с учетом возраста в порядке. Опять-таки благодаря бане. И не раз бывало – идешь в баню с несколько повышенным АД, болью в спине, легкой простудой, да просто вымотанный после рабочего дня. На следующий день все оказывается куда лучше, мир преобразуется, настроение отличное, недуги уходят как тучи, выглядывает солнце.

Безусловно, баню, и прежде всего русскую баню, можно рассматривать как особо индивидуальный вид искусства оздоровления. Ведь она, пожалуй, одна из немногих в мире, когда в самом действе участвуют двое – пациент и врачующий его банщик. Движения опытного банщика я бы сравнил с искусством музыканта, он проигрывает своеобразную симфонию, где есть и форте, и пиано. Он должен быть немного доктором, немного психологом, даже чуть фармацевтом, используя различные целебные травы, и, как врач, соблюдать главный принцип – «не навреди».

Вот главное, что отличает русскую баню от популярной финской сауны. Температура в русской бане – около 70-80°C, достаточно жарко, умеренно сухо и приятно влажно. Тогда как в сауне температура уходит за 100°C, а влажность незначительная, всего 10-15%. И хотя популярная финская поговорка гласит: «Париться может каждый, кто в состоянии дойти до сауны», непривычным к парению людям сразу идти туда не рекомендую. Вот и получается, что в соревновании с подвижной, по-спортивному азартной русской баней, с ее мягким паром и самой процедурой парения сауна с обжигающим паром, сидением на время – отдыхает.

### Хвори как рукой снимет

Целительная составляющая русской парной не менее объемна, чем солидная медицинская энциклопедия. Начну с того, что при парении с потом из организма выходит большое количество электролитов, прежде всего натрий и калий. Выводятся также вредные токсичные вещества – мочевина, молочная кислота, прочие продукты обмена. Основной эффект достигается за счет потоотделения. В горячей атмосфере бани гибнут болезнетворные микробы. Стоит, скажем,

захватить простуду в самом начале – попариться, пропотеть и, перед тем как направиться домой, посидеть в раздевалке, попить горячего чайку – хворь как рукой снимет.

Что особенно ценно, в бане приходит в движение депонирован-

день париться, в тот день не старишься».

Прекрасный эффект дает лечение баней при бронхиальной астме, если приступы удушья протекают легко. Наибольшая эффективность наблюдается при лечении детей. Приступы бронхиальной астмы становятся реже, а могут и исчезнуть совсем. После посещения парной снижение диастолического и систолического давления отмечается у большинства больных, страдающих артериальной гипертензией. Если пульс у них не превышает 105-110 ударов в минуту, нет повышения диастолического давления, и общее самочувствие после бани улучшается, то посещать ее можно регулярно. Аналогичные



## Здоровая жизнь

# Русская баня как культура здоровья

## Все равны здесь единым богатством...



Без берёзового веника нет русской бани

ная (резервная) кровь. У человека 5-6 л крови, причем 1 л в резерве. Эта резервная кровь, богатая ценнейшими питательными веществами, дает нашим клеткам свежий заряд. Разумное использование банного жара по своему воздействию может быть приравнено к физическим упражнениям, тренирующим сердце и всю систему кровообращения вплоть до мельчайших капилляров. Русская баня не мыслится без холодной воды. Поэтому после захода в парилку рекомендуется принять прохладный или холодный душ. Из холодной воды – снова в жаркую баню. Сосуды снова расширяются, сердечный ритм учащается. Происходит гимнастика кровеносных сосудов! Подобные контрастные процедуры нормализуют частоту сокращений сердца и дыхания. По своему физиологическому воздействию это сходно с тем, чего достигает спортсмен, благодаря рационально построенной тренировке.

Усиление кровообращения также приводит к повышению температуры тела, в итоге окислительные процессы (обмен веществ) проходят активнее. Усиленный обмен веществ «сжигает» тугоплавкий холестерин – источник атеросклероза и старости. Мудра русская поговорка: «В который

рекомендации можно выдать и больным ишемической болезнью сердца со стенокардическим синдромом. Учеными установлено, что через 6 месяцев после перенесенного инфаркта миокарда полезно посещение бани, если температура в парной не превышает 60°C.

