

# Медицинская

14 февраля 2018 г.  
среда  
№ 6 (7822)

# Газета®

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

Из первых уст

## Формируя здоровую среду будущего

В этом Минздрав России опирается на системный подход, следование традициям, внедрение современных технологий



Минздрав России продолжает преобразования отрасли для удовлетворения потребностей населения в качественной и доступной медицинской помощи. Идёт непроторёнными путями, хотя порой они бывают сопряжены с будоражащими выводами. Несмотря на непростое социально-экономическое положение руководители системы здравоохранения страны явственно осознают, что надо работать, преодолевать невозможное, раздвигать существующие границы, стремиться к прогрессу.

Поскольку во главе штаба отрасли стоит профессиональный врач, соответственно выстраивается и стратегия действий высшего медицинского ведомства, подразумевающая, что доктор не имеет права бояться проблем. Главное при этом – всегда помнить, ради чего начато обновление: ради пациентов и медицинских работников.

В нашей стране принято по-бытоватски ругать Минздрав.

**В.Скворцова вместе с лидерами медицинского добровольчества**

Сказывается наследие недавнего прошлого: многие лучше специалистов знают, как правильно лечить, учить, руководить... Да и мы, журналисты, также прежде подмечаем промахи, не всегда утруждая себя анализом ситуации в целом. Вот и появляются скоропалительные вердикты...

С мая 2012 г. Министерство здравоохранения РФ возглавляет членкорреспондент РАН заслуженный деятель науки РФ Вероника Скворцова, профессионал международного уровня, потомственный врач в пятом поколении и четвертая в истории России женщина-министр здравоохранения.

Суть её действий на этом посту в том, чтобы национальная система здравоохранения соответствовала лучшим международным стандартам. Результаты работы говорят сами за себя: благодаря современной организации и выверенным управленческим решениям положение неуклонно меняется к лучшему. Министр

искренне заинтересована в преодолении так называемых разделительных линий в отрасли. При поддержке медицинского сообщества, в том числе Национальной медицинской палаты, В.Скворцова делает всё, чтобы наше «прекрасное далёко» не было далёким и агрессивным, но стало здоровым, наполненным любовью, добром, миром. Проводя обновление и преобразования, заботится о благополучии каждого, потому-то и призывает коллег действовать осмотрительно и терпеливо, дабы не нанести вреда людям.

Мы обратились к министру с просьбой подробнее рассказать о том, что удалось сделать за прошедшее пятилетие, о векторах, нацеленных в будущее. И Вероника Игоревна любезно согласилась ответить на вопросы «Медицинской газеты».

Интервью В.Скворцовой  
читайте на стр. 7-9.

**Борис МАЛЮГИН,**  
заместитель генерального директора  
МНТК «Микрохирургия глаза»  
им. С.Н.Фёдорова, профессор:

Прежде никто и никогда не занимался генетикой кератоконуса, мы первыми сформулировали гипотезу, что причиной его прогрессирования может быть генетическая детерминированность.

Стр. 10-11



**Владимир ШАБАЛИН,**  
заместитель директора НИИ общей  
патологии и патофизиологии,  
академик РАН:

Пожилому человеку важно как можно дольше обходиться собственными силами во всех сферах жизни.

Стр. 13

Накануне

## Педиатры к форуму готовы

Тысячи детских докторов сейчас живут ожиданием встречи друг с другом, с любимыми учителями, ведущими учёными и практиками детского здравоохранения. В пятницу в Москве открывается очередная конференция педиатров России.

На протяжении двух десятилетий это мероприятие расценивается детскими врачами как значимое событие в их профессиональной жизни. Нынешний форум – двадцатый по счёту, юбилейный. К тому же он ознаменует такие юбилейные вехи в истории отечественной педиатрии как 100-летие советской государственной системы охраны здоровья матери и ребёнка и 255-летие Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей.

В фокусе внимания, как всегда, окажутся самые актуальные аспекты вакцинопрофилактики и неотложных состояний, социально значимых болезней и питания детей, педиатрического образования и качества оказания медицинской помощи. Но центральной темой, по словам председателя исполкома Союза педиатров России академика РАН Лей-

лы Намазовой-Барановой, станет школьная медицина, её проблемы и перспективы.

В рамках конгресса пройдут VI Всероссийская конференция «Неотложная детская хирургия и травматология», VII Евразийский форум по редким болезням, VIII Форум детских медицинских сестёр и XI Международный форум детских хирургов. Акцент будет сделан на профессиональное совершенствование. Кстати, в преддверии конгресса уже состоялся ряд мастер-классов, в том числе «Применение высоко реалистичной стимуляции для обучения и аттестации в педиатрии» и по детской аллергологии и иммунологии, программы которых предназначались не только для педиатров, но и для всех специалистов, работающих в смежных областях.

Найдётся место в эти дни и для праздника. На торжественной церемонии открытия конгресса будут подведены итоги конкурсов: «Детский врач 2017 г.», «Детская медицинская сестра 2017 г.», «Медицинская организация педиатрического профиля 2017 г.».

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

**DIXION** | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА  
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

**ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ**

### Шприцевые насосы

- Большой контрастный LCD дисплей
- Расширенный спектр режима инфузий
- Автоматическое определение объёма подключаемого шприца, расчет скорости потока

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

**Новости**
**ВМП стала доступнее**

Почти 36% жителей Камчатки получили в минувшем году высокотехнологичную медицинскую помощь. А ведь ещё несколько лет назад такие пациенты направлялись за пределы полуострова.

– Первой ласточкой был противотуберкулёзный диспансер, который получил лицензию на такую помощь в 2012 г., – рассказывает Марина Волкова, исполняющая обязанности министра здравоохранения Камчатского края. – В диспансере осуществили тогда 6 операций за год. А в 2017 г. в медицинских учреждениях Камчатки выполнено уже почти 1200 операций.

По словам и.о. главы регионального Минздрава, всего в 2017 г. ВМП получили более 3,3 тыс. жителей Камчатки, при этом за пределы края были направлены 2,1 тыс. человек.

На сегодняшний день лицензии на оказание ВМП получены Камчатской краевой больницей им. А.С.Лукашевича (по профилям сердечно-сосудистая хирургия, травматология, ортопедия, офтальмология, челюстно-лицевая хирургия, нейрохирургия, урология), противотуберкулёзным диспансером (торакальная хирургия), Петропавловск-Камчатской городской больницей № 2 (травматология и ортопедия), Камчатским краевым онкологическим диспансером (онкология) и Камчатской краевой детской больницей (неонатология).

В минувшем году впервые лицензию по профилю неонатология получила Камчатская краевая детская больница.

Кроме того, в ближайшие месяцы в регионе станет доступной витреоретинальная хирургия – один из самых сложных методов лечения в офтальмологии, для этого в профильное отделение краевой больницы было закуплено специальное оборудование.

**Николай ИГНАТОВ.**

Петропавловск-Камчатский.

**Эхокардиографы —  
в каждую поликлинику**

Поликлиники Омской области в нынешнем году оснастят современными эхокардиографами.

Из-за нехватки такой аппаратуры в поликлиниках пациентам приходится подолгу ждать очереди на бесплатное обследование или обращаться в частные клиники платно. Региональные власти ещё в конце прошлого года, формируя бюджет на этот год, предусмотрели средства на приобретение аппаратов – 75 млн руб. Этой суммы хватит, чтобы обеспечить оборудованием 17 учреждений здравоохранения города и области. В первую очередь новые электрокардиографы передадут в поликлиники, где обследуют детей для получения допуска к занятиям в спортивных секциях.

Как сообщили в региональном Минздраве, до конца этого года будет увеличено количество врачей по спортивной медицине и лечебной физкультуре, чтобы родителям не приходилось обследовать детей и получать заключение специалистов в разных поликлиниках, обучение пройдут 40 медиков. Этого количества для области будет достаточно.

**Татьяна ВАСИЛЬЕВА.**

Омск.

**ЛПУ подключают к скоростному  
интернету**

В этом году 76 медицинских учреждений Хабаровского края подключат к высокоскоростному интернету. Совместно с региональным Министерством здравоохранения края сформирован адресный план для подключения к сети 112 учреждений. Из них 36 были подключены в прошлом году. Таким образом, у врачей появилась возможность проведения прямых консультаций с пациентами и дистанционных совещаний с коллегами.

«В условиях роста потребности жителей края, особенно его удалённых районов, в высококвалифицированной помощи, а также при принятии оперативных решений в экстремальных ситуациях, повышение доступности медицинской помощи и её качества достигается благодаря реализации проекта телекоммуникаций на территории региона», – сообщили в краевом правительстве.

Кроме того, как рассказали в Министерстве здравоохранения региона, ни один борт санитарной авиации Хабаровского территориального центра медицины катастроф не поднимается в небо без предварительной телеконсультации, в течение которой подробно разбирается каждый случай.

**Николай РУДКОВСКИЙ.**

Хабаровск.

**Онкологи приняли всех желающих**

День открытых дверей решили недавно устроить в своей поликлинике медики онкологического диспансера Республики Северная Осетия – Алания. Цель поставили конкретную – привлечь внимание сограждан к глобальной проблеме, связанным с онкологическими заболеваниями, повысить осведомлённость населения к их профилактике, раннему выявлению и лечению.

Все желающие получили медицинское консультирование и прошли скрининговые обследования с привлечением многих специалистов диспансера во главе с его главным врачом Асланбеком Бесаевым. Также были организованы семинары с врачами и средним медицинским персоналом различных медицинских организаций республики по вопросам профилактики и ранней диагностики рака.

**Навля САФИНА.**

Владикавказ.

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

**Перемены**

# От простого к сложному

Операции экспертного уровня поставят в Калуге на поток

На базе областной клинической больницы скорой помощи в Калуге прошёл очередной мастер-класс по лапароскопии. В программе было 4 операции, и, как всегда, каждая из них по-своему уникальная, даже если и кажется на первый взгляд для хирургов простой.

Несколько раз в год здесь проводятся мастер-классы по программе «Лапароскопия: от простого к сложному». За лапароскопическими операциями – будущее отечественной медицины. И это уже даёт свои плоды. Так, на I съезде хирургов Центрального федерального округа результаты работы хирургов БСМП за последние 3 года были признаны одними из лучших в области лапароскопических вмешательств сразу по нескольким направлениям. При этом сами хирурги убеждены, что в ближайшее время в калужской больнице скорой помощи на поток поставят и плановые операции экспертного уровня. Осталось совсем немного – в последнее время здесь сформировалась замечательная команда докторов разных специальностей, уже сейчас способная подготовить, прооперировать и выводить



Калужские хирурги приобретают бесценный опыт

очень сложных больных. На прошедшем мастер-классе специалисты больницы выполнили хирургическое вмешательство по поводу гидронефроза у пациента с большим весом и несколькими сопутствующими патологиями. Таких больных обычно оперируют только в специализированных клиниках федерального уровня.

Калужская БСМП по темпам развития – одна из лучших клиник в стране. Это понимают

региональные власти. В ближайшее время при поддержке губернатора и местного Минздрава в клинике начнётся ремонт оперблока и реанимации. Так что качество оказываемой медицинской помощи выйдет на ещё более высокий уровень.

**Татьяна ПЕТРОВА,**  
внешт. корр. «МГ».

Калуга.

**Фото  
Нины ГОЛУБЕВОЙ.**

**Инициатива**

# Меняя жизнь к лучшему

Пример подают юные волонтеры



Добровольцы – это люди, безразличные ко всему, что их окружает, и осознающие, что перемены невозможны без их личного участия. Они по доброй воле совершают поступки, меняющие жизнь к лучшему.

Ямальский центр медицинской профилактики тесно сотрудничает с волонтерами, а последние 2 года даже воспитывает и учит их нести в мир свои знания. На днях в центре прошло очередное занятие с ребятами профильного медицинского класса, а по сути своей – с истинными волонтерами.

На таких милых и жизнерадостных помощников всегда можно положиться

– Сегодня этот труд практически ничем не ограничен – ни возрастом, ни профессией – если он не требует специальных навыков. В нём участвуют и подростки, и те, кому за 60, – отмечает заместитель главного врача по профилактической работе окружного центра медицинской профилактики Наталья Половодова. – Труд волонтеров очень разный. А мы помогаем сохранить самое ценное в жизни – здоровье, учим молодое поколение укреплять принципы здорового образа жизни. Именно

ребята-волонтеры являются бесценными помощниками для наших специалистов во врачебной практике и профилактической работе с населением.

Бескорыстный труд надымских волонтеров-медиков – ещё одно подтверждение того, что в каждом есть частичка доброты, которую можно разбудить в любом возрасте, и тогда человек захочет творить добро и будет делать это по мере своих сил и возможностей.

**Георгий АЛЕКСАНДРОВ.**  
Надым.

Официально

# Сердце, будь щедрее!

**Правовые основы регулирования отношений в движении добровольцев России устанавливает Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам добровольчества (волонтерства)», который подписал Президент РФ Владимир Путин.**

Законом уточняются понятие и цели добровольческой (волонтерской) деятельности, определяется правовой статус её участников, закрепляются отдельные полномочия органов государственной власти и органов местного самоуправления в указанной сфере, а также устанавливаются особенности привлечения добровольцев (волонтеров) для осуществления деятельности религиозных организаций.

К числу участников такой деятельности отнесены добровольцы (волонтеры), организаторы добровольческой (волонтерской) деятельности и добровольческие (волонтерские) организации. Условия участия граждан в деятельности последних могут содержаться в заключаемом гражданско-правовом договоре, которым определяются обязанности по возмещению понесённых добровольцем (во-

лонтёром) расходов, связанных с исполнением договора.

Закон регламентирует вопросы взаимодействия органов госвласти, местного самоуправления и подведомственных им организаций с организаторами добровольческой (волонтерской) деятельности и объединениями. Предусмотрено формирование и ведение в стране единой информационной системы, содержащей сведения об участниках добровольческой (волонтерской) деятельности. Эти сведения не являются вместе с тем обязательным условием оказания им поддержки.

Как сообщили МИА Сито! во Всероссийском общественном движении «Волонтеры-медики», которое существует с 2013 г., в настоящее время оно объединяет 65 региональных отделений, 12 500 волонтеров, более 220 медицинских организаций и более 110 образовательных организаций высшего и среднего медицинского профессионального образования. По зову сердца и души волонтеры помогают в транспортировке больных, выполнении инъекций и инфузий, диагностических процедур, заборе анализов, перевязках, заполнении документации и пр. Добровольцы участвуют также в организации

и медицинском сопровождении фестивалей, курсов, тренингов и других массовых мероприятий, работают с населением по формированию здорового образа жизни, рассказывая людям о профилактике заболеваний, популяризируют кадровое донорство и т.д.

В этом году ВОД «Волонтеры-медики» реализует совместно с Российским обществом профилактики неинфекционных заболеваний проект «Карта медицинской профилактики социально значимых заболеваний в России». Поддержанный Фондом президентских грантов, этот проект направлен на устранение факторов риска развития социально значимых заболеваний – ВИЧ-инфекции, СПИДа, злокачественных новообразований, характеризующихся повышенным кровяным давлением и болезней, сахарного диабета и др.

В волонтерском движении в нашей стране участвует около 7% населения, а в различных добровольческих мероприятиях – до 15%. В ноябре 2017 г. указом Президента России учреждён День добровольца (волонтера), который будет ежегодно отмечаться 5 декабря.

Константин БЕЗНЕГ.

МИА Сито!

Проекты

## Пример подаст «Тараскуль»

**На Ямале планируют новый пилотный проект по медицинской профилактике.**

Как известно, региональная модель профилактической медицины в идеале включает в себя 5 компонентов. Пятым и зачастую недостающим звеном является организация профилактической помощи и формирование здорового образа жизни у пациентов, находящиеся в стационарах и санаториях.

Ямальские профилактикологи намерены устранить этот пробел, начав с организации кабинета медицинской профилактики в главной детской здравнице региона – санатории «Большой Тараскуль».

– Наша профилактика вышла далеко за пределы медицинских кабинетов, – говорит главный врач

окружного центра медицинской профилактики Сергей Токарев. – А теперь мы планируем организовать комплекс мер, направленных на коррекцию образа жизни и формирование ЗОЖ для детей и их родителей, находящихся на оздоровлении в «Большом Тараскуле», где на сегодняшний момент имеются все условия для этого.

Комментируя такое решение, генеральный директор здравницы Михаил Налимов отметил:

– Мы надеемся, что, пройдя полный курс оздоровления и реабилитации, наши маленькие пациенты и их родители существенно обогатят свои представления об образе жизни, получат индивидуальные рекомендации и наглядные пособия, составленные специалистами одного из лучших

центров профилактики страны и, вернувшись домой, станут своеобразными посланцами здоровья для своих семей.

Для маленьких пациентов и их родителей в дополнение к традиционной программе комплексной реабилитации профилактиологи организуют цикл занятий в игровой форме и школы профилактики заболеваний в формате дискуссионного клуба, где научат грамотно соблюдать правила здоровой жизни и отслеживать основные показатели здоровья. В занятиях будут активно использоваться и наглядные пособия.

Александр МЕЩЕРСКИЙ,

МИА Сито!

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Профилактика

## Причерноморье накроет «Волна здоровья»

**Всероссийская оздоровительная акция «Волна здоровья», ежегодно организуемая Лигой здоровья нации во главе с главным кардиохирургом Минздрава России академиком РАН Лео Бокерия, впервые прокатится в этом году с 2 по 8 сентября по Черноморскому побережью.**

На заседании президиума лиги её президент директор Национального медицинского исследовательского центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева Л.Бокерия сообщил, что бригады врачей и высокотехнологичное диагностическое оборудование из ведущих медицинских клиник стран, как ожидается, примет на борт теплоход «Князь Владимир».

По его словам, команду проекта составят в этом году специалисты НЦССХ им. А.Н.Бакулева, Научно-клинический центр ото-

риноларингологии ФМБА России, МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, НМИЦ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, Центр экстренной психологической помощи МЧС России, Детский медицинский центр Управления делами Президента РФ.

Оздоровительная акция этого теплоходного тура состоит из медицинской, образовательной и пропагандистской частей. Первая из них – обследование детей на современном медицинском оборудовании лучшими специалистами ведущих федеральных специализированных центров и клиник. Организация консультаций и обучающих семинаров для специалистов – образовательная часть. Проведение фестивалей, концертов, показательных высту-

плений и спортивных состязаний для населения – пропагандистское слагаемое акции.

Первая «Волна здоровья» – теплоходный маршрут по городам Поволжья с бригадами врачей, артистами, известными общественными деятелями, прошла в нашей стране в 2006 г.

В минувшем году 12-я по счёту акция «Волна здоровья» прошла по городам Тверь, Углич, Мышкин, Кострома, Ярославль, Череповец и Дубна. На борту теплохода было принято 1126 пациентов с различными тяжёлыми заболеваниями, выдано 466 направлений на лечение в федеральных медицинских учреждениях. В основном это были дети разных возрастов, которым уже не могли помочь в региональных больницах.

Анастасия ЩЕГЛОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Назначения

**Министром здравоохранения Челябинской области назначен Сергей ПРИКОЛОТИН.**

Сергей Игоревич в 1996 г. окончил Челябинскую государственную медицинскую академию по специальности «педиатрия». В 1997 г. он прошёл интернатуру по специальности «анестезиология и реаниматология». С 1997 по 1999 г. проходил подготовку в клинической ординатуре и окончил полный курс по специальности «анестезиология и реаниматология».

С июля 2016 г. был заместителем министра – начальником управления Министерства здравоохранения Челябинской области.

\* \* \*

**Министром здравоохранения Свердловской области стал Андрей ЦВЕТКОВ.**

Андрей Игоревич родился в Свердловске, окончил Уральский государственный медицинский институт. Работал в медицинских учреждениях Свердловской области, в том числе медбратом выездной бригады станции скорой помощи, врачом, затем главным врачом больниц в городах Среднего Урала. С 2012 г. А.Цветков – главный врач Свердловского областного противотуберкулёзного диспансера.

Соб. инф.