Относительные показания к использованию русской бани: сахарный диабет в легкой степени; ишемическая болезнь I-II функциональных классов; гипертоническая болезнь I-IIA стадий; неврозы; дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей; хронический гломерулонефрит в фазе ремиссии.

Но есть и противопоказания. Парная баня противопоказана: при онкологических заболеваниях; эпилепсии; активном воспалительном процессе внутренних органов; ишемической болезни со стенокардией IV функционального класса; недостаточности кровообращения выше IIA стадии; гипертонической болезни IIB и III стадий; инфаркте миокарда, если после него не прошло 6 месяцев; митральном стенозе; реноваскулярной гипертензии; бронхиальной астме с частыми (3-4 раза в день и более) приступами; инфекционных заболеваний в остром периоде (при высокой температуре); легочном сердце.

### Здесь перебивала и грибоедовская, и пушкинская Москва

Возвращаясь к Сандунам, отмечу, что они считаются неотъемлемой частью столицы России. Сандуны, как Кремль, Большой театр, Манеж, старинные усадьбы Кусково, Царицыно, стали уникальными памятниками культуры и истории Москвы, ее достопримечательностью и гордостью. Недавно в ранге победителя конкурса «Золотое кольцо Москвы» они включены в главный туристический маршрут столицы.

Вот строки писателя Владимира Гиляровского из его книги «Москва и москвичи»: «В них (Сандуны) так и хлынула вся Москва, та, которая собиралась в салоне Зинаиды Волконской и в Английском клубе...» Тема русской бани со всеми ее прелестями звучала как камертон и в произведениях Пушкина. Достаточно вспомнить «Руслана и Людмилу», «Капитанскую дочку», «Путешествие в Арзрум». Из писателей здесь неоднократно бывали А.Чехов, Л.Толстой, А.Толстой, В.Солоухин, актеры Л.Соболев, И.Москвин, Ф.Шаляпин, который любил уединение и приходил сюда по воскресеньям, спасаясь от многочисленных поклонниц.

...Торжественное открытие фестиваля со вступительным приветствием Максима Пашкова состоялось в присутствии многочисленных гостей и его участников из различных городов страны. Среди приглашенных и зампред Государственной Думы Владимир Жириновский, выступивший в своем традиционном экстравагантном стиле:

– Сауны в России надо запретить – они наносят страшный вред здоровью, – начал Владимир Вольфович. – Горячий камень накаляет сухой воздух. Вы дышите этим воздухом, и у вас начинается рак трахеи и бронхов. Сейчас практически нигде нет настоящих русских бань с хорошими парилками, кругом только сауны. А ведь традиционные русские бани просто необходимы нашему народу.

После этого Владимир Вольфович уехал, сославшись на государственные дела, пообещав приехать к вечеру попариться и принять участие в закрытии фестиваля.

– Попою вместе с «Бурановскими бабушками», хорошо, что их пригласили, а не какую-то попку. Они поистине русские женщины, – заметил он.

...Когда начались мастер-классы, которые ведут лучшие мэтры банного искусства, неожиданно ведущие фестиваля пригласили меня в парную. Похоже, их выбор не случаен: все-таки я принимал участие во всех суздальских фестивалях, к тому же уважительно отдали дань ветерану, ведь парюсь уже более 60 лет.

...Собравшись с духом и внутренне настроив себя, не без трепета ложусь на полоч. Заход в парную – ледяная купель – еще заход... И так три раза подряд. Отдышавшись и передохнув, пью квас, горячий чай с алтайским медом...

В завершение хотелось бы отметить, что на практике, когда к врачу обращается тот или иной пациент с сердечно-сосудистыми проблемами, повышенным давлением, жалобами на нервы, плохой сон и т.д., редко кто из моих коллег по медицине добавляет к таблеткам и микстурам такое лекарство, как баню. Между тем российский и мировой опыт свидетельствует, что регулярные банные процедуры, понятно с известной осторожностью и в щадящем режиме для малоподготовленных или перенесших какие-то недуги людей, способствуют улучшению и нормализации здоровья отнюдь не хуже, а порой и лучше дорогих импортных препаратов.

...Символично, что провожала нас из Сандунов льющаяся, словно с небес, пронзительная «Баллада о бане» Владимира Высоцкого:

*Все равны здесь единым богатством,  
Все легко переносят жару –  
Здесь свободу и равенство  
с братством  
Ощуцаешь в крошечном пару...*

**Марк ФУРМАН,**  
кандидат медицинских наук,  
заслуженный врач РФ.

Владимир.

– Людмила Алексеевна, какие мысли посещают вас в связи с новым юбилеем?

– Сама порой удивляюсь и не верю, что прожито столько (смеётся). Не могу сказать, что я живу от юбилея к юбилею, однако замечу вам, что именно в связи с круглыми датами около меня возникают люди, которые, как мне казалось, забыли или просто не замечают меня. Я не знаю, почему так происходит – видимо, это закон жизни. В связи с очередной «громкой» цифрой мне одновременно приятно и тревожно. Приближается мой концерт с участием многих известных артистов – И.Кобзона, Н.Гришаевой, В.Яровицына, В.Овсянникова, И.Озёрной и др. Это очень ответственно. Так что состояние у меня вполне себе творческое, бодрое и оптимистичное. Думаю, что всё пройдёт нормально. Хочется надеяться, что предстоящее мероприятие не явится жирной точкой на моём творческом пути, а будет просто очередной вехой. В планах у меня – новые юбилеи (смеётся).

– Насколько активна ваша профессиональная деятельность в настоящее время?

– По большому счёту, она насыщена, как и в юные годы. Безусловно, в отличие от того времени, я больше уделяю внимания своему здоровью – в мои годы это естественно. Однако ежедневно я сижу за роялем, сочиняю что-то новое, делаю аранжировки, упражняюсь в технике игры – играю Бетховена, Рахманинова и других выдающихся мастеров.

– Вы из музыкальной семьи. Повлияло ли это на выбор профессии?

– Ещё бы! Мой отец был оперным певцом – солистом Свердловского оперного театра, а также скрипачом симфонического оркестра. Мама была дирижёром, хормейстером и певицей местной филармонии. С самых ранних лет я слушала классическую музыку – оперную и симфоническую. В раннем детстве я мечтала быть балериной, однако мама отговорила меня от этой затеи. Поэтому начинала я как пианистка. Уже с 11 лет давала сольные концерты – исполняла сложнейшие произведения классической музыки: восхитительные сонаты Бетховена, концерт Мендельсона для фортепиано с оркестром под управлением самого Марка Павермана, играла и Брамса, и Листа, и Чайковского, и Рахманинова... Покорились мне и симфонические этюды Шумана – труднейшие для исполнения.

Затем, во время войны, я поступила в Свердловскую консерваторию, где меня заметили и пригласили в Москву – продолжить своё образование. Приехала сюда уже не просто пианисткой, а начинающим композитором. С детских лет я любила поэзию, зачитывалась стихами разных авторов и как-то написала детские песенки на стихи Агнии Львовны Барто – мои первые собственные произведения. Кстати говоря, эти песенки исполняла сама Ирина Масленикова – солистка Большого театра, народная артистка СССР, супруга выдающегося тенора Сергея Яковлевича Лемешева. Мне, юному композитору, такие люди казались небожителями, и я безмерно благодарна судьбе за то, что мне выпало счастье общаться с ними.

Любовь к песням и пению, оче-



«Не дай вам бог жить в эпоху перемен», – говорили в Древнем Китае. «Времена меняются, и мы меняемся вместе с ними», – возражали им древние римляне. «Нет ничего более постоянного, чем временное», – резюмирует этот «спор» британский писатель и философ эпохи Возрождения Джонатан Свифт. Что касается нашей страны, то любую, даже в общем и целом прогрессивную и позитивную перемену общество принимает с большим трудом – негибкие мы, что уж поделать. В частности, концепция отечественной эстрады за последние четверть века повернула в сторону «отвлечения развлечением». Мэтры ушедшего столетия не согласны с таким путём эстрадного искусства. Так, народная артистка СССР, композитор, пианист и певица Людмила ЛЯДОВА любезно согласилась поделиться с нами своими мыслями на этот счёт (наряду с прочими) накануне своего 90-летнего юбилея.