Перспективы

## ...Плюс четыре «почки»

**В Хакасии взяли курс на повышение доступности программно-гемодиализа для больных с хронической почечной недостаточностью. На днях в дополнение к имеющимся 12 «искусственным почкам» в Абаканском республиканском гемодиализном центре появились 4 новых аппарата.**

– Если прежде здесь амбулаторно проходили диализ 108 человек, то с увеличением мощностей процедуру смогут получать ещё 36 пациентов. Это позволяет нам ликвидировать очередь на данное лечение для жителей Абакана, – поясняет министр здравоохранения Республики Хакасия Владимир Костош.

Чтобы полностью удовлетворить потребности населения региона в гемодиализе, Минздрав Хакасии намерен расширить сеть диализных центров. Сейчас кроме столицы

республики специализированное подразделение для проведения амбулаторного гемодиализа, оснащённое двумя «искусственными почками», есть в городе Саяногорск. Но уже до конца нынешнего года аналогичные по мощности подразделения появятся также в Ширинской и Аскизской межрайонных больницах. Это позволит жителям севера и юга Хакасии получать специализированную диализную помощь ближе к дому.

Как пояснили в Минздраве Хакасии, деньги на расширение сети изыскиваются в бюджете республики. В то же время здесь не исключают вариант реализации данного проекта в рамках государственно-частного партнёрства.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Абакан.

Санитарная зона

## Останавливаем инфекцию на границе



**Свыше 3 тыс. человек с признаками инфекционных болезней выявлено по результатам санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации в минувшем году.**

Как сообщает Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, такой контроль проводился в 220 пунктах, в том числе в морских портах, аэропортах, на железнодорожных станциях, автодорожных переходах и смешанных пунктах пропуска. Задача – не допустить завоз и распространение на территории нашей страны инфекционных болезней, а также предотвратить ввоз товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, представляющих опасность для населения. Еже-

годно в пунктах пропуска через границу специалистами Роспотребнадзора на наличие инфекционных заболеваний досматривается 21-23 млн человек.

Роспотребнадзор отмечает, что количество лиц с признаками инфекционных заболеваний, выявляемых в пунктах пропуска через границу, ежегодно растёт: в 2014 г. их было 1019 человек, в 2015-м – 1647, в 2016-м – 2275, а в минувшем – уже 3081 человек. Во всех случаях был организован и проведён комплекс регламентированных профилактических (противоэпидемических) мероприятий.

В 2017 г. специалистами Роспотребнадзора досмотрено также 180 тыс. партий грузов. По результатам контроля запрещён ввоз более 68,9 тыс. т опасных грузов.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сито!

Вовсе не эфемерное чудо, а профессионализм высшей пробы, продемонстрированный врачами и медицинскими сёстрами Валдайского филиала клинической больницы № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России (Санкт-Петербург), спас недавно жизнь 9-летней Ксении Колпаковой, которая могла оборваться в результате дорожно-транспортного происшествия.

Когда поздним вечером на трассе Валдай – Роцино, что в Новгородской области, лоб в лоб столкнулись два легковых автомобиля, девочка сидела на заднем сиденье в детском кресле, пристёгнутая ремнём безопасности. Не прошло и получаса после аварии, как медики поставили самому малолетнему пассажиру среди трёх пострадавших предварительный медицинский диагноз: «Закрытая травма живота. Внутривнутрибрюшное кровоизлияние. Геморрагический шок III степени». Немногом меньше времени понадобилось уцелевшей беременной маме Ксюши, находившейся также в автомобиле, чтобы, не дожидаясь приезда «скорой», поймав попутку, примчаться на ней к филиалу федеральной многопрофильной клиники и из своих рук передать на руки дежурной бригаде слабеее тело дочери. Быстрота доставки ребёнка, состояние которого впоследствии оценивалось как крайне тяжёлое, в близлежащем от места ДТП лечебное учреждение, имеющего службу «критических состояний», оказалась важным, но вовсе не единственным «жизнеспасающим» фактором. В числе решающих обстоятельств – и оперативность сотрудников филиала, немедленно уложивших пострадавшую на хирургический стол, и правильный выбор тактики оперативного вмешательства.

При подобных травмах повреждаются крупные сосуды, лежащие позади печени, что приводит к массивной кровопотере. Операционный доступ к этой зоне сложен и травматичен. Зачастую таких пациентов теряют на догоспитальном этапе, до больницы довозят лишь единицы. В ситуации, усугублённой тяжёлым шоком в сочетании с образованием крупных забрюшинных гематом, выполнить радикальную операцию невозможно – ввиду большой интенсивности кровотечения больной погибнет в момент хирургического доступа. Поэтому и было принято решение в первую очередь выполнить мероприятия по спасению жизни ребёнка, а позже, при стабилизации состояния, провести дальнейшее хирургическое лечение, – рассказал «Медицинской газете» руководитель Валдайского филиала КБ № 122

Работают мастера

# У дорог с повышенной аварийностью

Маленькую девочку, спасённую медиками после ДТП, на свой юбилей пригласила большая больница



В реанимационной палате валдайской медицинской «вахты» в очередной раз спасают жизнь пострадавшему в автомобильной аварии

кандидат медицинских наук Сергей Климшин.

План оперативного ведения, согласованный валдайскими врачами по телефону с головной медицинской организацией в Санкт-Петербурге, включал остановку кровотечения путём тугого тампонирования по общепринятой методике damage control, затем – интенсивную терапию, а именно: восполнение объёма циркулирующей крови, переливание её компонентов. Определившись с тактикой, валдайские врачи вызвали ещё и бригаду реанимационно-консультативного центра – подразделения детской областной клинической больницы. Но прибывшие из Великого Новгорода коллеги осмотрели Ксению уже в отделении реанимации и интенсивной терапии, куда девочку перевели по завершении полуторачасового экстренного хирургического вмешательства. Тогда же для уточнения медицинского заключения ей была выполнена компьютерная томография головы и шейного отдела позвоночника, выявившая ушиб головного мозга, внутрижелудочковое кровоизлияние и субдуральную гематому основания черепа.

Участники непростой операции стали 9 сотрудников филиала: оператор хирург Николай Дмитриев, ассистент хирург Николай Курьсь, анестезиологи-реаниматологи Сергей Селезнёв, Игнат Лобаченко, анестезисты Антон Затомский, Инна

Коробова, Мария Арсланова, операционная сестра Ирина Наумова и санитарка Ирина Малафеева. Эта команда, безукоризненно выполнив тугую тампонаду области разрыва печени и ушивание сосудов ворот селезёнки, и обеспечила возможность транспортировки пациентки для дальнейшего лечения в специализированный стационар. Уже через 12 часов (!) санитарный вертолёт с пострадавшим ребёнком и её мамой на борту в сопровождении бригады специалистов главного детского медучреждения Новгородчины поднялся над вертолётной площадкой филиала федеральной больницы. Он взял курс на Северную столицу – юную жительницу Валдая ждали в хирургическом отделении клиники Санкт-Петербургского государственного педиатрического университета...

Организованному 3 года назад по поручению Президента страны филиалу КБ № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России изначально была предначертана «заточенность» на оказание экстренной медицинской

помощи пострадавшим на дороге. За проходящим на Валдайской возвышенности сложным участком федеральной автотрассы М-10 Москва – Санкт-Петербург, ввиду его повышенной аварийности и смертности участников ДТП, закрепилась печальная слава, и эту ситуацию следовало менять. Специалисты филиала работают вахтовым методом. В технические «подпорки» им придана «тяжёлая» диагностическая техника – КТ, МРТ, а также эндоскопическое оборудование, УЗИ-сканеры, рентгеновские аппараты, современная лабораторная база. «Картинки» из диагностических кабинетов и операционных залов могут в режиме on line передаваться в базовую клинику. Для получения лечебно-диагностических услуг высокого класса для жителей Новгородской области не существует препятствий.

Доступность помощи, оказываемой валдайской «вахтовкой», иллюстрируют цифры: среди 434 пациентов, всего пролеченных в прошлом году, только 55 привели сюда медицинские последствия дорожно-транспортных происшествий. В то же время пациенты, спасённые здешними медиками после тяжелейших сочетанных травм, причинённых им в результате несоблюдения правил дорожного движения, – самый, пожалуй, благодарный народ. На днях «соколовская» больница отметила в большом концертном зале «Октябрьский» 45 лет со дня своего основания. Среди десятков бывших пациентов, присоединившихся к празднику, была и выздоровевшая Ксения Колпакова. В зрительном зале одной из лучших культурных площадок Санкт-Петербурга компанию школьнице из Валдая составили безмерно счастливые её папа и мама...

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Новгородская область –  
Санкт-Петербург.

Фото автора  
и Александра НИКОЛАЕВА.



Ксения вместе с мамой и папой на сцене концертного зала «Октябрьский»

Тенденции

## Как «заморозить» мерцательную аритмию

### Выглядит эта технология фантастически

В Челябинске в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии освоили технологически передовой метод – криобаллонную абляцию фибрилляции предсердий. Центр провёл уже 32 такие операции.

«Если представить ритм сердца как симфонию, а само сердце как оркестр, в котором один из музыкантов начал фальшивить, то станет понятно, как происходит разлад сердечной мышцы из-за распространённой патологии – фибрилляции предсердий или мерцательной аритмии, – рассказывает заведующий третьим кардиохирургическим отделением Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии в Челябинске Павел Шугаев. – Со стороны левого предсердия на основание лёгочных вен, то есть тех вен, по которым в сердце возвращается кровь из

лёгких, переходит часть мышечных волокон миокарда. И если в предсердии они взаимоорганизованы, сокращаются синхронно, то там где они на вену наслаиваются, появляется хаотическая структура. Мышечные волокна располагаются неправильно и разнонаправленно. Такая структура создаёт много проблем. Может возникнуть экстрасистолия – преждевременные электрические импульсы, которых быть не должно. Они будут вызывать постоянную лишнюю активность мышц предсердий и создавать в сердце электрический хаос. Сердце перестаёт выполнять свою главную функцию – полноценное снабжение органов кровью. В лучшем случае это означает тяжёлую болезнь. В худшем – смерть».

При мерцательной аритмии предсердия перестают ровно и стабильно перекачивать кровь в желудочки – основную насосную

камеру сердца, кровь застаивается и в результате образуются тромбы. Следующий шаг – инсульт. Единственный способ остановить хаотические импульсы – изолировать мышцы, наслаившиеся на вену, прекратить передачу команд. До недавнего времени вариантов было два: отсечь их во время открытой операции с помощью скальпеля или, используя радиочастотную, то есть тепловую, абляцию (ожог), создать рубец, изолирующий ту часть мышцы сердца, которая наслаивалась на вену. Теперь в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии в Челябинске освоили третий метод – криобаллонную абляцию фибрилляции предсердий.

Выглядит эта технология фантастически: без разрезов, с помощью специальных инструментов, в вену вводится длинный катетер, на конце которого находится баллон.

Врач по рентген-экрану ведёт этот баллон к тому месту, где мышцы сердца narosли на вену. Оказавшись под этим местом, баллон, наполненный криогенным газом и охлаждённый до температуры минус 70-80°С, замораживает тот самый отрезок вены, который послал бессистемные, неправильные электрические импульсы к сердцу. Образовавшаяся рубцовая ткань уже не в состоянии проводить такие импульсы.

«В большинстве случаев наши воздействия позволяют добиться хорошего результата с длительным эффектом, – отмечает Павел Шугаев. – Но примерно у трети пациентов через некоторое время в изоляционных линиях, которые мы создали, может образоваться прорыв. Не всегда возможно создать изоляцию на глубину всего мышечного слоя предсердия. Поэтому повторные процедуры

абляции – это норма. И после повторной процедуры эффективность возрастает ещё на 10-15%. Соответственно, эффективность двух процедур может составлять 70-75%. Трёх процедур – 80-85%».

Главное преимущество криобаллонной абляции – в её малой травматичности. Радиочастотная абляция – по сути, воздействие на мышцы высокими температурами – это всегда отёк и воспалительный процесс. Охлаждение, наоборот, даёт минимальную травматичность и, как результат, пациент Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии переносит такую операцию гораздо легче и «встаёт на ноги» уже через несколько дней, возвращаясь к обычной жизни.

Мария ХВОРОСТОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

**Предназначение женщины, по большому счёту, – это продолжение рода. Но многие представительницы прекрасного пола сегодня придерживаются других взглядов. Они стремятся сделать карьеру, пожить для себя, откладывая рождение первенца на потом. Спыхватываются, когда уже перевалило за 35. А чем старше женщина, тем больше у неё появляется проблем со здоровьем. Упущенные годы (оптимальным для первых родов считается возраст 22 года) оборачиваются горьким разочарованием, накоплением бремени различных вредностей, снижением овариального резерва. Некоторые молодые особы наивно полагают, что медицина всё может, а уж помочь родить ребёнка – так это запросто.**

Да, за последние десятилетия контингент женщин детородного возраста изменился, изменились и возможности медицины. Сегодня рожают те, кто ранее не мог забеременеть и выносить потомство. С развитием вспомогательных репродуктивных технологий (а главное – с включением ЭКО в программу обязательного медицинского страхования) у молодёжи появилась некая лёгкость (может быть, даже легкомысленность) в отношении деторождения: дескать, родить всегда успею. Но, как сказал главный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Москвы Александр Конопляников, выступая на XII Международном конгрессе по репродуктивной медицине, всё надо делать в своё время, в том числе и беременеть.

Количество детей, которые рождены после ЭКО, с каждым годом увеличивается. В Москве они составляют уже около 2%, в Чувашской Республике – более 1% от всех детей, рождённых в регионе.

Мы наблюдаем рост количества женщин, которым выполняется ЭКО, но при этом уменьшается частота наступления беременности. Проблема в том, что существенно возросло количество пациенток, обращающихся за помощью после 40 лет. Эффективность падает значительно, а средства затрачиваются большие, – отметила заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Чувашского государственного университета Алла Самойлова, обозначив характерную и для других регионов тенденцию.

Эта же мысль прозвучала и в выступлении А.Конопляникова, затронувшего в частности вопрос экстракорпорального оплодотворения у возрастных женщин. (Детородным считается возраст от 15 до 45 лет.) В 2015 г. 7 пациенток старше 45 лет получили направление на ЭКО за счёт средств ОМС, в 2016 г. – 32, в 2017 г. – уже 76. Но беременность не наступила. Бессмысленно истрачены деньги налогоплательщика на заведомо безуспешные попытки.

– Что будет дальше? Надо остановиться, – высказал точку зрения А.Конопляников. На что услышал возражение из зала: мы не можем отказать женщине, поскольку это будет нарушением её прав.

Главный специалист Департамента здравоохранения Москвы поднял ещё ряд острых вопросов, призвав докторов с большей ответственностью подходить к обследованию пациентов при подготовке к ВРТ и не ограничиваться узким взглядом репродуктолога. В качестве примера привёл трагический случай.

Женщина 28 лет умерла через 28 дней после переноса эмбрионов. У неё сразу после процедуры появился кашель, боли под левой лопаткой, а спустя неделю – температура 38. Осмотр терапевтом на дому патологии не выявил. На 22-е сутки она была госпитализирована службой скорой помощи в многопрофильный стационар с диагнозом: «внебольничная пневмония в нижней доле слева, гидроторакс, беременность 3-й недели, ЭКО». Сделана плевральная пункция. На 26-е сутки – появилась «шишка» в области левой ключицы. Через короткое время пациентка погибает.

Патологоанатомический диагноз: «Т-лимфобластная лимфома средостения с прорастанием в перикард, верхнюю долю левого лёгкого, метастазами в плевру».

Стоит сказать, ЭКО проводилось в платном учреждении.

– Но такая же ситуация может случиться и с пациенткой, которую мы направим по линии ОМС, – отметил А.Конопляников. – Т-лимфобластная лимфома с прорастанием не возникла за 28 дней. Это врачи не определили заболевание вовремя, не обследовали женщину должным образом при подготовке к ВРТ.

Ещё один пример, совсем недавний, датированный декабрём

стви на состояние здоровья детей. Особенность беременностей после ВРТ обусловлена более высоким возрастом женщин, осложнённым акушерским и гинекологическим анамнезом, большим количеством экстрагенитальных заболеваний и, безусловно, психологическими нарушениями.

Как отметила А.Самойлова, дети, рождённые с помощью ЭКО – особая категория новорождённых, требующая пристального внимания и динамического мониторинга. Данные относительно состояния здоровья этого контингента младенцев сильно разнятся. Показатели роста, развития, неврологические, гематологические и другие характеристики от-

нию, их количество снижаться скорее всего не будет. Большинство преждевременных родов сейчас проходит в учреждениях III уровня, правда, случаются ещё и в ЛПУ I уровня, но уже не сопоставимо мало по сравнению с тем, что было. Хорошо сработали перинатальные центры, считает В.Радзинский.

Достоверно снижают частоту преждевременных родов: уменьшение процента кесаревых сечений и индуцированных родов без показаний, отказ от курения, применение прогестерона, ограничение количества переносимых эмбрионов в программах ВРТ.

Не влияют на частоту преждев-

Основной хирургический подход – окклюзия подвздошных артерий (внутренних или общих), баллонирование этих сосудов.

По словам Р.Шмакова, опыт НИИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии показал, что при выполнении органосохраняющего оперативного родоразрешения у пациенток с вращением плаценты наиболее эффективным способом снижения кровопотери является комплексный компрессионный гемостаз.

Член-корреспондент РАН Александр Макацария посвятил своё выступление нарушениям гемостаза, акушерским кровотечениям, патогенезу основных причин материнской смертности.

Если возникает массивное послеродовое кровотечение, то у врача имеется всего 2 часа на оказание эффективной помощи. По словам профессора, абсолютное большинство массивных акушерских кровотечений обусловлено первичной коагулопатией, которая многогранна, но доминирует, конечно, ДВС-синдром. Докладчик подчеркнул, что в основе состояний, ведущих к летальному исходу, лежит полиорганная недостаточность и нарушение микроциркуляции жизненно важных органов. Но далеко не все акушеры-гинекологи учитывают участие в этом нескольких системных синдромов, в том числе антифолипидного.

– Катастрофический антифолипидный синдром встречается много чаще, чем мы его диагностируем, – считает А.Макацария. – Он присутствует при многих экстремальных состояниях, является одним из серьёзных факторов смерти женщины в связи с беременностью. К сожалению, доктора его не учитывают и не проводят профилактику.

Говоря о тромбозах и ишемических инсультах, А.Макацария отметил, что было время, когда тромбозы и ишемические инсульты, как причины материнской смертности, считались непредотвратимыми. В связи с прогрессом в области биологии сегодня имеются все возможности для того, чтобы предотвратить ранее непредотвратимые осложнения.

Профессор Нана Тетрашвили обратилась в своём докладе к теме привычного невынашивания беременности. В настоящее время стало известно, что пациентки с привычным выкидышем составляют группу риска не только по формированию задержки роста плода, преждевременных родов, антенатальной гибели плода, но и по развитию бесплодия в ближайшие 2 года после третьего выкидыша.

Бытует мнение, что все проблемы до 20 недель – проблемы плодов, эмбрионов с нарушенной генетикой. Сейчас доказано, что это не так. Исследование продемонстрировало, что после 12 недель беременности у женщин с привычным выкидышем преобладают материнские, родительские причины прерывания беременности, поэтому этих пациенток необходимо лечить и предотвращать у них акушерские осложнения.

Женщин с привычным невынашиванием нужно вести согласно определённому алгоритму с более частой цервикометрией, более частыми исследованиями системы гемостаза, подбором терапии.

Преимущество имеет терапия «на опережение». Когда уже развилась большая акушерская проблема, использование тех или иных препаратов бывает малоэффективно. Поэтому ключевой момент – предгестационная подготовка, прогнозирование и предупреждение осложнений в ранние сроки беременности.

В рамках конгресса работали школы, проходили мастер-классы, велась трансляция из операционных – делалось всё для повышения профессионального уровня акушеров-гинекологов, неонатологов, задача которых – помогать женщинам в реализации репродуктивной функции.