Людмила ЛЯДОВА:

## Нужно растворяться в добрых делах, спешить совершать их

видно, помешали моему становлению пианистки, но я ни о чём не жалею. Это сделало меня композитором, и мой любимый жанр – песня.

– Сколько всего песен вами написано?

– Точно не помню, но более тысячи.

– В каких жанрах помимо песни вы работаете как композитор?

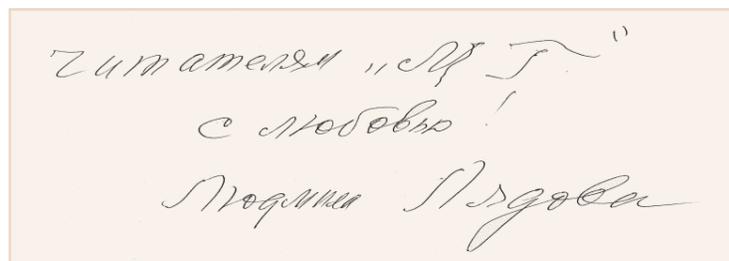
– Песенное творчество совершенно не мешало мне заниматься крупными формами. Моя опера «Два цвета времени» шла во многих оперных театрах нашей страны с колоссальным успехом, а оперетта «Под чёрной маской» исполнялась в Московском театре оперетты не одно десятилетие. Наряду с этим у меня есть большой концерт для фортепиано с оркестром. Его исполняли многие симфонические оркестры. Я написала множество пьес для скрипки, фортепианные пьесы, а также множество романсов. На песнях я не замыкаюсь. Творю везде. Один мой коллега по цеху как-то назвал меня «художественный комбайн» (смеётся).

– Кто исполнял ваши песни?

– Мне повезло, так как мои песни пели самые знаменитые наши звёзды. Я имею в виду не нынешнее поколение, а представителей яркой эпохи середины прошлого века – М.Бернес, К.Шульженко, И.Кобзон, Э.Хиль, К.Лазаренко, М.Лукач, Г.Великанова, Л.Барашков. Что же касается романсов, то среди прочих исполнителей я бы хотела отметить Надежду Андреевну Обухову – выдающуюся оперную и камерную певицу, солистку Большого театра, обладавшую неповторимым меццо. Для меня это была величайшая честь – сотрудничать с такой певицей, поистине великой.

– В чём, на ваш взгляд, состоит предназначение искусства?

– Однозначно ответить сложно. Вне всякого сомнения, искусство в некоторой степени должно воспитывать. Но как быть в ситуации, когда воспитывать некого вследствие нежелания общества развиваться? К сожалению, людей, не способных к обучению и воспитанию, становится всё больше. Искусство призвано делать человека чище, возвышеннее, мудрее, снисходительнее, терпимее, толерантнее, однако «искусством» сейчас на-



зывают буквально всё подряд. На самом же деле это не имеет никакого отношения к этому высокому определению. Нравственных ориентиров мало – откуда брать истинному искусству? Но я совершенно уверена, что упадок настоящего искусства в нашей стране носит временный характер. Есть ценности временные, а есть – непреходящие. Всё ещё вернётся, как говорится, на круги своя.

– В этой связи не могу не спросить о вашем отношении к современной российской эстраде...

– Начну с того, что пению я училась у Клавдии Ивановны Шульженко. Да, у неё не было сильного голоса, но она пела, что называется, душой. В каждом её звуке, в каждом жесте чувствовалось настроение. Достаточно было наблюдать за её манерой исполнения, как всё становилось понятным. Она соперничала героям песни, отдавала себя до конца при каждом исполнении. Эта исполнительница могла петь от мужского имени так, что ни один мужчина и рядом не стоял. Очень важно не просто знать, о чём ты поёшь, а хорошо понимать.