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».

Фото автора.

## Ситуация

# О, это бремя беременности...

Решая одни проблемы деторождения, мы порождаем новые



Поздравления от академика РАН Лейлы Адамян в связи с присвоением звания почётного профессора НИИЦ АГИП принимает академик РАН Александр Стрижаков

2017 г. Пациентке 33 лет, суррогатной матери, у которой 2 собственных детей, подсадили репродуктивные эмбрионы, не посмотрев, что она сама репродуктивно отрицательная. Ребёнок заболел тяжёлой формой гемолитической болезни. Слава Богу, что всё закончилось не смертью. А могло бы быть иначе. Между тем, в России в 2016 г. в связи с экстракорпоральным оплодотворением погибли 6 беременных женщин.

Кстати, несколько лет назад в Москве оказывало помощь по лечению бесплодия с использованием ЭКО 15 клиник, сейчас 35 готовы принять пациентов по ОМС.

Количество родов после ЭКО в акушерских стационарах Департамента здравоохранения Москвы растёт. Растёт и количество многоплодных беременностей, а следовательно, и преждевременных родов. Если в 2011 г. число детей, рождённых с массой тела от 500 г до 1 кг, составляло 220, а массой тела от 1 кг до 1,5 кг – 658, то в 2016 г. 460 и 793 соответственно.

В Чувашии до четверти всех беременностей, наступивших в результате ЭКО, многоплодные, что влечёт риск преждевременных родов.

Дети, родившиеся в результате этой процедуры, чаще, чем зачатые в естественном цикле, появляются на свет недоношенными.

Беременность после ЭКО сопровождается большим количеством осложнений: как правило, угрозой прерывания, хронической фетоплацентарной недостаточностью, которые будут влиять в послед-

ляются преимущественно за счёт высокой частоты недоношенности.

Лечение бесплодия – лишь одна из тем недавнего прошедшего конгресса по репродуктивной медицине, нацеленного на расширение кругозора, объёма знаний докторов, обмена опытом и научными наработками. Среди основных тем форума, как отметил его сопредседатель, директор Национального медицинского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, академик РАН Геннадий Сухих – акушерство, клеточные технологии, фетальная хирургия, мужское здоровье.

Новыми данными делились и ведущие зарубежные специалисты (их прибыло 50 человек из 12 стран Европы и США) и российские. Так, доктор Я.Депрест (Бельгия) рассказал о современных подходах к ведению монохориальной двойни, госпожа Н.Чесейр (США) – о новых данных по хирургическим вмешательствам в систему «мать – плод», В.Сеникас (Канада) остановилась на причинах и стратегии профилактики мертворождения, отметив, что в ряде стран отчётность по этому показателю неполная. В 25-60% случаев причина мертворождения остаётся неизвестной. Ситуацию с мертворождаемостью в России доктор охарактеризовала как неплохую.

Профессор Российского университета дружбы народов член-корреспондент РАН Виктор Радзинский затронул вопрос преждевременных родов, остающихся одной из проблем перинатальной медицины. По его мне-

ременных родов: приём поливитаминов, белково-энергетические добавки во время беременности, назначение препаратов кальция, постельный режим, усиленное антенатальное наблюдение, полипрагмазия. Кстати, в конце года ФАС оштрафовал компанию «Sanofi» на 1 млн руб. за некорректную рекламу своей продукции, в том числе одного препарата, не предназначенного для сохранения беременности.

Что касается ведения таких пациентов, то важны следующие моменты: формирование группы риска преждевременных родов, прегравидарная подготовка, нормоценоз влагалищной и кишечного биоценоза, цервикометрия перед началом токолитической терапии, маршрутизация в учреждения соответствующего уровня на фоне антенатального токолиза атозибаном и его продолжение в перинатальном центре (случаи, когда в центре переходили на другой препарат, заканчивались плохо, так как разные механизмы влияния), введение вагинального прогестерона в группе риска до 34 недель, извлечение плода при кесаревом сечении в целом плодном пузыре.

Однако решая одни проблемы, мы создаём новые. Вращение плаценты – тенденция последних десятилетий. Если в 60-е годы прошлого века эта патология практически не встречалась, то в последние 10 лет в крупных многопрофильных центрах её частота достигает одного вращения на 350 родов.

Среди главных факторов – кесарево сечение (отмечаются и другие: кюретаж, абляция эндометрия, лейомиома и т.д.). Каждое кесарево сечение повышает риск вращаения в 2 раза. Вращение плаценты – наиболее частая причина гистерэктомии в развитых странах и частая причина материнской смертности и заболеваемости. От глубины инвазии плаценты зависит тактика, техника и сроки родоразрешения. Об этом шла речь в сообщении главного врача НИИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии Романа Шмакова.

Гистерэктомия является операцией выбора, однако она не снижает интраоперационной кровопотери, особенно при вращении в мочевого пузырь.

**Продолжаем наш разговор о различных зависимостях от психоактивных веществ и состояний (см. «МГ» № 68 от 13.09.2017, № 73 от 29.09.2017 и № 92 от 06.12.2017). Это одна из самых жгучих и востребованных тем на практических занятиях по здоровому образу жизни, которые мы проводим со студентами на кафедре ЮНЕСКО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова. Молодёжная аудитория воспринимает проблему зависимого поведения близко к сердцу ввиду повального увлечения интернетом, компьютерными «стрелялками», виртуальным «зависанием» в социальных сетях...**

### Номо informaticus как жертва искусственной реальности

Базовый учебник по нашей дисциплине – «Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний» – написан под редакцией академиков РАН Н.Ющука и И.Маева, доктора медицинских наук, профессора РАН К.Гуревича. Книга даёт общие представления о разных зависимостях от психоактивных веществ и состояний. В контексте нашего разговора наиболее актуальны сведения об интернет-зависимости и особенностях субкультур, формируемых в процессе развития социальных сетей. Студенты-медики охотно готовят сообщения и презентации по этим вопросам.

Все единодушно отмечают: энергоинформационное воздействие компьютера на личность опасно, если приводит к духовным и психологическим нарушениям. Во-первых, это погружение в мир иллюзий и страстей, а во-вторых, – зависимость от виртуальной («мнимой», искусственно созданной) реальности.

Невропатолог с большим стажем, доктор медицинских наук, профессор Анатолий Берестов утверждает, что для человека, сидящего у экрана компьютера, виртуальный мир порой кажется куда более реальным, нежели окружающий. Человек входит в технически созданный им мир, а та, в свою очередь, вживляется в его сознание, становится частью его «я». Со временем грань между вымышленным и существующим мирами стирается, и люди живут, словно в двух плоскостях сразу. Отсюда – духовное раздвоение сознания на реальное и как бы виртуальное.

Многие пользователи испытывают к персональному компьютеру личные чувства, например, гнев и печаль, если он работает плохо или слишком медленно. Некоторые считают сбой в работе машины собственной неудачей, потерю данных – глубокой обидой, а иногда хотят ударить «эту дрянь», чтобы «наказать» и «отомстить». Когда компьютер «ведёт себя плохо», такие пользователи воспринимают это как оскорбление и начинают выяснять с ним «отношения», скандалить.

Чем больше иллюзия партнёрства, тем контакт соблазнительнее. Пребывание в лжереальности подкупает ощущением огромных возможностей, подлинности событий и переживаний. Поэтому общение с «электронным ящиком» сравнивают с эффектом наркотического опьянения. «Растворяясь» в информационном потоке, мы попадаем в полную зависимость от него и теряем себя.

Компьютероман в силах оторваться от своего пристрастия лишь на короткий срок, чтобы удовлетворить физиологические потребности. Пребывание в киберпространстве достигает 14 и более часов в сутки. Если зяблого пользователя оторвать от излюбленного занятия, он уподобится наркоману в состоянии «ломки» – вплоть до некоторого сходства симптомов. Беспокойство, суэта, рассеянное внимание, повышенная возбудимость, раздражительность – далеко не полный их перечень. Особенно удручает чувство неполноценности, интеллектуальной инвалидности...

Условно говоря, посредством чудовищной духовной (небиологи-

ческой) мутации человек разумный (homo sapiens) превращается в человека информационного (homo informaticus). Порождая мнимое чувство свободы, виртуальный мир разрушает личность или не даёт ей раскрыться. Подчас мы ничего и не подозреваем. А ведь нередко всё начинается, вроде бы, с пустяковых, безобидных компьютерных игр, к которым ужасно легко привыкнуть!

### «Инстинкт игры»

Выступая на занятиях, студенты часто ссылаются на специалистов, а иногда делятся собственными ощущениями и размышлениями,

Разумеется, это крайне тревожные патологические симптомы. Студенты соглашаются, что ощущения иллюзорны, но чрезвычайно впечатляют, повышают эмоциональный градус и потому накрепко отпечатываются в сознании. Значит, компьютерная игра воздействует прежде всего на эмоциональную сферу, калечит личность мощно и почти необратимо, то есть фактически зомбирует человека, вводя в его сознание жёсткие стереотипы поведения. В результате полностью утрачиваются правильные социальные ориентиры. Оторвавшись от экрана монитора, компьютероман невольно переносит своё отношение к человечкам из виртуальной

общественные деятели. Людей, использующих компьютер в основном ради игр, называют геймерами. Большинство из них буквально помешано на своём увлечении.

Так, вид на экране обычно соответствует собственному зрительному восприятию, кровь на экране после выстрела кажется вполне реальной. Задачи героя и игрока совпадают – уничтожить как можно больше врагов. Играющий не просто видит героя, но сам превращается в него. Поэтому сцены насилия разрушают психику и провоцируют агрессивное поведение.

Мозг геймера воспринимает происходящее в виртуальном мире как реальность. К такому заключению

(смелость, сила, ловкость, необычные способности и пр.), дети, подростки и даже некоторые взрослые автоматически проецируют на себя. Возвращение же в реальность мгновенно лишает этих возможностей и делает беспомощным перед насущными проблемами. Игры, особенно по принципу «охоты» или «борьбы», захватывают так, что люди забывают обо всём на свете.

Физиологи доказали, что даже ожидание игры сопровождается дополнительным выбросом гормонов надпочечников (включая гормоны стресса). Беспокойство, рассеянность и усталость появляются у ребёнка уже на 14-й минуте общения с компьютером. Видеоигры могут довести до эпилептического припадка. Кроме того, они мешают гармоничному развитию человека, отнимая время от творчества, спорта и отдыха.

28-летний геймер скончался от сердечного приступа после 50 (!) часов непрерывной игры в интернет-кафе. В течение 3 дней он отрывался от монитора лишь для того, чтобы выйти в туалет и немного вздремнуть на импровизированной кушетке. Обеспокоенная мать попросила друзей разыскать сына. Когда те добрались до интернет-кафе, несчастный пообещал им закончить игру и прийти домой. Но спустя несколько минут умер. Врачи констатировали, что сердце не выдержало интенсивной психической нагрузки и физического истощения.

### Кого же мы растим?

В интернете чрезвычайно распространены и виртуальные ролевые игры. Они предоставляют иллюзорную возможность, например, перевоплотиться и вести себя, думать и чувствовать так, как вымышленный герой. Путём такого самообмана люди надеются избавиться от разных психологических комплексов, в том числе комплекса неполноценности. Но вот игра закончилась, виртуальное волшебство растаяло, и всё вокруг снова кажется скучным, неинтересным и тусклым. Естественно, хочется опять вернуться в тот мир, где ты силен, свободен и доволен собой, где ты хозяин и герой. Реальность постепенно замещается вымыслом. Так формируется одно из звеньев зависимости.

Итак, анализируя духовные и психологические последствия киберзависимости на примере патологической тяги к компьютерным и виртуальным ролевым играм, студенты-медики лучше понимают собственные и чужие проблемы. Однажды после урока по здоровому образу жизни, молодой человек посетовал: «Разве одно или два занятия могут отвлечь от игры?»

Он прав. Иммуנית личности вырабатывается годами. Поэтому нужно срочно возрождать положительный опыт недавнего прошлого нашей страны: доступность и бесплатность оздоровительных комплексов, спортивных секций, дворовых спортивных площадок, бассейнов, различных кружков по интересам и т.п. Образовательная и воспитательная работа с детьми, подростками, молодёжью может проводиться в рамках воскресных школ, летних лагерей, праздничных, волонтерских и спортивных мероприятий, а также на базе реабилитационных центров при православных монастырях и приходах. Правильная организация досуга важна для сублимации кипучей энергии подрастающего поколения в социально полезное русло.

Также необходимо вводить нравственно-просветительские образовательные программы, пропагандирующие конструктивное мышление и здоровьесберегающее поведение. Тогда реальность станет не менее привлекательной, чем виртуальность. Но вот беда: учебных часов в школах, колледжах и вузах на это не предусмотрено. Кого же мы растим и кого вырастим?!

**Константин ЗОРИН,**  
доцент кафедры ЮНЕСКО  
«Здоровый образ жизни –  
залог успешного развития»,  
кандидат медицинских наук.

**Московский государственный  
медико-стоматологический  
университет им. А.И.Евдокимова.**

### Продолжаем разговор

# Киберзависимость — шаг в никуда

## Из опыта общения со студентами-медиками



**К.Зорин (слева) проводит деловую игру**

помогающими аудитории осознать корни и суть киберзависимости.

Психологи, психиатры, религиоведы сравнивают реальные, подвижные игры с виртуальными, компьютерными «стрелялками». Стремление к компьютерной игре паразитирует на том, что нормальное развитие человека включает в себя (прежде всего в детском возрасте) стремление к игре, своего рода «инстинкт игры». Но, в отличие от подвижных или интеллектуальных игр со сверстниками, компьютерная забава позволяет освободиться от всех нравственных норм.

В итоге естественный «инстинкт игры», на котором паразитирует пристрастие к компьютерным играм, гипертрофируется. Одна из причин этого в том, что виртуальная жизнь намного динамичнее, напряжённее и в определённом смысле интереснее действительной жизни. «Там, на мониторе, ты управляешь обстоятельствами, а здесь – обстоятельства управляют тобой. Там ты управляешь виртуальными людьми, а здесь реальные люди (родители, учителя) управляют тобой. Там ты – бог, ты – властелин, который не зависит ни от кого, но все зависят от тебя, а здесь ты – ребёнок, зависимый от взрослых. Можно сказать так: фиктивное чувство независимости порождает натуральную зависимость».

В самом деле, расстреливая на экране противника, можно чувствовать себя вполне комфортно и безопасно. Жалости и сострадания не возникает. Наоборот, они полностью подавляются ощущением своей значимости, могущества, ощущением себя почти сверхчеловеком!

реальности в жизненную реальность своей семьи или группы, своего класса или курса.

Автор этих строк консультировал семью, которую постигла тяжёлая утрата. Отец попал под колёса грузового автомобиля и скоропостижно скончался. Родственники находились в шоке. Они не знали, сообщать ли об этом его сыновьям 9 и 12 лет, брать ли их на похороны. Сомнения взрослых вполне понятны: они боялись травмировать детей, хотели избежать истерик. На семейном совете решили всё-таки дать мальчикам возможность пообщаться с отцом.

Дети вели себя на удивление спокойно, точнее равнодушно. Насколько могли, они осознали, что навсегда расстаются с папой. Однако ребята восприняли это довольно холодно, как обыденный сюжет их любимых компьютерных «стрелялок»: «Подумаешь, папа умер?! Ничего страшного! Продолжение следует». Привыкшие ежедневно видеть смерть на экране монитора, они отнеслись к гибели отца с изрядной долей цинизма и чёрствости.

Что означает такая реакция? Она не имеет ничего общего с мужественным перенесением горя. Это признак эмоционального выгорания и духовного порабощения. Кто же вырастет из таких детей, если ничего не исправить в их воспитании и не освободить от киберзависимости?

### Мозг и сердце геймера

О деструктивном воздействии различных «стрелялок» давно предупреждают психиатры, наркологи и психологи, быт в набат священнослужители, депутаты и

пришёл немецкий учёный Клаус Матиак из Ахенского университета. Он исследовал 13 человек в возрасте 18-26 лет. Все они проводили за видеоиграми не менее двух часов ежедневно. В процессе тестирования испытуемым предлагались видеоигры со сценами насилия, драками и спасением заложников. Специальные приборы фиксировали импульсы головного мозга добровольцев. В момент игры активизировались лишь познавательные функции мозга (память, внимание, речь, целенаправленная двигательная активность, целостное восприятие). Примечательно, что у игроков полностью отсутствовали эмоции.

В результате проведённых опытов учёные установили, что сцены насилия в видеоиграх служат своеобразным тренажёром. Они обучают подобным же образом, с холодным рассудком и без эмоций, реагировать в реальных жизненных ситуациях.

Так, в Германии, не допущенный к экзаменам выпускник школы, застрелил 13 учителей, двух учеников и полицейского, после чего застрелился сам. Полиция выяснила, что главным интересом несчастного были жестокие, садистские компьютерные игры. Очевидно, они и привели к фатальным последствиям. В Китае 13-летний подросток выпрыгнул из окна квартиры, потерпев сокрушительное поражение в одной популярной игре. Это тоже насилие, только обращённое на самого себя. А разве мало таких жутких случаев в России?

Согласно исследованиям Американской ассоциации психологов, если дети проводят за компьютерной игрой со сценами насилия даже меньше 10 (!) минут в день, их мироощущение меняется. Выбрав тот или иной вариант поведения, ребёнок предпочитает применять насилие и оценивает себя как агрессивную личность. Он становится частью вымышленной реальности, в которой сам вынужден быть агрессивным.

Дети, играющие в жестокие компьютерные игры, менее дружелюбны и склонны спорить с учителями и сверстниками. После таких игр у юных терминаторов появляются бандитские наклонности, а конфликтные ситуации они учатся решать силовыми методами. Члены ассоциации приняли резолюцию, рекомендуя производителям уменьшить количество насилия в видеоиграх и других мультимедийных продуктах для детей.

Отжествляя себя с героем игры, ребёнок получает возможность своеобразной самореализации в виртуальном пространстве. Игра позволяет принять на себя роль другого и стать тем, кем в реальной жизни стать нельзя. При этом завидные сверхкачества, присущие игровому персонажу

(Продолжение. Начало на стр. 1.)

Напомним, что за всю историю существования Минздрава страны им руководили Мария Ковригина (министр здравоохранения СССР с марта 1954 до января 1959 г.), Татьяна Дмитриева (с августа 1996 до мая 1998 г.), Татьяна Голикова (с сентября 2007 до мая 2012 г.) и Вероника Скворцова. На данный момент она является министром-«долгожителем» как среди мужчин, министров здравоохранения современной России (никто из них не смог продержаться на этом непрестом посту свыше 5 лет), так и своих предшественниц.

Вероника Игоревна руководит Минздравом почти 6 лет. Отличница со школьной скамьи, золотая медалистка, трудолюбива, что также сформировало её характер, определило лидерские качества. Вскоре после окончания медицинского вуза возглавила одну из первых в России нейрореанимационных служб. Автор почти 500 статей и научных работ, запатентовала 7 лекарственных препаратов. В ходе 70-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2017 г. в Женеве избрана на пост председателя ассамблеи. По-прежнему остаётся научным консультантом профильного медицинского журнала, главным редактором российской версии международного журнала «Инсульт». Из СМИ широко известно, что она не только теоретик, но раз ей приходилось подтверждать свою «профпригодность» и применять знания, оказывая первую медицинскую помощь чиновникам во время заседаний органов государственной власти или пассажирам на борту авиарейсов, когда удавалось вовремя заподозрить признаки инсульта и стабилизировать состояние пациентов. Сегодня она входит в число 100 самых влиятельных женщин России.

### Действовать системно

– Вероника Игоревна, в до-вольно продолжительном движении полезно сделать остановку, проанализировать прошедший отрезок, наметить новые рубежи. Расул Гамзатов писал об этом так: «Ты сел в седло, весёлый иль угрюмый,/ Не топпись, уму не прекословь,/ На полпути остановись, подумай,/ И оглянись, и путь продолжи вновь!» Делаете передышку, хватаете времени для анализа и осмысления планов на будущее?