Сейчас же, когда вдруг какие-то девочки появляются на эстраде, первым делом они именуют себя не иначе как «звёздами». Уверю вас, это всё шелуха! Шутство и попуайство. Это – не искусство! Когда-нибудь это пройдёт, все переберётся. А вот то, чем занималось наше поколение, останется на века. Ни в коем случае не приравниваю творчество нашего поколения композиторов к таким титанам, как Бах или Мусоргский, однако они уже заняли своё достойное место на музыкальном Олимпе: Т.Хренников, Н.Богословский, А.Пахмутова и другие.

Протицирую вам своего друга –

известного поэта Николая Добро- нравова:

Сегодня в России

мелодиям тесно.

Со сцены покорно ушли голоса. Но ты – моя радость, но ты – моя песня.

А всё остальное – попла.

Эти Колины строки обращены к настоящей песне. Пока же с эстрады будут звучать такие «шедевры», как «Убей мою подругу» или «Убили негра», ни о каком возрождении говорить не приходится. Обществу необходимо переосмысление идеалов. Кто должен этим заниматься, не знаю, однако полагаю, что за нашей эстрадной попсой стоит другая «попла» – покруче, зомбирующая людей, навязывая им мнимые ценности. В то же время я уверена, что, начини каждый с себя, всё поменяется враз.

– Ваш любимый композитор?

– Очень сложно ответить. Все композиторы в той или иной степени мои любимые. Но если говорить о самых дорогих моему сердцу, то это Рахманинов и Свиридов.

– Что, на ваш взгляд, делает человека счастливым?

– (Улыбается.) Прежде всего нужно быть добрым и порядочным. Кроме того, мне кажется, что нужно уметь окружать себя хорошими людьми, а это не всегда просто. Во всяком случае, тянуться к таким людям необходимо. Они заряжают тебя своей энергетикой. А вообще-то говоря, необходимо уметь получать удовольствие от мелочей. Радоваться каждому дню. Нужно растворяться в добрых делах, спешить совершать их. Счастье – оно внутри нас.

– Ваше хобби?

– Однозначно – рыбалка. Рыбная ловля – это замечательно! Сидишь в тишине, никто тебе не докучает своим присутствием. Когда же начинается поклёвка,

у меня возникает чувство, которое невозможно описать никакими словами. Это мне помогает отдохнуть от концертной суеты, а также набраться новых сил и вдохновения для творчества.

– Источники вашего вдохновения помимо рыбалки?

– Музыка и поэзия. Так, однажды Иосиф Бродский заметил: «Не зная поэзию, поэтом никогда не стать, несмотря на колоссальные способности». Очень верно сказано! То же самое я могу сказать и о музыке. Не имея музыкального образования, не зная великих композиторов прошлого, никогда не станешь мастером, каким бы природным слухом ты ни обладал.

– Что вы не можете прощать людям?

– Я очень отходчивый и снисходительный человек, но лжи, воровства и предательства я не прощаю никому.

– Всё-таки, ваш юбилей – цифра внушительная. Помогли ли вам врачи дожить до этих лет?

– Разумеется. Приведу один из таких случаев: несколько лет назад я упала на даче. Слава богу, переломов не было, но я повредила лучевой нерв правой руки. В течение долгого времени не могла играть – было очень больно. Но доктора меня спасли – боль ушла, и я играю как ни в чём не бывало и со смехом вспоминаю то падение. Наряду с этим я регулярно посещаю врачей в профилактических целях. В моём возрасте невозможно чувствовать себя идеально хорошо. Так природой заложено. Думаю, что доктора в какой-то степени довели меня до 90-летия. Отчасти это их заслуга.

Вообще, я хочу вам сказать, что в нашей стране всегда были хорошие врачи. Я им верю. И меня удивляет, что многие предпочитают лечиться за рубежом, в особенности если дело касается онкологических заболеваний. Мои друзья – Раиса Горбачёва, Святослав Бэлз и Елена Образцова так поступили, но это их не спасло. Мне кажется, лечись они здесь, их жизнь можно было ещё продлить. Ведь у нас так много великолепных специалистов во всех областях медицины...

Беседу вёл  
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98.

Отдел изданий и распространения 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 77021001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-03-00476  
Тираж 31 168 экз.  
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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