– Нам был представлен достаточно большой период непрерывной работы и вместе с ним возможность, несмотря на «лохмотное одеяло» из текущих проблем, не сходить с генерального пути системных преобразований в отрасли. Важно то, что прежде, 4 года я работала заместителем министра Татьяны Алексеевны Голиковой. За прошедшие годы удалось во многом реализовать те приоритетные стратегические направления, которые сначала нами были идеологически выстроены, проработаны, нормативно оформлены. Конечно, очень многое ещё предстоит сделать.

Главное – иметь чётко обоснованные ориентиры и последовательно двигаться по сформированным системным векторам для их достижения, при этом, безусловно, корректируя тактические шаги. Осуществлять это необходимо при широкой поддержке медицинского сообщества и с вовлечением самих пациентов. Как только всё население включится в решение общих задач охраны здоровья, у нас не будет риска возврата в прошлое.

Всё, что мы делаем, – не для сиюминутной оценки. С бытовательской точки зрения, наша работа очень неблагодарна и не несёт положительных эмоций. Потому что, сколь много не было бы сделано, из-за сохраняющихся несовершенств всегда остаются дурные примеры. И чем меньше их, тем больший резонанс они вызывают. Но это служит нам своеобразным маркером: если люди, скажем, начинают остро реагировать на задержку скорой помощи на 5 минут, а 5 лет назад совсем не реагировали на время приезда,

Из первых уст

# Формируя здоровую среду будущего



Сила медицинского сообщества – в единстве

ведь даже в Москве её ожидали по 2 часа, значит, мы на правильном пути. Ориентируясь на реальные результаты, недопустимо бояться критики и широкого обсуждения. Для нас важно всех поднять на работу по достижению результата. Вот когда это произойдёт, независимо от того, кто будет стоять во главе организационных структур, система будет уже автоматизирована и станет самоочищаться и самосовершенствоваться. Мы очень надеемся, что со временем так и будет.

### ...Плюс профилактика

– Правильно ли я понял, что именно профилактика становится определяющей в оздоровлении нации?

– Это так. Профилактика является абсолютным приоритетом российского здравоохранения. Причём профилактику мы понимаем очень широко, как систему популяционных и индивидуальных мер, связанных с формированием здорового образа жизни, борьбой с деструктивным поведением, реализацией стратегии «высокого риска». Активные популяционные меры позволили значительно снизить потребление табака и алкоголя, увеличить количество людей, активно занимающихся физической культурой, правильно питающихся, расширилась вакцинация в рамках Национального календаря прививок. В 2013 г. был принят противотабачный закон, который признан в мире одним из наиболее передовых и комплексных. Совместно с общественными организациями мы ведём борьбу со злоупотреблением алкоголем, где также достигли серьёзных результатов. Вместе с Министерством спорта РФ развиваем систему массовой физкультуры и спорта. С Минсельхозом работаем в направлении здорового питания. Конечно, для того чтобы добиться изменения образа и стиля жизни людей, мало нормативных и материальных условий, очень важно прививать с детства неприятие деструктивного поведения, ответственность за своё здоровье, формировать приверженность духовным ценностям.

Не могу обойти стороной то, что в 2013 г., впервые после распада Советского Союза, мы восстановили бесплатную широкомасштабную диспансеризацию населения. Не скрою, было много рисков и опасений, нас предупреждали об опасностях формального подхода, приписки или невозможности выполнения тех объёмов, которые мы наметили. В конце 2000-х годов проводилась

диспансеризация работающего населения, однако достигалось это очень сложно: при планировании диспансеризации 500 тыс. человек в год не все её проходили. А сейчас ежегодно диспансеризацию проходят около 40 млн. Действительно, первые 1,5 года ушли на «вычитку» различных нарушений и приписок. Регламент прохождения несколько раз совершенствовался. Был утверждён обоснованный тариф ОМС на диспансеризацию. Теперь это не «общественная нагрузка» на врачей.

Первый (скрининговый) этап диспансеризации проводится с использованием тестов и диагностических методов, которые позволяют заподозрить заболевание. На втором этапе происходит уточнение диагноза с помощью необходимых современных методов. Благодаря такому подходу, мы существенно увеличили количество случаев раннего выявления заболеваний. Яркий пример тому – онкозаболевания, более 55% которых уже выявляется на I-II стадиях. А при ряде локализаций, например репродуктивной системы у женщин, – в 65-80% случаев выявляются на I-II стадиях, что, естественно, привело к значительному снижению одногодичной летальности. По результатам 2016 г. она составила 23%.

Следует подчеркнуть, что выявление и контроль факторов риска неинфекционных заболеваний, их коррекция – наиболее перспективное и эффективное направление профилактики. И в этом направлении мы активно развиваемся.

### Качество и ещё раз качество!

– Какое направление стало принципиально новым?

– Впервые за всю современную историю нашей страны началось формирование системы управления качеством медицинской помощи. Что в нём принципиально важно? В нашей стране никогда не существовало единых требований к качеству медицинской помощи при конкретных заболеваниях, хотя попытки стандартизации качества предпринимались неоднократно – в конце 1990-х годов, в 2004-2005 гг. Но всякий раз это сталкивалось с препятствием: представителям, скажем, двух-трёх кардиологических школ не удавалось достигать консенсуса, ведь в стране существовало несколько оригинальных подходов к лечению одного и того же заболевания. Поэтому, прежде всего, мы начали с создания единого экспертного сообщества из лидеров, высочайших профес-

сионалов каждого медицинского профиля, и разработали типовые модели консенсусных документов (клинических рекомендаций), которые должны были ввести обоснованные алгоритмы действий врача в конкретных клинических ситуациях. Этот процесс мы инициировали в 2012 г., когда обновили аппарат главных внештатных специалистов Минздрава России. Затем сформировали институт главных окружных и региональных специалистов соответствующих профилей. В результате выстроили 7-тысячную армию ведущих экспертов страны. Далее была поставлена задача – разработать национальные клинические рекомендации по всем основным медицинским профилям и заболеваниям. Работа продолжалась в течение 2012-2016 гг. Мы приняли свыше 1200 клинических рекомендаций, которые всесторонне рассматривались на всех профессиональных экспертных площадках и были утверждены съездами или конгрессами.

Важно, что была отработана типовая модель клинических рекомендаций, которая включила обязательный компонент раздел «Критерии оценки качества медицинской помощи». Эти критерии устанавливаются отношением к добровольным путём: это те события и процессы, которые, согласно международным мультицентровым исследованиям, высокодостоверно влияют на исход заболевания. Впоследствии критерии качества были извлечены из всех клинических рекомендаций, сведены в один нормативный документ и утверждены приказом Минздрава России. Они явились базой для разработки регламентов проведения экспертизы качества медицинской помощи, которыми пользуются страховые медицинские организации, Росздравнадзор и его территориальные подразделения. Таким образом, фактически была создана описанная в литературе «петля качества», нацеленная на его регулирование. В перспективе, с введением информационных технологий, мы разовьём это направление – внедрим доказавшую свою эффективность в мире модель электронного бенчмаркинга – автоматизированную оценку качества медицинской помощи по каждому законченному случаю лечения.

Безусловно, качество медицинской помощи напрямую зависит от квалификации медицинских специалистов. Её повышению мы уделяем особое внимание. В 2012-2013 гг. мы организовали обязательный курс усовершенствования для профессоров медицинских и фармацевтических вузов, преподающих фундаментальные биомедицинские науки: молекулярную биологию и физиологию, генетику, основы биотехнологий, биохимию, биоинформатику и др. Были обновлены все образовательные программы и учебные планы. Причём это касалось как вузов системы Минздрава, так и медфакультетов классических университетов Минобрнауки России.

Для того чтобы отрабатывать практические умения и навыки обучающихся, в 2013 г. совместно с Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов была разработана и принята концепция симуляционного образования. За последние годы мы создали свыше 100 симуляционно-тренинговых центров с совершенно новыми программами, помогающими овладеть мастерством как в терапевтических, так и особенно в манипуляционно-

хирургических специальностях, таких как акушерство и гинекология, анестезиология-реаниматология, рентгеноэндоскопическая диагностика и хирургия, эндоскопия и многих других.

В 2013 г. также была разработана и концепция непрерывного профессионального медицинского образования. В 2015 г. создан единый портал непрерывного медицинского образования, который за 3 года наполнился компьютерными образовательными модулями и программами, тестами, ситуационными задачами. Теперь каждый врач может дистанционно, со своего рабочего места, повышать квалификацию, самостоятельно определяя свою «образовательную траекторию», осваивая новые блоки знаний. На портале работают уже более 249 тыс. врачей. Успехи каждого врача видны и учитываются в системе.

Важнейшим шагом в развитии качества подготовки медиков стало внедрение нового механизма допуска к профессиональной деятельности – аккредитации – принятого во всём мире трёхэтапного экзамена, подтверждающего необходимый уровень теоретических знаний, практических навыков и клинического мышления. Специальный федеральный методологический центр разрабатывает тесты, кейсы, автоматизированные компьютерные программы для первого этапа экзамена – медицинского ЕГЭ. Созданы специальные аккредитационные центры OSCE для подтверждения практических навыков и умений на втором этапе экзамена. Третий этап – это экзамен на клиническое мышление, который всегда присутствовал в российской медицине. Собственно, отечественная медицина традиционно славилась «организменным» подходом, с пониманием взаимодействия разных процессов, происходящих в органах и системах человека. И мы продолжим следовать лучшим нашим традициям. Важно отметить, что проводят аккредитацию представители профессионального сообщества по соответствующим медицинским профилям.

Стартовала аккредитация в 2016 г., когда впервые её прошли выпускники по двум специальностям – «фармация» и «стоматология» (7,5 тыс. человек). В 2017 г. мы аккредитовали уже 32,5 тыс. выпускников по всем базовым специальностям группы «здравоохранение и медицинские науки». В 2018 г. аккредитацию впервые пройдут выпускники медицинских колледжей. Наша задача до 2021 г. поэтапно распространить эту систему на всех выпускников ординатур, на всю армию врачей и среднего медперсонала, сделать аккредитацию регулярной, подтверждающей развитие каждого специалиста.

С системой аккредитации напрямую связаны профессиональные стандарты, разрабатываемые совместно с профессиональным сообществом, Национальной медицинской палатой во главе с Леонидом Михайловичем Рошалем и утверждаемые Министерством труда и социальной защиты РФ. В настоящее время подготовлено 39 стандартов, в 2018 г. предстоит разработать ещё 28. Профессиональные стандарты задают требования к аккредитации образовательных программ и критериев аккредитации по соответствующему медицинскому профилю.

(Окончание на стр. 8-9.)

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Как видите, работа по повышению качества медицинской помощи абсолютно невозможна без профессионального сообщества.

## Знаковые блоки

**– Расскажите, пожалуйста, о системных подходах, которые кардинальным образом влияют на улучшение ситуации в отрасли?**

– Прежде всего, это – формирование региональной трёхуровневой системы оказания медицинской помощи, основанной на современной логистике, правильной маршрутизации пациентов. Впервые был создан стратегический – второй уровень системы, связанный с созданием межрайонных центров экстренной специализированной помощи при жизнеугрожающих состояниях. За несколько лет организованы 593 сосудистых центра с отделениями интенсивной кардиологии и острых нарушений мозгового кровообращения, более 1,5 тыс. травмоцентров. Это создало условия для активного внедрения современных диагностических и лечебных технологий: число больных с ишемическим инсультом, получивших тромболитическую терапию в периоде терапевтического окна (это первые 4,5 часа), увеличилось в 30 раз, число нейрохирургических операций при кровоизлияниях в мозг – в 7 раз, стентирований коронарных артерий при острых коронарных синдромах – в 3 раза. В результате смертность от инсультов снизилась на 25%, от инфарктов миокарда – на 14%, от ДТП – на 25,2%.

Значительно повысилась доступность высокотехнологичной медицинской помощи. В 2013 г. она была оказана 505 тыс. пациентов, а в 2017 г. её получили более миллиона больных. Сеть медицинских организаций, выполняющих ВМП, расширилась в 3,7 раза, что приближило помощь к пациентам.

Среди системных мер я хотела бы также отметить создание сети национальных медицинских исследовательских центров – «головных» федеральных учреждений по соответствующим медицинским профилям. Национальные центры являются не только передовыми высокотехнологичными клиниками, но и флагманами развития медицинских научных направлений, осуществляют методическое руководство всеми профильными региональными подразделениями, контролируют своевременность и качество оказываемой медицинской помощи при соответствующих заболеваниях, разрабатывают инновационные технологии, координируют подготовку и переподготовку медицинского персонала. С 2018 г. они начинают возглавлять создаваемые телемедицинские вертикально-интегрированные профильные системы, объединяющие в сети все профильные медицинские подразделения страны и позволяющие обеспечить консультациями высочайшего уровня любого нуждающегося пациента.

Важным направлением нашей работы явилась разработка механизма направленного инновационного развития. Создан федеральный Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью. Этот информационно-аналитический центр совместно с профильными национальными медицинскими исследовательскими центрами определяет приоритетные направления развития, формирует под каждую задачу специальный проектный офис, разрабатывает алгоритмы ускоренного достижения конкретных целей, создаёт научные группы, способные реализовать задуманное. Наша задача – существенно сократить длину «инновационных цепочек» – от идеи до практического воплощения.

Для того, чтобы все наши системные действия были максимально прозрачными и эффективными и реализовывались в ускоренном режиме, нам необходимы цифровые технологии. Поэтапно формируется Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения. Мы нацелены на внедрение во всех медицинских организациях современных информационных систем, позволяющих с рабочего места врача выходить в информационные базы и справочники, пользоваться электронными системами помощи в принятии решений, применять телемедицину, дистанционно повышать квалификацию, плюс к этому – вести электронную медицинскую документацию, выписывать электронные рецепты и больничные листы, иметь доступ к единому архиву цифровых изображений и к единой базе лабораторных исследований. По сути, формируется глобальная сетевая база российской медици-

ны, что позволит внедрить личные кабинеты пациентов с широкими возможностями дистанционного взаимодействия с медицинскими организациями, доступом к своим медицинским документам, независимо от места нахождения. Цифровые технологии обеспечивают качественно новый уровень эффективности управления всеми ресурсами отрасли – финансовыми, материальными, человеческими. Так, уже разработаны и введены в эксплуатацию две информационные системы в сфере лекарственного обеспечения: одна – мониторинга и контроля государственных и муниципальных закупок лекарственных препаратов, которая рассчитывает референтные цены по различным категориям лекарств и позволяет выявлять отклонения, другая – система мониторинга движения препаратов с помощью их маркировки, которая должна помочь нам полностью избавиться от фальсификата и контрафакта, повторных вбросов в сеть закупленных за государственные ресурсы лекарств.

## Из первых уст

# Формируя здоровую среду будущего

мируется Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения. Мы нацелены на внедрение во всех медицинских организациях современных информационных систем, позволяющих с рабочего места врача выходить в информационные базы и справочники, пользоваться электронными системами помощи в принятии решений, применять телемедицину, дистанционно повышать квалификацию, плюс к этому – вести электронную медицинскую документацию, выписывать электронные рецепты и больничные листы, иметь доступ к единому архиву цифровых изображений и к единой базе лабораторных исследований. По сути, формируется глобальная сетевая база российской медици-

## До самых до окраин

**– Когда речь заходит о глубинке, по-прежнему невольно рисуется образ не вполне трезвого беззубого человека в треухе... Каков современный портрет так называемой сельской медицины, которая слишком долгое время оставалась наиболее проблемной? Как решаете её задачи?**

– Главная наша задача в том, чтобы каждый человек, где бы он ни жил, получал медицинскую помощь, соответствующую единым требованиям качества и доступности. Многие десятилетия существовавшие различия между сельскими населёнными пунктами и городами, тем более мегаполисами, принимались как само собой разумеющееся. Даже ожидания людей, которые жили в разных регионах страны, были разными. Это неправильно. Для выравнивания доступности и качества медицинской помощи и создавалась трёхуровневая система с чёткой логикой своевременной доставки пациента в ту медицинскую организацию, которая может оказать адекватную помощь, в соответствии с порядками и клиническими рекомендациями.

Вспомним: некоторое время назад шло очень много разговоров о крушении сельской медицины. Действительно, за предшествующий период, с 2000 по 2010 г., фактически было разрушено 15 тыс. объектов здравоохранения на селе. Огромное количество! Имелись и иные проблемы – основатель-

ный износ участковых, районных больниц, врачебных амбулаторий, ФАПов, когда они только сохраняли своё название, а фактически там ничего больше не оставалось. Но уже в 2016 г. мы построили более 500 объектов сельской медицины, по итогам 11 месяцев 2017 г. – ещё 400. Благодаря проведённому в течение 2016–2017 гг. ремонту 1300 медицинских организаций, доля сельских ФАПов и амбулаторий, требующих капитального ремонта, сократилась более чем на 20%.

В новейшей истории очень многое изменилось, сыграл свою роль фактор урбанизации, уменьшилось количество сельских жителей, в ряде регионов снизилась плотность населения. Поэтому мы обновили все документы по требованию пункт

только происходят сбои, они тут же становятся поводом для точечных разбирательств, то есть все понимают, что это нарушение, а не система, как прежде.

«Санитарная авиация» – ещё один приоритетный проект, который начал действовать в 2017 г. Он дополняет существующую систему, которой мы терпеливо, из года в год, занимаемся. Объясняется это тем, что в стране 34 региона с особо сложными условиями доступности. За 5 лет количество вылетов санитарной авиации увеличилось в 2,5 раза. А благодаря реализации приоритетного проекта, к 20 тыс. ежегодных вылетов прибавились ещё 6 тыс. в особо сложных регионах, в результате чего было дополнительно эвакуировано свыше

8 тыс. пациентов (более 1,5 тыс. из которых – дети), и всем им была оказана своевременная экстренная помощь.

## Что нельзя не заметить

**– Каких результатов удалось достичь?**

– Безусловно, интегрируемыми показателями, которые позволяют оценить предпринятые нами меры, явилось увеличение продолжительности жизни россиян. Это главная цель, которая стоит перед системой здравоохранения. Почти 72,7 года – такой продолжительности жизни за всю историю страны не было. У женщин – это 77,6 года, у мужчин – 67,6. Разница в возрасте мужчин и женщин сократилась до 10 лет. А начинали мы с 13,5.

Сегодня снижается уровень смертности во всех возрастных группах населения, максимально – младенческая и материнская, поскольку выстраиваем качественной и эффективной системы охраны материнства и детства мы занимались приоритетно. Младенческая смертность, по данным 2017 г., снизилась на 8,6% и составила 5,5 на 1 тыс. родившихся живыми. Говоря о материнской смертности, стоит отметить, что, когда мы разрабатывали стратегию-2020, к этому периоду планировали выйти на показатель 18,3 на 100 тыс., однако уже сегодня он составляет 7,3. Это серьёзное снижение, и напомним, что в отдельные периоды отечественной истории этот показатель достигал 120 на 100 тыс. Причём, хотелось бы подчеркнуть, что, по результатам 2017 г., 34 региона имеют нулевую материнскую смертность. То есть ситуация просто кардинально изменилась. Здравоохранение вносит свой вклад в демографию не только за счёт снижения смертности, но и посредством профилактики абортов и повышения доступности ЭКО.

Информационные технологии позволяют индивидуально планировать ведение беременности каждой женщины, на основе выявленных рисков определять тактику наблюдения, время и место родоразрешения. Особую позитивную роль сыграла реализация программы по строительству перинатальных центров, позволяющих концентрировать самые сложные случаи беременности и выхаживать детей даже с экстремально низкой массой тела. Таким образом, сегодня мы фактически сводим к нулю риски осложнений у беременных женщин с сахарным диабетом, артериальной гипертензией, врождёнными пороками сердца и т.д.

## Чтобы гордились нашей профессией

**– Кадры по-прежнему решают всё... Что сделано на этом направлении? Идут ли сейчас школьники в медицину, и кто они – будущие врачи?**

– Нас очень порадовало социологический опрос, который был проведён в первой половине 2017 г. На вопрос, какую профессию вы желали бы для своих детей и внуков, 35% респондентов ответили – врача. Достаточно вспомнить, что в 2005 г. при подобном опросе таких ответов было только 10–12%. А сейчас мы лидируем!

В медицинские вузы сегодня поступают лучшие из лучших выпускников школ. Средний балл ЕГЭ

в медвузы – один из самых высоких – 72,2, даже среди поступающих по целевому набору он выше (68,8), чем средний балл по стране в целом (68,2). И это накладывает на наши вузы особую ответственность. Когда приходят отличники, ребята с высоким потенциалом и мотивацией учиться, нужно, чтобы они сразу погружались не только в интеллектуальную профессиональную среду, задающую вектор на развитие и самосовершенствование, но и в атмосферу душевной чистоты, лучших человеческих и личностных качеств, которые необходимы для врача. Мы должны не только подготовить профессионалов, но и воспитать зрелых, ответственных, отзывчивых к чужой беде людей. С учётом стремительного развития биомедицины, высоких технологий и необходимости ориентироваться в сложных этических и общечеловеческих проблемах, как никогда важно гармоничное формирование медицинских специалистов. И этому мы придаём огромное значение. Ведь доброта, внимание, чуткость – это то, что всегда было свойственно российской медицине.

В связи с этим мы очень серьёзно относимся и к молодёжному добровольческому движению. Приветствуем, когда волонтеры-медики с первого курса занимаются благородными делами: помогают в больницах, домах престарелых, домах ребёнка, участвуют в организации донорства крови, занимаются санитарным просвещением, реализуют профилактические программы по борьбе с социальными инфекциями и вредными привычками. Такое бескорыстное соучастие облагораживает, формирует правильное отношение к своей профессии, вызывает гордость за неё. Сегодня насчитывается около 13 тыс. волонтеров-медиков. В прошлом году проведено более 2,5 тыс. профилактических мероприятий, 1,3 тыс. тренировок, почти 100 региональных образовательных программ для добровольцев по профилактике заболеваний, более 700 человек прошли обучение.

Если говорить о медицинских кадрах в целом, то здесь следует, прежде всего, подчеркнуть, что одной из острых проблем долгое время являлось наличие дисбаланса в отрасли. Налицо был дефицит врачей в стационарах и по определённым, как тогда казалось, «хлебным» медицинским профессиям (стоматология, урология, гинекология, косметология). Одновременно с этим существовал дефицит врачей первичного звена, скорой помощи, ряда специалистов «узких» профилей. Чтобы устранить этот дисбаланс, нужно

было действовать очень терпеливо, идти «мелкими шагами» – это же живые люди! Благодаря внедрению механизмов целевой подготовки, мы уже несколько поправили ситуацию. С 2016 г. впервые за последние 20 лет у нас началось увеличение специалистов по таким традиционно дефицитным специальностям, как онкология, рентгенология, анестезиология-реаниматология, патологическая анатомия. Изменилась и ситуация с врачами первичного звена – участковыми терапевтами и педиатрами. В 2017 г. по окончании вузов более 5 тыс. молодых специалистов, которые учились по новым федеральным государственным образовательным стандартам, достойно пройдя аккредитацию, пришли работать терапевтами и педиатрами на участок. Для поддержки их на начальном отрезке трудового пути мы развиваем систему наставничества. Уверена, что старшие товарищи и посоветуют, и поддержат, и помогут им. И, конечно же, помощь начинающим в принятии решений окажут наши информационные ресурсы и электронные системы.

Новые подходы позволили за последние годы снизить коэффициент совместительства. Если на протяжении 10 лет он оставался на уровне 1,54 и выше, то, начиная с 2014 г., мы добились его последовательного снижения: 1,46 – 1,42, сейчас – 1,4. Причём для участковых терапевтов – 1,2, для участковых педиатров – 1,1. Ясно, что пока проблемы в разных регионах сохраняются, но положительная тенденция очевидна. Наряду с целевой подготовкой, нам, безусловно, помогает программа «Земский доктор», которая уже «привела» на село более 29 тыс. врачей. Считаю, мы вели правильную политику, расширяя допуск специалистов к единовременным выплатам. Если исходно в программу включались специалисты в возрасте до 35 лет, то сейчас – до 50. Вначале она распространялась на тех, кто приезжал работать только в сельскую местность, а впоследствии – в рабочие посёлки, посёлки городского типа, моногорода с населением до 50 тыс. человек. В 2016 г. по программе «Земский доктор» пришли работать 4,9 тыс. специалистов, в 2017 г. – более 5 тыс. То есть это реально привлекательно. Хотелось бы отметить, что 70% врачей остаются работать на своём месте более 3 лет. А для нас важен каждый человек в отрасли. С 2018 г. программа распространится и на фельдшеров, частично выполняющих на селе функции врача.

Одним из системных блоков, о котором следует непременно упомянуть, является создание справедливых условий финансового обеспечения. Когда мы начинали в 2012 г., различия в финансировании медицинской помощи в регионах составляли до 25 раз. Настолько выраженной была межрегиональная дифференциация! Впервые с 2013 г. в базовой программе ОМС был введён единый подушевой финансовый норматив, что позволило изменить механизмы доведения субвенций до территориальных фондов ОМС и сделало территориальные программы ОМС бездефицитными. Была сформирована единая тарифная политика, разработаны и внедрены расчёты тарифов на основе клиникостатистических групп, что позволило не только их оптимизировать, но и резко сократить межрегиональные и внутрирегиональные различия.

Удалось значительно повысить зарплаты медицинским работникам, при этом сократив различия в размере зарплат у специалистов одного и того же профиля с близкой квалификацией. В 2012 г. не было рекомендуемой структуры зарплат медицинских работников. И, соответственно, как выяснилось в ходе скрининга, проведённого в начале 2013 г., более чем в 60 регионах доля оклада в структуре зарплат составляла менее 30%. В некоторых территориях, где оклад был ещё ниже – 17-18%. Фактически, большая часть заработной платы была связана со стимулирующими выплатами. Это привело к тому, что, несмотря на значительное увеличение финансовых ресурсов

на заработную плату, из регионов продолжали поступать сигналы о том, что люди на руки получают неадекватно мало. Оклад иногда составлял лишь 4-4,5 тыс. руб. Для решения этой проблемы мы организовали пилотные проекты в ряде регионов, чтобы посмотреть, какой должна быть оптимальная структура зарплаты, позволяющая уйти от несправедливой дифференциации, но при этом сохранить стимулирующие выплаты за особые достижения. И пришли к тому, что оклад должен составлять 55-60% от общей зарплаты. Достичь этого оказалось очень непросто, несколько лет ушло на то, чтобы регионы перешли на новую систему. Путь оказался болезненным, но зато сейчас мы видим совершенно иную ситуацию. Во-первых, оклады и зарплаты увеличиваются, во-вторых, введены прозрачные и понятные критерии, на основе которых осуществляются стимулирующие выплаты. У нас осталось всего 4 региона с окладом внутри заработной платы 27-28%. И они обещали в ближайшее время поправить ситуацию.

Ещё один системный блок – государственно-частное партнёрство. Сегодня мы реализуем свыше 100 проектов ГЧП, которые привлекали в отрасль более 60 млрд руб. инвестиций. С 2011 г. доля частных медицинских организаций в программе ОМС выросла в 4 раза – с 7 до 30%. Это даёт дополнительные возможности для пациентов.

Важно подчеркнуть, что в основе системного развития лежит создание национальной системы здравоохранения, в которой максимально используется весь медицинский потенциал страны, независимо от формы собственности, на основе единых критериев качества медицинской помощи. При этом государственный, ведомственный, частный сегменты имеют не только равные права, но и равные обязанности перед пациентами и медицинскими работниками.

### Вместе с медицинским сообществом

**– Мне неоднократно пришлось общаться с доктором Леонидом Рашалем, который убеждён, что вы – первый министр, который столь внимательно прислушивается к медицинскому сообществу... Почему это важно?**

– Потому что здравоохранение без людей, работающих в отрасли, невозможно. Организация здравоохранения должна быть направлена на создание условий, когда пациент может своевременно получить необходимую качественную помощь, а врач – может максимально реализовать все возможности современной медицины. Без смыслового наполнения, создаваемого медицинским сообществом, вся организация здравоохранения становится просто пустыми управленческими рамками. Поэтому мнение специалистов, их мысли и идеи всегда важны и желанны. Мы только в том случае построим высококачественную и эффективную систему здравоохранения, если будем единым отрядом, и при достижении всех целей и задач у нас будут общие идеология и целеполагание. И, конечно же, при реализации любых процессов модернизации и обновления нашей отрасли главным принципом должен оставаться приоритет интересов пациента. Справедливость и целесообразность всех наших решений измеряется влиянием на пациента. В этом и заключается пациентоориентированный подход.

### Всем миром

**– Недавно в Москве прошла резонансная Первая глобальная министерская конференция по туберкулёзу. Планируете расширять международное сотрудничество? Какой опыт мы можем предложить нашим зарубежным партнёрам?**

– Основанное на общечеловеческих ценностях, здравоохранение относится к наименее политици-

рованным областям жизни. Объединив усилия всех медицинских работников, мы сможем достичь реализации целей ООН в области устойчивого развития, направленных на преобразование и оздоровление нашего мира. Безусловно, российским здравоохранением накоплен немалый опыт, который мы предлагаем зарубежным партнёрам. И наш опыт позитивно и заинтересованно воспринимается мировым сообществом и глобальным здравоохранением.

Благодаря выдвинутой задаче борьбы с туберкулёзом в ранг приоритетных государственных направлений, за последние 8 лет мы снизили смертность от туберкулёза более чем на 60%, заболеваемость – на 37%. Эти результаты очень высоко оценены ВОЗ и ООН. Именно поэтому



Высокотехнологичная помощь становится всё доступнее

нам было предложено провести Первую глобальную министерскую конференцию «Ликвидировать туберкулёз в эпоху реализации целей устойчивого развития: многосекторальный подход», на которую приехали первый заместитель генерального секретаря ООН Амина Мохаммед и весь актив ВОЗ во главе с генеральным директором Тедросом Гебрейесусом. Мероприятие получилось уникальным и знаковым. Оно собрало свыше 100 министров здравоохранения и лиц с высоким политическим статусом более чем из 120 стран мира. Безусловно, для всех участников конференцией признаком высокой политической приверженности явилось выступление на её открытии Президента нашей страны Владимира Путина, который призвал мировое сообщество к объединению усилий. То, что Президент России лично держит на контроле глобальную проблему социально значимых инфекций, является примером для всего мира и позволяет нашей стране добиваться успеха в борьбе с этими болезнями.

Безусловно, есть и иные достижения отечественного здравоохранения, в частности, в борьбе с неинфекционными заболеваниями (НИЗ). Нужно сказать, что Россия инициировала включение темы НИЗ и здорового образа жизни в повестку глобального здравоохранения. И на основе Московской декларации, принятой на Первой глобальной министерской конференции по НИЗ в Москве, были разработаны стратегические положения политической декларации ООН. Россия явилась активным соавтором глобальной стратегии по борьбе с НИЗ, единого плана действий и механизмов его

реализации. По оценкам ВОЗ, сделанным в конце 2016 г., мы вошли в число мировых лидеров по эффективности мер борьбы с НИЗ. Следует отметить, что у нас действительно отмечается позитивная динамика в борьбе с НИЗ. Прежде всего, достаточно резко снизилась смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Разработанная нами сосудистая программа, реализация которой была начата в 2008 г., высоко оценена в мире.

### Загадки мозга, загадки жизни...

**– Скучаете по основной профессии? На основе последних знаний и личного опыта скажите, приблизились мы к постижению**

### Зов предков

**– Вы из врачебной семьи, у вас «медицинские» корни. Расскажите об этом. Нужно ли поддерживать семейственные связи в медицине?**

– На мой взгляд, династичность в медицине – это очень хорошо, а семейственность – плохо. Любая династия вызывает глубокое уважение. Вспоминая своё детство, когда мои родители сначала работали участковыми врачами, а потом поступили в аспирантуру, защитили кандидатские, докторскую диссертации, я могу сказать, что уже тогда на многие проблемы невольно начинала смотреть через призму медицины. Помню, как мне было интересно, когда папа рассказывал о содержании своей диссертации (он как раз тогда её писал): хотя мне было совсем мало лет, меня завораживали открываемые закономерности. В медицинском институте я была Ленинским стипендиатом, за годы обучения у меня не было ни одной четвёрки, но при этом, что бы я ни изучала, особое внимание всегда уделяла неврологии, постижению тайн мозга. Мне это было очень интересно со всех позиций, даже философских.

Вернуть к теме медицинских династий. Для того, кто приходит в профессию сызнова, порой надо прожить всю жизнь, чтобы к старости осознать многие вещи. А тем, кто родился в медицинской семье, повезло: многие истины с детства воспринимаются как само собой разумеющиеся. Поэтому, мне кажется, что династии – это чудесно.

Если говорить про моих предков, я хорошо знаю родословную с XIX века. Дедушка моей бабушки был профессором Военно-медицинской академии, учеником профессора Сергея Боткина. В 1896 г. защитил докторскую диссертацию. Затем был основателем и первым деканом медицинского факультета Нижегородского университета, возглавлял сразу две кафедры терапевтического профиля. Хотя, говорят, что прапрадед – не первый в семье врач, что его дедушка тоже был врачом. Не знаю, документального подтверждения я не видела.

### Поверяя свои поступки с тем, что над нами

**– Несмотря на режим работы, вы всегда в форме, прекрасно выглядите. В чём секрет?**

– Конечно, нужно заботиться о здоровье, стараться вести здоровый образ жизни. Но, мне кажется, очень важно также – никогда не держать в душе зла. Даже против врагов, потому что они – очень мощный положительный фактор в жизни каждого, который посылается для того, чтобы человек мог дополнительно совершенствоваться, выковырять свои личностные качества, что-то новое понимать о жизни. Поэтому доброе отношение к людям, желание осмыслить всё, что происходит, через конкретных людей, я так думаю, и даёт некую положительную обновляющую энергию.

**– На форумах, пресс-конференциях вы держитесь уверенно, спокойно, вызываете искреннюю симпатию у слушателей. Как удаётся сохранять душевное равновесие? Дайте совет читателям «МГ», своим коллегам...**

– Совет очень простой. Надо пытаться служить добру. Верить в то, что добро не просто есть, оно всегда побеждает, оно – над людьми. Нужно любить окружающих. И, если есть возможность, помогать и совершать добрые дела. Обязательно. Раз вам посылается такая возможность, нельзя её не реализовать. Всё не случайно в нашей жизни...

Беседу вёл  
Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».

Слово «офтальмология» буквально в переводе с греческого означает «учение о глазе», однако в обиходе оно давно воспринимается просто как раздел клинической медицины, где занимаются лечением пациентов с заболеваниями органа зрения. Причём, данная область медицины считается самой быстро развивающейся в плане технологий и оборудования. Это наводит на мысль, что все загадки причин и механизмов развития «глазных» патологий разгаданы, впереди – только апгрейд офтальмохирургического оборудования и создание новых линз с ещё более высокой маркетинговой привлекательностью.

Так есть ли в современной офтальмологии место «учению» или она превратилась исключительно во врачебное ремесло? Свою точку зрения по этой теме в интервью «МГ» высказал заместитель генерального директора по научной работе МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, доктор медицинских наук, профессор Борис МАЛЮГИН.

– Борис Эдуардович, наверно, мой вопрос кажется вам странным, учитывая, что вы – автор более ста патентов на изобретения, а это и есть результат научной мысли? Но, скажите, как врачи вашей специальности находят время на исследовательскую деятельность, если хороший офтальмолог выполняет в год 400 и более операций? Нет ли в этом случае подмены понятий, когда наукой называют конструирование или статистическую обработку данных?

– Для начала хотел бы внести ясность: офтальмология – весьма наукоёмкая область медицины, в ней всегда существенное место занимала прикладная наука. Это разработка новых моделей искусственных хрусталиков, дренажных систем, микрохирургических инструментов, лазеров, микроэндоскопов, методик оперативного лечения и т.д. Все эти новшества – приборы, инструменты, имплантаты – надо внедрять, апробировать в клинике, анализировать положительные и, возможно, отрицательные свойства. Это в чистом виде прикладная научная работа, но разве её значение в медицине меньше, чем значение фундаментальных исследований? Кроме того, в данный процесс вовлечены инженеры, химики, физики, компьютерщики. При этом происходит интенсивный обмен знаниями: идеи, рождающиеся у практикующих врачей, подхватываются учёными и компаниями-производителями, и на этой основе появляются не просто новые, а нередко и инновационные продукты.

Конечно, у фундаментальной науки в современной офтальмологии есть достойное место. Один пример: относительно недавно в офтальмологию был внедрён принципиально новый метод диагностики, основанный на сканировании структуры глаза лазером – оптическая когерентная томография. Это технологический прорыв, который дал нам возможность оценивать структуру глаза с микроскопической точностью, разрешением 3-5 микрон. С помощью последнего поколения оптических томографов мы визуализируем клеточные слои сетчатки, видим то, что ранее не было доступно офтальмологу даже при использовании линз с самым большим увеличением. Появилась платформа для изучения новых аспектов, казалось бы, уже давно изученной патологии сетчатки, для прогнозирования развития заболевания, формирования более точных критериев отбора пациентов для хирургического лечения. И это в полной мере – заслуга физиков, представителей фундаментального крыла данной науки.

– То есть изначально вы – врачи – обращаетесь с предложениями к «большой» науке, а не она к вам?

– Пока в основном мы к ней. К примеру, нужно разобраться в природе патологии или разработать новый вид лечения, но нам для этого недостаточно собственных экспериментальных ресурсов. И мы ищем среди академических институтов, научных организаций Минздрава, ФМБА России партнёров, у которых есть инструменты для очень точной научной экспертизы, есть сильные коллективы фармакологов, химиков,

рального научно-клиническом центре физико-химической медицины ФМБА, где очень сильная команда молекулярных биологов и генетиков.

Кроме того, мы проводим с этим центром совместные исследования в области патологии роговицы, а именно изучаем генетические особенности врождённых заболеваний, таких как кератоконус и первичная эндотелиальная дистрофия роговицы. Проблема лечения и профилактики кератоконуса является одной из самых сложных в офтальмологии. Эта сложность обусловлена тем, что

го интереса. Это уникальная структура глаза не только по своим оптическим функциям, но и потому, что в роговице много до сих пор непознанного. Например, почему она прозрачна, почему ткань роговицы не прорастает сосудами? Есть примерное представление о причине этого феномена, однако до конца он так и не расшифрован. Кстати, именно за счёт данной особенности приживление роговицы после её трансплантации происходит намного лучше в отличие от васкуляризованных органов. Но иногда сосуды в роговице

## Авторитетное мнение

# Болезни глаз — через призму науки

Какие офтальмологические технологии можно считать по-настоящему прорывными?



Б.Малюгин

– Кстати, о физиках. Два с лишним года назад бывший президент РАН академик Владимир Фортов предложил сформировать национальный научный проект «Физика – медицине», который позволил бы объединить усилия клиницистов и представителей академической науки в решении насущных задач медицины. Времени прошло достаточно, но о том, что такой проект сформирован, ничего не слышно...

– Такой научный проект был бы крайне важен. Представители фундаментальной науки могут долгие годы выращивать в лабораториях клетки, получать за это международное признание и даже Нобелевские премии. Всё это правильно, но любое биомедицинское исследование ценно своим финалом – практическим применением, чтобы принести пользу больному человеку, вылечить его или же облегчить страдания. Иначе зачем все эти титанические усилия?

Поэтому так важно взаимодействовать врачам и учёным, перекидывать мостики от научных лабораторий к клинической практике. Мы – а в данном случае я говорю об МНТК «Микрохирургия глаза» – стараемся такие мостики выстраивать.

генетиков, специалистов в области клеточных технологий, биоинформатики.

К примеру, офтальмологи лечат пациентов с возрастной макулярной дистрофией инъекциями в глаз препаратов, ингибирующих фактор роста эндотелия сосудов. Во многих случаях удаётся достичь весьма хороших результатов, но у ряда больных эта терапия абсолютно безрезультатна. В чём секрет? Может быть, отсутствие ответа на терапию является следствием неких особенностей «биологии» пациента? В поиске ответа на этот вопрос возникла идея сравнить генотипы тех людей, у которых терапия эффективна, и тех, у кого положительного эффекта после лечения не достигнуто. Уверен, что работа в этом направлении крайне перспективна.

– По итогам исследования будут сформированы показания и противопоказания к данному виду лечения?

– Да, цель именно такая. Говорить о завершении работы пока рано, но несколько генетических предикторов риска неэффективной лекарственной терапии макулодистрофии уже выявлено. Научные исследования в этом направлении проводятся как за рубежом, так и в России, в частности, в Феде-

клад собственно генетики в развитие кератоконуса – всего 20-30%, остальное – другие факторы, дополняющие и усиливающие генетическую предрасположенность и до конца непонятные исследователям.

В России прежде никто и никогда не занимался генетикой кератоконуса, мы первыми сформулировали гипотезу, что причиной его прогрессирования может быть генетическая детерминированность воспалительных каскадов клеточных реакций. В течение 2 лет – именно на такой срок рассчитан совместный научный проект нашего института и ФНКЦ физико-химической медицины, который поддержан грантом Российского фонда фундаментальных исследований, – нам предстоит подтвердить либо опровергнуть это предположение. И, если мы докажем нашу теорию, то выйдем на создание принципиально нового класса лекарственных препаратов для терапии начальных стадий кератоконуса. То есть получим возможность останавливать прогрессирование патологии и не доводить дело до необходимости выполнять сложнейшие хирургические вмешательства, в том числе пересадку роговицы.

– Разве можно с помощью глазных капель компенсировать дефект генома?

– Можно. Лекарственный препарат, о вероятной разработке которого идёт речь, будет представлять собой специфические антитела, которые подавляют выработку отдельных белков, и обладают потенциалом блокировать молекулярные механизмы прогрессии кератоконуса. Аналоги такого подхода есть в других разделах медицины, и мы видим, что это в принципе работает. Попытаемся использовать этот подход в офтальмологии, если, повторюсь, наша гипотеза подтвердится.

– Кто-то ещё в мире работает над поиском ответа на данный вопрос?

– Да, по меньшей мере, четыре-пять научных групп. Но каждый коллектив исследователей идёт в своём направлении, мы не дублируем друг друга.

Роговица вообще является сферой активного научно-

всё-таки появляются, и нам приходится с этим патологическим процессом бороться.

Одним словом, роговица является частью организма, но как бы живёт обособленной жизнью, по своим биологическим законам. И это притягивает к ней интерес учёных.

– Среди других структур глаза или болезней органа зрения есть ещё столь же загадочные?

– Есть ещё немало заболеваний, до сути которых мы, с одной стороны, вроде как докопались, и понимаем как их лечить. Однако в целом ряде случаев существующие методы лечения не дают ожидаемого результата. К примеру, глаукома – болезнь известная много сотен лет, при которой происходит атрофия зрительного нерва в результате повышения внутриглазного давления. Давление можно корректировать с помощью лекарственных препаратов, которые необходимо закапывать в глаза. Однако, несмотря на лечение, у части пациентов всё равно продолжается прогрессирование глаукомы. Почему это происходит? Не эффективен препарат или дело в чём-то другом? В фокусе внимания исследователей сейчас соблюдение пациентами назначенного режима лечения. Эта проблема характерна для многих хронических заболеваний, особенно у людей преклонного возраста.

Отсюда возникла необходимость организовать комплексный контроль, то есть проверить, насколько точно больной выполняет предписания врача. Офтальмологи поставили перед физиками задачу – придумать, как провести суточный мониторинг внутриглазного давления у пациента вне врачебного кабинета. Физики предложили идею специальной контактной линзы, которая устанавливается на глаз пациенту, и в течение суток через регулярные промежутки времени измеряет внутриглазное давление и передаёт показания на компьютер. Анализ мониторинга даст ответ на вопрос, в чём именно причина терапевтической неудачи. Такая контактная линза уже создана и проходит клинические испыта-

ния. Правда, к сожалению, она создана не у нас в стране.

– Так же как и бионический протез глаза. Честно говоря, меня удивила раздутая сенсация вокруг первых двух выполненных в России операций имплантации бионического глаза. Можно ли относиться к этому, как к успеху отечественной офтальмологии, учитывая, что технология полностью зарубежная, а задача российского хирурга состояла лишь в том, чтобы под контролем приглашённых зарубежных специалистов имплантировать прибор пациенту?

– В моём понимании, любое движение вперёд, особенно в лечении такой сложнейшей патологии – это благо. Такой технологии ранее в России не было, а теперь она появилась, и у наших специалистов появился собственный опыт. Да, на данном этапе это зарубежный прибор, но разве мы мало используем импортной техники в современной медицине? Хочется верить, что внедрение этой технологии станет основой для собственных, российских научных и технологических разработок, будь то бионический глаз, бионический орган слуха или бионическая рука.

– А эту технологию восстановления зрения в принципе можно считать прорывом в офтальмологии?

– Пока не могу так сказать. Замысел превосходный – реабилитировать очень тяжёлую группу незрячих пациентов. Погибшие клетки сетчатки не способны воспринимать свет, но можно его уловить при помощи чипа и передать сгенерированный электрический импульс, минуя поражённую ткань, непосредственно в зрительный нерв и далее – в кору головного мозга.

На данном этапе величина зрительных функций, которые получает человек с имплантированным бионическим глазом, намного меньше, чем тот, который требуется для полноценной ориентации в пространстве. Сейчас пациент после такой операции может различать чёрный и белый цвета, видит контуры и очертания предметов. И это уже крайне важно. Однако, прорывом это станет тогда, когда достигнута острота зрения будет равна хотя бы 20-30%, когда пациент приобретёт возможность читать тексты. После этого я бы говорил, что это действительно серьёзный научно-технологический прорыв.

– Теоретически такое возможно?

– Теоретически – да. А практические бионические протезы в мире уже лет двадцать как существуют, но пока не дают тех результатов, о которых я говорю. В этом направлении активно работают учёные в Японии, Австралии, Германии, США, Франции. Некоторые из этих групп предлагают нам для апробации свои варианты бионического протеза глаза.

– Вы будете этим заниматься?

– Несомненно, да. Нам это интересно в плане научных исследований и усовершенствования технологии. Но говорить о том, что «Микрохирургия глаза» либо какая-то другая офтальмологическая клиника в России в ближайшей перспективе поставит эту операцию на поток, увы, не приходится.

Все прекрасно понимают, что производители бионических протезов ищут в качестве

партнёров те страны, на рынке которых они смогут реализовать как можно больше своей продукции. И в этом рейтинге первым номером США, затем – наиболее богатые страны Западной Европы и Япония. К сожалению, стоимость имплантата в районе 150 тыс. долл., и это очень дорого, чтобы поставить такую операцию на поток в нашей стране. Надеюсь, что российские производители создадут отечественный вариант бионического глаза, который будет не только конкурентоспособен по своим свойствам, но и значительно более приемлем по цене.

– Вы часто бываете на международных научных форумах. Можете сравнить уровень исследований в области офтальмологии, которые проводят российские учёные и зарубежные?

– Картина неоднородная: по каким-то направлениям лидируют научные группы из России, по каким-то вперёд выбиваются коллеги из других стран. Утверждать, что российская медицинская наука проигрывает перед западной, совершенно несправедливо и в корне неверно.

У нас в стране впечатляющие успехи достигнуты в направлении разработки лазерных офтальмохирургических установок. Отечественные лазерные системы работают ничуть не хуже, а по некоторым параметрам – лучше зарубежных.

В России неплохо обстоят дела в области материаловедения, а именно разработки материалов для имплантатов, необходимых в офтальмохирургии. На основе отечественных научных разработок фотополимеризуемых биополимеров один из российских производителей изготавливает искусственные хрусталики, модели искусственной роговицы и искусственной радужки, которые абсолютно конкурентоспособны. Мои зарубежные коллеги-офтальмологи говорят, что с нетерпением ждут выхода российской искусственной радужки на мировой рынок. Пока там монополия одной немецкой компании, которая держит слишком высокие цены.

– Борис Эдуардович, на ваш взгляд, в России есть условия для того, чтобы учёные могли реализовать свои замыслы? Я имею в виду технологические и финансовые возможности для проведения научного поиска.

– Мне кажется, есть. Конечно, создать условия, которые устраивали бы всех и всегда, непросто. Науке постоянно не хватает денег, и нелегко сказать, что у нас в стране учёные относятся к числу высокообеспеченных людей. Но в принципе сегодня появились разные варианты реализации научных проектов, надо просто их искать и использовать. Я ни в коей мере не склонен идеализировать. Уверяю вас, везде есть свои проблемы. Может быть, их ракурс различен, но они есть и в нашей стране, их немало и за рубежом. Мне интересно работать в России, в моём родном институте и как врачу, и как исследователю. Здесь сложилась хорошая команда единомышленников, и здесь можно добиваться самых высоких научных результатов.

Беседу вела  
Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Работают мастера

# «Новые» ножки

## Как хирургическая коррекция по программе ВМП стала в Челябинске почти обычным делом



Улыбка как знак благодарности

**История актрисы из Верхнего Уфалея Инны Седовой сюжетом напоминает андерсеновскую «Русалочку». О нормальной обуви и возможности ходить без боли женщина мечтала ровно половину жизни. Ещё в 18 лет обычная ангина обернулась грозным осложнением, которое врачи обозначили как ревматоидный артрит. Началась деформация стоп, вылезли косточки, пальцы сложились друг на друга.**

Семь лет назад врачи рекомендовали операцию, но предупредили, что каждый палец придётся оперировать отдельно и восстановление займёт не один год. Тогда на руках был маленький ребёнок, и от операции пришлось отказаться.

В этом году в районную больницу приехала бригада врачей Челябинской областной клинической больницы. От них Инна узнала о новой методике и, не раздумывая, согласилась на операцию. Через 2 месяца, когда зажила одна стопа, прооперировали вторую. Уже через месяц артистка носила нормальную обувь и даже играла в спектакле. «Конечно, ревматоидный артрит никуда не денется, его нужно будет постоянно профилактировать и лечить, но – самое главное, исчезла боль, убрали деформацию, я теперь смогу выбрать себе удобную обувь, уже мечтаю как пойду выбирать себе босоножки на лето. У меня ни одного шрама нет на пальцах», – говорит она.

Ревматоидный артрит поражает мелкие суставы стопы.

Как правило, это сопровождается выраженной вальгусной деформацией первого пальца, появляется косточка на стопе, искривляются пальцы, такая деформация приводит к мозолям как на подошве, так и на пальцах; ношение любой обуви становится практически невозможным.

В такой ситуации встаёт вопрос о хирургической коррекции. «На данный момент оснащённость нашей операционной позволяет устранять деформацию минимально инвазивным способом через прокол, – пояснил врач ортопед-травматолог больницы Руслан Хайрутдинов. – Раньше таких больных не оперировали, потому что это была очень большая и разрушительная операция».

Вальгусная деформация исправляется с помощью суставосберегающей операции Клейтона – Хоффмана. Через небольшой разрез пересекается кость, сдвигается в естественное положение и фиксируется винтом. Головки суставов 2-й, 3-й, 4-й плюсневых костей резецируются, так как они не функциональны. При этом пальцы остаются, функционируют за счёт мышц, но убирая разрушенные суставы, мы избавляем пациентов от боли и получаем хороший косметический эффект. Кроме того, эта методика позволяет пациентам достаточно быстро реабилитироваться. В основном это проблема пожилых пациентов, которым важен функциональный результат. Но в последнее время стали чаще обращаться и достаточно молодые женщины, которые получили такую деформацию стопы в ре-

зультате наследственно-сти или из-за постоянного ношения неправильной обуви – узкой, на высоком каблуке, с неудобной колодкой. Изменилась и методика обезболивания во время операций на стопе. Специалисты ЧОКБ используют проводниковую анестезию под контролем УЗИ.

«При помощи УЗИ-аппарата визуализируем нерв и ставим катетер к нерву, – уточнил анестезиолог-реаниматолог Игорь Глазнов. – Это позволяет про-

водить анестезию с помощью одного лишь прокола, обезболить только одну конечность, которую мы оперируем. После операции через катетер продолжается обезболивание до утра, уже не нужны сильные анальгетики, и на следующие сутки мы катетер убираем».

Анестетик подаётся с помощью автономной помпы, с которой пациент может двигаться, есть, пить и не вспоминать о боли. Раньше при таких вмешательствах использовалась спинно-мозговая и общая анестезия, пациенты были вынуждены долго соблюдать постельный режим, могли получить осложнение в виде головной боли. Сейчас это в прошлом. Во время операции пациент находится в сознании, ему проводится лишь небольшая седация, чтобы было комфортно.

В год отделение травматологии и ортопедии ЧОКБ выполняет более 600 операций на стопе. В том числе операцию Клейтона – Хоффмана при ревматоидной деформации стоп, удаление косточек на стопе миниинвазивным методом, эндопротезирование первого плюснефалангового сустава керамическими протезами.

Вмешательства на стопе производятся по программе высокотехнологичной медицинской помощи. Направить на операцию может травматолог или ревматолог в поликлинике по месту жительства. Таких «штучных пациентов» госпитализируют вне очереди.

Наталья МАЛУХИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

**Одной из главных причин высокой смертности российского населения является избыточное потребление алкоголя. Так, в Российской Федерации смертность мужчин, обусловленная потреблением алкоголя, в 5 раз выше аналогичного показателя в Западной Европе. В структуре различных причин смертности больных алкоголизмом основное место занимают смертельные исходы от соматических заболеваний – 58%. Вывод сделан на основе анализа 5122 случаев смерти больных алкоголизмом по данным наркологической службы.**

### Факты, которых не замечали

Высокое потребление алкоголя в России – это около 30% смертности мужчин и 15% – женщин, оно приводит к преждевременной, предотвратимой смерти около 500 тыс. человек ежегодно. Хорошо известны негативные эффекты спиртосодержащих напитков на печень, сердце и головной мозг, однако о том, что «органом-мишенью» являются лёгкие, знают далеко не все врачи и мало кто из употребляющих эти напитки. В то же время среди соматической патологии, ставшей причиной смерти больных алкоголизмом, заболевания органов дыхания занимают первое место (!) – 49,6%. Лица с синдромом алкогольной зависимости (САЗ) составляют до 17% пациентов пульмонологических отделений.

Поражение лёгких у лиц, злоупотребляющих алкоголем, встречается в 3-4 раза чаще.

### Особенности патогенеза заболеваний органов дыхания

Поражение бронхолёгочной системы обусловлено в том числе непосредственным токсическим влиянием на эпителий бронхов и альвеолярную стенку выделяющегося через дыхательные пути алкоголя и продуктов его распада. Именно через лёгкие выводятся около 5% продуктов распада алкоголя, в том числе и крайне токсичного ацетальдегида, что приводит к повреждению лёгочной ткани. Большое значение имеют сопутствующие хроническому алкоголизму нарушения сосудистой проницаемости и сосудистого тонуса. Непосредственное воздействие паров спирта на слизистую оболочку дыхательных путей и ткань лёгких приводит к отмиранию и слущиванию эпителия альвеол, бронхиол, бронхов. Процесс некроза и слущивания создаёт благоприятные условия для размножения микроорганизмов. Этому способствует также значительное снижение антиоксидантов и накопление свободных радикалов, что очень характерно для лиц, избыточно потребляющих алкоголь. Пары спирта и этанол, содержащийся в крови, омывающий ткани органов дыхания, разрушает эластическую ткань лёгких, что нередко вызывает эмфизему лёгких. Немалое значение имеет снижение иммунитета у лиц, злоупотребляющих спиртными напитками. По этой причине они часто страдают простудными заболеваниями. Алкоголь оказывает отрицательное действие на органы дыхания через центральную и периферическую нервную системы. Известно, что малая доза алкоголя, воздействуя на центры мозга, управляющие работой лёгких, усиливают дыхание, а массивные дозы спиртных напитков угнетают дыхание, вплоть до полной его остановки. Помимо токсического воздействия алкоголь вызывает обезвоживание организма в целом и слизистых оболочек в частности. Это нарушает защитные функции слизистой и «открывает ворота» для патогенной микрофлоры. В условиях пониженного иммунитета активизируется и палочка Коха. По наблюдениям специалистов, большинство случаев туберкулёза лёгких развивается на фоне хронического алкоголизма. У этих больных туберкулёз лёгких развивается в 18 раз чаще.

Патоморфологически при хронической алкогольной интоксикации в

лёгких обнаруживаются утолщение и склероз стенок сосудов, периваскулярная клеточная инфильтрация с разрастанием соединительной ткани. Весьма характерно переполнение кровью капилляров и мелких вен, нередко сочетающееся с кровоизлияниями в ткань лёгких, слизистую оболочку бронхов и трахеи, висцеральную плевру. Сосудистые нарушения неизменно сочетаются со склеротическими процессами в интерстициальной ткани лёгких и атрофией лёгочной паренхимы. Параллельно развивается токсический алкогольный трахеобронхит, для которого типично повреждение

или незначительный) и физикальная симптоматика. Часто отсутствует лечение на догоспитальном этапе (позднее обращение больного к врачу, отсутствие или недостаточная приверженность к лечению). Обычно клинически доминируют симптомы общей интоксикации, может быть поражение центральной нервной системы (делириозное состояние).

### Хроническая обструктивная болезнь лёгких

Респираторный тракт – общая точка приложения токсических

### Алкоголь и бронхиальная астма

Клинические исследования подтверждают, что потребление алкоголя усугубляет течение бронхиальной астмы. В экспериментальных исследованиях выявлено, что однократное пероральное воздействие алкоголя уже через 30 минут провоцирует у аллерген-сенситивизированных животных развитие в лёгких астма-подобного воспаления, дегрануляцию более 74% тучных клеток; увеличение продукции муцина и уровня эотаксина-2 в 5 раз, увеличение количества эозинофилов в бронхоальвеолярной

группой датских эпидемиологов, но уже охватывающим почти 20 тыс. человек (19 349), целью его было выявление взаимосвязи между количеством потребляемого алкоголя и риском развития бронхиальной астмы. Авторы обнаружили более высокий риск развития астмы (относительный риск = 1,13) у тех лиц, кто употреблял  $\geq 4$  доз алкоголя/сутки). Ещё один «забавный» факт: риск возникновения бронхиальной астмы оказался самым низким (3,3%) у тех людей, кто предпочитал вино, по сравнению с любителями пива (4,3%) и теми, кто употреблял разные спиртные напитки (4,4%).

Существуют специальные анкеты и опросники, позволяющие оценить количество употребляемого алкоголя. Очень удобными для общеврачебной практики являются краткая версия шкалы АУДИТ – АУДИТ-С (первые 3 вопроса шкалы АУДИТ) и опросник CAGE. Тест АУДИТ (AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test) – это разработанный Всемирной организацией здравоохранения опросник, состоящий из 10 вопросов и применяющийся для получения подробной информации о характере потребления алкоголя. Этот тест можно использовать для выявления недавнего злоупотребления алкоголем, потребления с вредными последствиями, а также и возможной алкогольной зависимости.

По нашим данным, результаты анкетирования с помощью этих анкет амбулаторных больных терапевтического профиля в 2 крупных городах РФ показали, что 36% мужчин и 13,4% женщин из принявших участие в анкетировании хотят уменьшить потребление алкоголя. Такие данные можно рассматривать почти как призыв к помощи. Однако лишь немногие из них, согласно данным анкетирования, обратились бы к наркологу (при этом ещё не факт, что действительно обратятся), и ещё меньше больных – к лечащему врачу. По-видимому, нежелание обращаться к наркологу связано с определёнными возможными социальными последствиями такого шага, а в отношении лечащего врача многие больные считают, что он не обладает должным объёмом специальных знаний по данному вопросу (это мнение больных во многом обосновано, к сожалению). Поэтому подавляющее большинство опрошенных больных предпочитают или предпочитали бы справиться с проблемой избыточного употребления алкоголя самостоятельно. Налицо необходимость более широкого информирования как врачей соматического профиля, так и пациентов о современных взглядах на вопросы употребления алкоголя, его влияния на течение их соматических заболеваний и на эффективность лекарственных препаратов, применяемых для лечения соматических заболеваний, а также о современных подходах к коррекции избыточного потребления спиртных напитков (как немедикаментозных, так и медикаментозных).

Какие же дозы алкогольных напитков можно считать безвредными для здоровья всех органов и систем, в том числе органов дыхания? Эксперты ВОЗ считают безопасным для здоровья, если мужчина употребляет не более 3-4 доз в день или 21 доз в неделю, а женщина – не более 2 стандартных порций (доз) в день или 14 порций в неделю. В 0,5 л водки (40% alc.) содержится 16 «дринков», в 0,5 л пива (5%) – 2 «дринка», в 0,75 л вина (13%) – 8 «дринков» (1 стандартный «дринк» = 10 г чистого алкоголя или 12,7 мл спирта). Одна стандартная порция (1 дринк) = 30 мл (40% alc.) водки/виски/коньяка, 250 мл пива (5%), 100 мл вина (13%).

И в заключение хотелось бы привести слова А.Линкольна: «Давно стало ясно, что, когда мы говорим об алкоголе, проблема не в потреблении чего-то плохого, а в избыточном потреблении чего-то хорошего».

**Ольга ОСТРОУМОВА,**  
профессор кафедры факультетской  
терапии и профболезней  
Московского государственного  
медико-стоматологического  
университета им. А.И.Евдокимова,  
доктор медицинских наук.

### В клиниках и лабораториях

# Алкоголь убивает лёгкие

## Поражение органов дыхания при избыточном употреблении спиртосодержащих напитков

эпителия слизистой оболочки бронхов с атрофическими и деструктивными процессами, вовлечением перибронхиальной ткани.

В то же время связывать лёгочную патологию у алкоголиков только с токсическим воздействием алкоголя и продуктов его распада было бы неправильно, так как большинство из них ещё и много курят.

### Острые пневмонии

Хорошо известно, что систематическое злоупотребление алкоголем пневмонии имеют тенденцию к тяжёлому и затяжному течению, склонность к деструкции. Так, по данным американских авторов (R.Saitz et al.), среди госпитализированных по поводу пневмоний лиц, не имеющих алкогольного анамнеза, проведение интенсивной терапии потребовалось у 12%, а при наличии хронической алкогольной интоксикации – в 18% случаев, хотя смертность в этих группах и не различалась (10% в обеих группах). Согласно российским данным (Л.Алексаиян и соавт.), госпитальная летальность при внебольничных пневмониях в целом составляет 2,89%, а у лиц, злоупотребляющих алкоголем, она достигает 4,21%. Это вполне закономерно, поскольку на фоне хронической алкогольной интоксикации пневмонии нередко приобретают затяжной характер, до 60% случаев составляют деструктивные пневмонии, в то же время деструктивные и очагово-сливные пневмонии составляют 85% всех случаев, закончившихся летально.

Среди возможных факторов, существенно отягчающих течение пневмоний, выделяют общие, местные и сопутствующие. К местным относят нарушение синтеза сурфактанта, атрофию мерцательного эпителия, изменение качества бронхиального секрета, нарушение сосудистой проницаемости и микроциркуляции, хронический воспалительный процесс в бронхах, часто с бронхообструкцией, эмфизему лёгких, пневмосклероз, дыхательную недостаточность, лёгочную гипертензию. Среди общих факторов упоминаются гиповитаминоз, различные гормональные нарушения, иммунодефицит, изменение метаболизма лекарственных средств, нарушение дезинтоксикационной функции печени. Из сопутствующих самыми значимыми являются курение, охлаждение, аспирация.

Имеется и ряд клинических особенностей пневмонии у злоупотребляющих алкоголем лиц: скудные жалобы (может быть только повышение температуры тела и общая интоксикация; кашель отсутствует

эффектов алкоголя и табака. ХОБЛ и алкоголизм являются причиной гипоксии. Нарушение бронхиальной проходимости приводит к дыхательной недостаточности. Повреждение этанолом предполагает, в первую очередь, поражение сосудистых и клеточных мембран, что вызывает дистрофические, некротические, атрофические и склеротические изменения в сосудах микроциркуляции и артериях более крупного калибра; нарастание объёма эритроцитов, ригидности их цитолеммы и нарушением кровотока. Сочетание этих процессов приводит к хронической гипоксии. Одновременно с деструктивными морфологическими изменениями развиваются приспособительные компенсаторные процессы, в том числе перифокальная эмфизема лёгких.

Выявлено большое количество (до 70%) избыточно употребляющих алкоголь среди госпитализированных по поводу ХОБЛ больных. На III стадии синдром алкогольной зависимости отягчает течение ХОБЛ, риск смерти от ХОБЛ увеличивается (индекс BODE возрастает в связи с ухудшением толерантности к нагрузке). Причиной этому служат вышеописанные морфофизиологические механизмы: угнетение частоты биения ресничек эпителия бронхов высокими дозами алкоголя, поражение сосудистых и клеточных мембран, что вызывает дистрофические изменения в сосудах микроциркуляции и приводит к хронической гипоксии, развитию компенсаторных процессов (эмфизема лёгких), скомпрометируемость иммунных защитных механизмов бронхов и альвеол.

Злоупотребление алкоголем значительно повышает смертность при ХОБЛ. Так, в 2009 г. в одном из самых авторитетных журналов Lancet была опубликована статья, об относительном риске смерти у российских мужчин (возраст от 15 до 74 лет) в зависимости от количества употребляемой водки в неделю, в качестве контрольной группы выступили наши соотечественники, употребляющие менее 0,5 бутылки водки (или эквивалентных доз других спиртных напитков) в неделю. Оказалось, что риск смерти от ХОБЛ у мужчин, употребляющих от одной до трёх бутылок водки в неделю, был высокодостоверно выше – относительный риск 1,40 (95% доверительный интервал 1,21-1,62). А у тех, кто употреблял 3 и более бутылок водки в неделю, риск смерти от ХОБЛ достигал 1,79 (95% доверительный интервал 1,53-2,10).

лаважной жидкости в 7 раз, увеличение уровня IL-13 в 10 раз. При этом сочетанный алкоголь-индуцированный ринит обнаруживают у 13-24% лиц.

Иммунопосредованные реакции на алкоголь в виде симптомов бронхиальной астмы и др. (острая крапивница, дерматит, анафилаксия) встречаются не так часто, как другие проявления аллергических реакций на алкоголь, однако они более тяжёлые по своим проявлениям и последствиям. Развитие их после приёма пива связывают с гиперчувствительностью к неспецифическим липид-транспортным белкам. В то же время в их развитии могут участвовать специфические протеины злаков и дрожжи. Представляет интерес тот факт, что «аллергия» на пиво, далеко не всегда сочетается с реакциями, развивающимися при употреблении продуктов из ячменной или пшеничной муки, и также не всегда сочетается с бронхиальной астмой при вдыхании муки («астма пекаря»). Возможным объяснением этого феномена является то, что причинно-значимые аллергены претерпевают изменения в зависимости от переработки ячменя.

По данным датских исследователей, из опрошенных в 2006 г. в Копенгагене 4242 человек (возраст 18-69 лет) около 14% указали на алкоголь-индуцированные симптомы со стороны верхних или нижних дыхательных путей (7,6 и 3,2% соответственно). В качестве триггера были названы все виды напитков, однако наиболее часто появление этих симптомов было связано с употреблением красного вина. При этом у лиц, страдающих аллергическим ринитом и бронхиальной астмой, реакции встречались достоверно чаще.

Как уже было упомянуто выше, значительное количество алкоголя попадает в лёгкие и метаболизируется через окислительный и другие пути, а избыточное употребление таких напитков оказывает токсическое воздействие непосредственно на альвеолярный эпителий лёгких. Имеются эпидемиологические данные, что до 33% пациентов с бронхиальной астмой, отмечают ухудшение симптомов заболевания после приёма алкоголя, чаще вина. Обычно подобные реакции на алкоголь выражены умеренно и чаще встречаются у женщин. Особенно чувствительны к алкоголю те больные, у которых обострения астмы связаны с приёмом аспирина. Алкоголь-индуцированное ухудшение респираторных симптомов часто встречается также и у пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких.

Заслуживает особого внимания исследование, проведённое той же

**Особенности психического развития человека в пожилом возрасте складываются из нескольких тесно связанных факторов, обусловленных изменением его биосоциального статуса. Они проявляются в механизмах и движущих силах его психического развития, в динамике когнитивных и креативных процессов, в изменении структуры личности. Все эти параметры в период старения несут личностные особенности.**

**Надо жить, а не выживать**

Процесс старения в определённой части может быть управляемым, а интеллектуальное участие личности в сохранении индивидуальной организации и регуляции её дальнейшего развития в период геронтогенеза должно усиливаться. Чтобы жить, а не выживать, пожилым необходима глубокая устойчивая психологическая и физическая работа над собой. Большинство людей этого возраста используют структуру своего жизненного опыта для сохранения имеющихся знаний и приобретения новых, могут в значительной степени развивать некоторые свои способности и даже проявлять новые. Отсюда вытекает ключевой фактор сохранения психического здоровья – переход от патерналистской модели к модели, ориентированной на пациента и управляемой самим пациентом. При оценке изменений личности стареющих людей чаще всего отмечаются негативные признаки, которые формируют психологический «портрет» старого человека в таких красках, как низкая самооценка, пессимизм, опасения одиночества и беспомощности, раздражительность, отсутствие интереса к новому, эгоцентричность, повышенное внимание к своим болезням. Безусловно, у значительной части пожилых в интеллектуальной сфере появляются трудности – в приобретении новых знаний, в приспособлении к непредвиденным обстоятельствам, а в эмоциональной сфере – к усилению аффективных реакций. Однако большинство умеют управлять эмоциональной сферой: подавлять свои отрицательные эмоции, обладающие огромной разрушительной силой, настраивать свою психику на положительные эмоции, сохраняющие здоровье, формирующие психологическую базу активного долголетия.

Особое влияние на психику человека оказывает страх смерти. Философы, от Платона и Аристотеля до наших дней, религиозные деятели и представители естественных наук стремились и стремятся в своих суждениях преодолеть трагизм смерти. Эпикур утверждал: «Смерть для человека реально не существует, он с нею не встречается: пока он есть – смерти нет, когда же она есть – его нет». При анализе своего предстоящего ухода из жизни, обозревая её, пожилой человек может испытывать удовлетворение или разочарование. Если он осознаёт свою жизнь как целостность, как единство замыслов и реальности, он уравновешен, спокойно смотрит в будущее, а смерть воспринимает как естественный конец жизни. Если же человек приходит к печальному выводу, что жизнь прожита зря и состояла из разочарований и ошибок, то страх смерти становится для него давящим хроническим стрессом.

**Социальная среда как важный фактор**

На психику человека в возрасте мощное воздействие оказывает социальная среда. Изменения социальных контактов заставляют его проявлять избирательность к различным формам активности. К основным причинам, влияющим на состояние психического здоровья в эти годы, относятся: распространённость в обществе отрицательных тенденций в отношении старшего поколения, не-

**Авторитетное мнение**

# Рецепты долголетия

## Психологические особенности пожилых людей



обследовании памяти у лиц в возрасте 70-90 лет отмечено снижение механического запоминания, в то время как логическая память сохраняется, образная память ослабевает больше, чем смысловая.

Динамика биологических и психологических изменений отчётливо сочетаются в старческом возрасте. Постепенное ослабление по мере старения процессов двигательной активности идёт параллельно с весьма неоднозначными изменениями в области интеллекта, памяти и других высших психических функций. Так, ослабление оперативной памяти сочетается с устойчивостью долговременной памяти. Часто отмечаемое снижение результатов в интеллектуальных тестах у пожилых связано не с падением мыслительных способностей, а с утратой интереса к тривиальным заданиям формально-логического типа и переориентацией на иное смысловое содержание, практически не затрагиваемое классическими тестами.

Парадокс человеческой жизни заключается в том, что у многих людей «психологическое умирание» происходит гораздо раньше, чем физическое одряхление. Это люди, которые по собственной воле начинают изолироваться от общества, встают на путь сужения объёма личностных свойств, на путь деформации структуры личности. С этого момента для них начинается драматический период умирания личности. В то же время активная творческая старость, когда ветераны, уходя на заслуженный отдых, продолжают участвовать в общественной жизни, в воспитании молодёжи, в волонтерских движениях, находят своё творческое поле деятельности – всё это позволяет им жить полноценной жизнью, не испытывая какой-либо ущербности.

Многие пожилые люди не только достаточно долго сохраняют высокий интеллектуальный потенциал, работоспособность и профессиональную компетентность, но и достигают вершин подлинной мудрости. Мудрость – это особый феномен интеллектуального развития, который открывает перед человеком качественно иное представление о фундаментальных законах жизни и мироздания в целом. Мудрость является противоядием представлениям о старости, как о чисто инволютивном процессе. Современные научные данные всё более убедительно определяют старость, как качественно своеобразный отрезок онтогенеза, в течение которого развитие человека продолжается в особой форме, сосредоточенной на психобиоаналитических процессах обработки информации, полученной в предшествующих периодах жизни.

**Не умирайте живо**

О значительном потенциале поздних периодов человеческой жизни говорят также известные факты высокой творческой продуктивности отдельных учёных, представителей искусства и других профессий не только в пожилом, но и в старческом возрасте. Марк Туллий Цицерон 2 тыс. лет назад назвал интересы ума и достоинства характера лучшим оружием против старости.

Однако жизнь показывает и примеры иного рода. Несмотря на приобретённую мудрость и далеко не истраченный жизненный потенциал многие пожилые люди замыкаются в рамках примитивной обыденности. Трудно определить общую причину потери у пожилых интереса к жизни, но, безусловно, самое страшное, что может быть для человека – это живо умереть.

Психическое здоровье во всех возрастных группах, особенно в пожилом возрасте, во многом определяется кругом общения, эмоциональной поддержкой, социально значимой деятельностью. В обыденной жизни принято уделять большое внимание психологическим аспектам старения, но, как ни странно, психологическая наука до недавнего времени почти не занималась проблемами старости. Лишь когда процесс демографического старения приобрёл вселенское значение, проблемы психологического старения вызвали значительный интерес психологов-теоретиков. Эти исследования стали составной частью многих междисциплинарных проектов биологической, экономической и социальной направленности, причём каждое направление вырабатывало в решении этой проблемы свои специфические подходы.

В пожилом и старческом возрасте наблюдаются изменения в понимании психики социальных партнёров, труднее даётся критическое отношение к лицам, не вызывающим доверия, пожилые люди чаще становятся жертвами мошенников. Эти изменения начинают проявляться уже в возрасте 55-65 лет, то есть в начальном периоде нейродегенеративных изменений головного мозга. Вместе с тем головной мозг формирует компенсаторные механизмы, которые снижают отрицательные эффекты возрастных изменений. Например, саморегуляция и эмоциональные функции остаются сохранёнными и могут даже улучшаться в пожилом возрасте, психическое состояние отличается повышенной динамичностью и может быстро меняться с течением времени и в зависимости от ситуации.

Психическое старение многообразно, диапазон его проявлений весьма широк. Есть и агрессивные старые ворчуны, недовольные состоянием окружающего мира, всё критикующие, всех поучающие, терроризирующие бесконечными претензиями. Есть и разочарованные в себе, в собственной жизни, одинокие и грустные неудачники, постоянно обвиняющие себя за действительные и мнимые упущенные возможности, делаая тем самым себя глубоко несчастными. Другие люди, а их большинство, формируют оптимистическое отношение к окружающим реалиям,

что делает их внутренне уравновешенными, эмоционально устойчивыми. Эти люди в меру критичны по отношению к себе и терпимо относятся к недостаткам других. Они не драматизируют окончание профессиональной деятельности и реалистически относятся к жизненным изменениям, а возможность смерти трактуют как естественное событие, которое не вызывает у них сильного страха. Они не проявляют ни агрессии, ни подавленности, имеют живой интерес к будущему. Самооценка этой группы пожилых и старых людей адекватная и довольно высокая.

**Что разрушает личность**

Пожилomu человеку важно как можно дольше обходиться собственными силами во всех сферах жизни. Не пугаться напора нового, стараться понять его, постоянно стремиться в сфере интеллектуальной деятельности. Это не только укрепляет психику, но и сохраняет физическое здоровье, формирует уверенность в себе. Безделье разрушает личность, атрофирует тело, дух, интеллект. Золотой закон жизни предупреждает: «Леньность – самый быстрый способ ухода из жизни». Нужно помнить, что развитие личности никогда не прекращается. Процесс старения вовсе не означает деградацию личности, это процесс её преобразования и часто не в худшую сторону. Старость также, как и предыдущие периоды жизни, раскрывает новые перспективы. Важно, чтобы новый этап обеспечивал необходимую и достаточную нагрузку и телу, и душе, и интеллекту.

Для человека, которому перевалило за шестьдесят, есть лишь один рецепт на долголетие: работать, работать и работать. Жизненный опыт позволяет ему глубже познать и понять самого себя, взглянуть на происходящее с точки зрения истории своей жизни, осознанно понимать своё место в обществе.

Социальная среда в пожилом возрасте играет важную роль в поддержании соматического и психического здоровья. Основными стрессорами в это время, значительно ускоряющими процессы старения, можно считать: сужение сферы общения, уход от активной трудовой деятельности, отсутствие чёткого жизненного ритма, смещение психики человека во внутреннее замкнутое пространство.

Но наиболее сильным стрессом в этот период является одиночество человека, как осознание того, что он выключен из жизни. При этом противоречие чувства одиночества состоит в том, что старый человек, с одной стороны, боится одинокого образа жизни, а с другой – сам стремится отгородиться от социальной среды, защитить свой внутренний мир от вторжения посторонних воздействий.

А вывод довольно прост: охрана психического здоровья пожилого человека – одна из важнейших государственных задач, для решения которой требуется: создать логически выстроенную государственную систему геронтопсихологической помощи населению, основанной на инновационных методах профилактики, что является главным фактором защиты человека от преждевременных возрастных психических отклонений. Обязательно и другое – человек должен нести личную ответственность за своё психическое здоровье. Способность выполнять посильную работу, профессиональная и общественная занятость, дающие пожилому возможность чувствовать себя полезным для общества и семьи, составляют основные условия психологического благополучия в поздние периоды нашей жизни.

**Владимир ШАБАЛИН,**  
заместитель директора  
НИИ общей патологии  
и патофизиологии,  
академик РАН.

**Фото**  
Александра ХУДАСОВА.

Сразу с целым пакетом предупреждений о неблагоприятной эпидемиологической ситуации в зарубежных странах по ряду опасных инфекций выступила Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Роспотребнадзор рекомендует учитывать это при планировании поездок как медиков, так и их пациентов и делать прививки.

### Жёлтая лихорадка в Южной Америке...

В семи странах (Боливия, Бразилия, Колумбия, Перу, Суринам, Французская Гвиана и Эквадор) зарегистрировано, по данным Всемирной организации здравоохранения, в январе 2016 г. – декабре 2017 г. 777 подтверждённых случаев жёлтой лихорадки. А летальным исходом завершился 261 случай этого острого геморрагического трансмиссивного заболевания вирусной этиологии.

О новых случаях этой опасной инфекции продолжает сообщать Бразилия. По данным её Минздрава от 23 января 2018 г., в трёх юго-западных штатах страны зафиксирован подъём заболеваемости. Только с середины января этого года в штате Минас-Жерайс зарегистрировано 47 случаев, 25 из которых – со смертельным исходом; в штате Сан-Паулу – 36 и 25 случаев, соответственно; в штате Рио-де-Жанейро – 20 и 8.

В штате Минас-Жерайс на 180 дней объявлено чрезвычайное положение и закрыт городской зоопарк, в котором зарегистрирована смерть обезьяны, инфицированной вирусом жёлтой лихорадки. В парках рекомендовано находиться только тем лицам, которые вакцинированы против жёлтой лихорадки.

ВОЗ распространила информацию для туристов, в которой им не рекомендовано посещать ука-

### Угроза

## Отправляясь в заграничный вояж...

При выезде за рубеж нашим согражданам очень важно сделать прививку

занные выше штаты Бразилии без соответствующей прививки.

### ...В Сербии – корь

Осуществляя мониторинг эпидемиологической ситуации, Роспотребнадзор сообщает о сохраняющемся неблагоприятном положении по кори в ряде стран Европы. Так, на официальном сайте Института общественного здравоохранения Сербии, с начала октября 2017 г. на территории страны зарегистрировано 1327 случаев кори, 33% заболевших госпитализировано, у 12,4% отмечены тяжёлые осложнения в виде пневмонии. Кроме того, зарегистрировано 5 летальных исходов.

Случаи кори регистрируются среди всех возрастных групп населения.

Основная причина вспышки в Сербии, как и в других странах Европы, – низкий охват плановой иммунизацией населения (менее 73%). Это – самый низкий среди стран Балканского полуострова показатель.

### Коклюш в Германии...

По сообщению Министерства здравоохранения и безопасности продовольствия Баварии (BONHS), наряду с ростом числа заболеваний коклюшем в северо-западных землях Германии в 2017 г., и в южных землях, в частности в Баварии, фиксируется осенне-зимний подъём этой инфекции. Специалисты связывают это с отказом жителей от вакцинации. Учитывая ситуацию, BONHS на-

стойчиво рекомендует населению Баварии не отказываться от прививок, особенно в семьях, где ожидают рождения ребёнка, для которого коклюш особенно опасен.

Дальнейший неблагоприятный прогноз по коклюшу основан здесь на статистических данных, которые свидетельствуют о росте заболеваемости в период с 2013 по 2017 г. на 29% (2628 и 3409 случаев, соответственно).

Коклюш, как известно, – острое инфекционное заболевание, характерное для детских возрастных групп. Проявляется длительным спазматическим кашлем, поражением дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем. Передаётся воздушно-капельным путём, источниками являются больные (дети и взрослые) типичными и атипичными формами коклюша. Вызывается микроорганизмом *Bordetella pertussis*, инкубационный период от 7 до 21 дня. Лечится противомикробными средствами.

Основным направлением профилактики является вакцинация, прививки включены в национальный календарь Российской Федерации.

### В Японии свирепствует грипп

Эпидемия гриппа накрыла Японию. Число пациентов с этим заболеванием, как передаёт ТАСС, уже достигло 2,83 млн человек.

Только за последнюю неделю число заболевших выросло примерно на 1 млн человек. В настоящее время на одного врача приходится по 52 пациента с гриппом, что яв-

ляется рекордно высокой цифрой с момента начала ведения подобной статистики в 1999 г. Наиболее тяжёлая ситуация сложилась на юго-западном острове Кюсю, где каждый врач вынужден наблюдать сразу по 80 больных. Медики напоминают жителям о мерах профилактики гриппа и просят по возможности чаще мыть руки и носить защитные маски.

Следует отметить, что в середине января после сильного снегопада в Японии установилась холодная и морозная погода. Хотя и не по нашим меркам: в столичном регионе, например, ночью температура опускается до – 3°C. Из-за этого обычно влажный воздух стал очень сухим, что, по мнению врачей, лишь усугубляет ситуацию с распространением гриппа.

### А в Нигерии пострадали врачи

Федеральный учебный госпиталь в городе Абакилики (Юго-Восточная часть Нигерии) информировал о двух хирургах этого учреждения, умерших в середине января 2018 г. от лихорадки Ласса после проведения ими операции тонзилэктомии у больного с таким же диагнозом. Установлено, что врачи не использовали необходимые в этом случае меры защиты. Сотрудники госпиталя, имевшие контакты с умершими, находятся под медицинским наблюдением и получают профилактическое лечение.

По данным Центра инфекционных заболеваний Нигерии (ЦИЗН), в период с 18 по 24 декабря

2017 г. в 7 штатах страны зарегистрировано 8 случаев, подозрительных на геморрагическую лихорадку Ласса (из которых один – со смертельным исходом и один – с лабораторно подтверждённым диагнозом). Выявление случаев, подозрительных на эту инфекцию, продолжается во всех штатах, где уже зарегистрированы подозрительные или подтверждённые лабораторно случаи заболевания.

Количество зарегистрированных в Нигерии случаев лихорадки Ласса продолжало неуклонно увеличиваться на протяжении всего 2017 г. Специалисты ЦИЗН объясняют это тем, что эта инфекция является для страны эндемичной. Вирус передаётся людям, проживающим на территориях, где имеется резервуар заражённых вирусом животных (крысы и мыши).

Роспотребнадзор напоминает, что лихорадка Ласса – опасная геморрагическая инфекционная природно-очаговая инфекция вирусной природы. Передаётся через еду или предметы обихода, загрязнённые испражнениями грызунов. Можно заразиться и при близком контакте человека с человеком, в том числе в больницах и лабораториях. Является эндемичным заболеванием в Бенине, Гвинее, Гане, Либерии, Мали, Сьерра-Леоне и Нигерии, а также встречается в других странах Западной Африки.

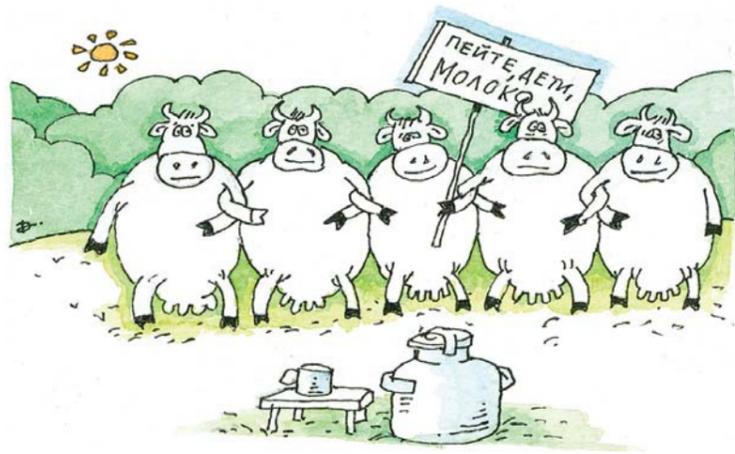
Лечение – симптоматическое, вакцина пока, к сожалению, не разработана.

Константин БЕЗНЕГ.

МИА Сито!

### Взгляд

## Пейте, дети, молоко



Группой американских учёных установлено, что постоянное употребление молока повышает содержание кальция в человеческом организме, на фоне чего снижается вероятность развития такой опасной проблемы, как внезапная остановка сердца.

Благодаря новому научному изысканию стало известно, что критически низкая концентрация кальция в крови в несколько раз повышает риски возникновения подобного состояния. Именно молоко даёт возможность повысить показатели этого вещества за довольно короткий промежуток времени.

В процессе проведения нового эксперимента исследовательская группа оценила показатели кальция более чем у 700 добровольцев. Таким образом, стало известно, что при наиболее низком содержании

этого вещества опасность внезапной остановки сердца намного выше в сравнении с теми людьми, у которых его концентрация находится в пределах нормы или превышает её.

Стоит отметить, что положительным эффектом обладает любая молочная продукция, в том числе и твёрдый сыр, однако именно молоко признано самым лучшим средством против внезапной остановки сердца. И в то же время специалисты советуют не злоупотреблять этим напитком – в качестве профилактики достаточно трижды в неделю выпивать по стакану такого питья или раз в неделю устраивать разгрузочный молочный день.

Данила ДУБРОВСКИЙ.

По информации Mayo Clinic Proceedings.

### Дословно

Агентство здравоохранения ООН сделало заявление о том, что все страны мира должны обратить особое внимание на рост резистентности к лекарствам вируса иммунодефицита человека. Необходимо принять меры для того, чтобы предотвратить новую волну заболевания, а также снизить стоимость лечения.

бальной цели – полной победы над СПИДом к 2030 г.». Математическое моделирование показывает, что в течение следующих 5 лет ожидается дополнительное 135 тыс. смертей и 105 тыс. новых случаев инфицирования резистентными штаммами, если не будут предприняты жёсткие меры. Также ожидается, что затраты на

лекарственной устойчивостью». «Не думаю, что стоит впадать в панику, но этот пример демонстрирует, что противовирусные превентивные препараты иногда могут быть неэффективными против лекарственно-устойчивых вирусов. Лечение таких штаммов также может быть неэффективно», – осторожно прокомментировал случай директор

## Чтобы избежать печальных перспектив

В докладе агентства отмечается, что в 6 из 11 изученных стран Африки, Азии и Латинской Америки каждый десятый больной, которому начали антиретровирусную терапию, не отвечал на проводимое лечение наиболее распространёнными препаратами. Таким образом, уже достоверно известно, что существуют штаммы вирусов, вызывающих СПИД, которые обладают высоким уровнем резистентности к препаратам антиретровирусной терапии.

К сожалению, рост резистентности может вызываться небрежностью самих пациентов. При нарушении схем и доз лечения вирусы могут стать устойчивыми к лекарствам. Впоследствии эти резистентные штаммы могут передаваться другим людям при незащищённых половых контактах.

«Противомикробная резистентность к лекарственным средствам является растущей проблемой для глобального здравоохранения и устойчивого развития», – сказал в своём заявлении генеральный директор агентства Тедрос Аданом Гебрейус. – Мы должны активно реагировать на растущий уровень резистентности к лекарствам от ВИЧ, если мы хотим достичь гло-

лечение увеличатся на 650 млн долл. за тот же период.

Неконтролируемая лекарственная устойчивость «будет серьёзным риском» для всех предпринимаемых усилий по борьбе со СПИДом, сказала Марейка Вейнкрокс из Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria).

Первый случай необычного для медицины заражения ВИЧ был зарегистрирован в марте 2016 г. в Канаде у 43-летнего местного жителя. До этого мужчина принимал известное антиретровирусное средство, ранее признанное эффективным для предотвращения заражения и официально одобренное регуляторами Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA). Средство является комбинацией двух сильных препаратов: тенофовира и эмтрицитабина. Канадец принимал его в течение 2 лет. Однако один из последних тестов показал у него положительный ВИЧ-статус. Детальные анализы показали, что канадец приобрёл вирус недавно, более того, это оказался штамм со «множественной

лабораторных программ Центра по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом в Британской Колумбии Ричард.

Через некоторое время врачам всё же удалось справиться с вирусом канадца. После комбинированного приёма долутегравира, дарунавира и рилпивирина была отмечена «полностью подавленная вирусная нагрузка».

ВОЗ рекомендует в тех случаях, когда резистентность к лекарственным средствам становится слишком высокой, переходить к альтернативному препарату первого типа. Когда наиболее распространённые лекарства не оказывают антивирусного действия, должны быть опробованы более сложные типы лекарственных препаратов, а также их комбинации.

Кроме того, вирусологи и иммунологи настаивают на том, что для уменьшения вероятности возникновения резистентности, назначенная схема лечения и дозы препаратов должны неукоснительно соблюдаться больными при самостоятельном приёме лекарств.

Ирина АНДРЕЕВА.

По информации medportal.ru

Гарри Абелев первым в мире был удостоен международной премии и золотой медали за исследования в области иммунологии рака. Он был членом Нью-Йоркской академии наук, председателем экспериментального совета Европейской ассоциации исследований рака, лауреатом Государственной премии СССР – всех его отличий и регалий не перечислить. И вместе с тем, судьба его была очень не простой, а потому и писать о нём нелегко...

### С юношеских лет

Никто ни в школе, ни дома не придавал особого значения, что, будучи восьмиклассником, Игорёк – так друзья и домочадцы называли Абелева – сколотил кружок из своих сверстников, увлекавшихся биологией. Ребята читали и обсуждали труды Сеченова, Бехтерева, Павлова. Неизвестно, как сложилась судьба каждого кружковца, а вот Гарри Абелев, выросший в скромной, ничем не отличавшейся московской семье, стал учёным с мировым именем.

Яркие способности юноши проявились уже на первых курсах биолого-почвенного факультета Московского государственного университета. С первых дней студенчества молодой Абелев организовал кружок любителей биологии. Повезло Гарри с педагогами. Например, профессор С.Васильев охотно открывал молодым студентам тайны биологии, о которых ничего не было в учебниках.

На 3-м курсе Абелев твёрдо решил своё будущее связать с биохимией и каждую свободную минуту проводил в лаборатории, где под руководством профессора А.Белозерского осваивал сложные иммунохимические реакции.

По окончании университета, увы – способный и перспективный Гарри остался без работы. И посчитал великим счастьем, когда наконец удалось устроиться в НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи. Взяли его не научным сотрудником и даже не лаборантом, а препаратом. И всё же эта была удача, ведь попал он в отдел, возглавляемый Львом Зильбером, учёным с мировым именем.

### Увлечённость делом – путь к открытию в себе таланта

Зильбер тут же оценил способности нового сотрудника и помимо основных обязанностей нередко привлекал его к чисто научной работе. С огромным интересом Гарри взялся за порученное ему изучение сравнительного анализа между нормальными и патологическими клетками печени. Молодой исследователь убедился, что специфический белок альфа-фетопропротеин синтезируется только её патологическими клетками. Может эта их особенность, признак серьёзного заболевания печени? Дальнейшие исследования убедили Абелева, что производится альфа-фетопропротеин эмбриональными клетками печени и может служить показателем её злокачественного происхождения.

Практически одновременно с Абелевым и независимо от него в Астрахани профессор Ю.Татаринов также синтезировал эмбриональный белок печени, характерный для раковой опухоли. Таким образом, оба они оказались пионерами, впервые определившими рак на молекулярном уровне. Их исследо-



Рядом с ним всегда был мир без склок и злобы

зывал об основах молекулярной диагностики злокачественных опухолей.

Вот только отличался он тягой к внутренней свободе. Но эта черта характера обошлась ему дорого. Ещё в школьные годы к нему подбирались представители определённых органов, предлагая стать осведомителем. Гарри толком так и не понял, что от него хотят. Но, когда волею трудов своих оказался он в зените славы, к нему снова стали подбираться. В 1967 г. Абелев должен был лететь в США, где ему предстояло председательствовать на международном симпозиуме, посвящённом его раково-эмбриональной теории. Но он категорически отказался от поездки, поскольку ему было

явлено верноподданничество решает расформировать отдел вирусологии и иммунологии, работой которого все годы немало гордился. Несомненно, Бароян, человек умный, понимал, что не режут курицу, несущую золотые яйца, но в сложившейся ситуации, видно, посчитал для себя выгодней держать нос по ветру. Опустим негативные подробности, которые пришлось в этот период пережить Гарри Израилевичу. Все знали, что по своему характеру он был человеком миролюбивым и не имел обыкновения воевать с начальством. Но когда рушилось дело его жизни и его коллег, с которыми многие годы бок о бок работал, и которых тоже ожидало увольнение, Абелев

Вероятно, прежде чем поставить точку в истории развития эмбриональной теории диагностики рака, следует подчеркнуть, что иммуномолекулярный метод, разработанный Абелевым и его соратниками, стал важной страницей медицинской науки и вошёл отдельной главой в учебник по онкологии. Сам же Гарри Израилевич до конца своей жизни не изменял своему характеру и проявлял гражданскую принципиальность даже тогда, когда дело касалось общественных интересов. Приведём один лишь пример. Широко известно письмо 10 академиков В.Путину (2007), в котором они выражали обеспокоенность возрастающей клерикализацией общества. Наряду с Абелевым (он в то время уже был академиком РАН), письмо подписали А.Воробьёв, лауреаты Нобелевской премии Ж.Алфёров, В.Гинзбург. (Любопытно, будь Абелев жив, что бы он написал сегодня В.Путину на ту же тему?)

### Порывы души требуют выхода

Работая в Институте канцерогенеза онкоцентра и продолжая исследовать тонкости молекулярной диагностики рака, Абелев одновременно проявил себя ярким публицистом и вдумчивым аналитиком науковедения. Видимо, велика была потребность выплеснуть всё, что отложилось в душе. В своих книгах «Очерки научной жизни», «Этические проблемы современной российской науки», не говоря уж о статьях с описанием своего изгнания из института эпидемиологии и микробиологии, Абелев писал, как зло отразилась лысенковщина на развитие отечественной науки.

Логично привести здесь некоторые отклики на эти его работы. Коллега Гарри Израилевича М.Ульянкина в своей рецензии «Книги, освящённые добротой и болью» писала, что даже те публикации, в которых он описывал свалившиеся на него невзгоды, проникнуты добротой к людям. А один из крупных микробиологов Л.Фонталин в своей рецензии «Учёный и время» в ответ на книгу «Очерки научной жизни» отмечал, что, будь Абелев человеком иного характера, он вступил бы в партию, подлаживался к начальству и получал бы взамен и новейшее оборудование для своих лабораторий и всякие личные блага. Но всё это было не в его характере. Даже в самые трудные дни жизни, когда перед ним стояла реальная угроза остаться без работы, он думал только о дальнейшем развитии молекулярной диагностики рака и мысли не допускал покинуть родную страну.

Профессор А.Гудков, ученик и ближайший друг Гарри Израилевича, в последние годы работающий в Нью-Йорке, писал: «Не существует объективного способа оценить величину открытия Абелева в формировании диагностики опухолей». И далее: «Рядом с ним всегда был мир, мир без склок и злобы, без подковёрной конкуренции. К сожалению, для молодёжи, даже слушавшей его лекции, он был уже фигурой из прошлого. А мне бы так хотелось, чтобы сегодняшние врачи оценили влияние этого человека на науку».

Узнав о кончине Абелева, Гудков написал: «Ушла эпоха, умер выдающийся естествоиспытатель, один из тех редчайших, кто понастоящему меняет мир вокруг себя». И кончает некролог словами «Какое счастье, что он, этот неустанный воитель, жил и работал среди нас. Лично для меня он – живая часть моей судьбы».

Марина МЕЛКОНЯН,  
внешт. корр. «МГ».

### Имена и судьбы

# Путь учёного, освящённый добротой и болью

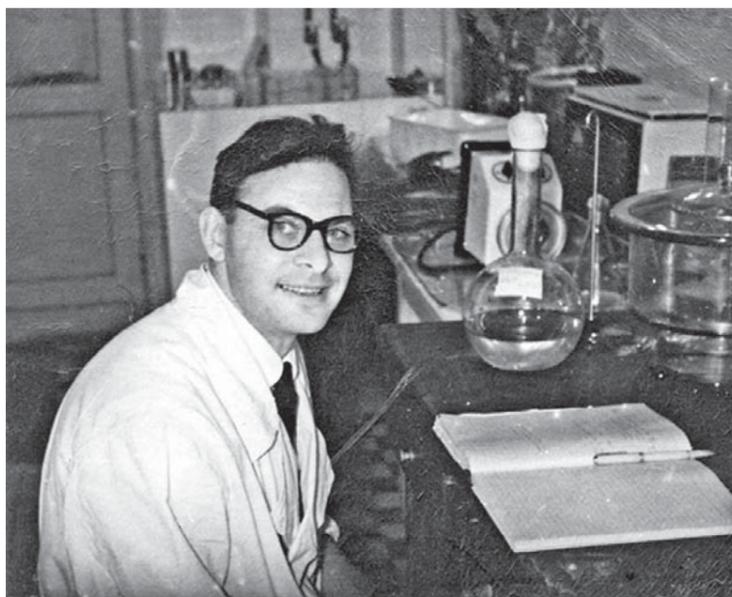
Академику РАН, иммунологу-онкологу Гарри Абелеву (1928-2013) в этом году исполнилось бы 90 лет

вание было занесено в Реестр открытий СССР. В те 60-е годы прошлого столетия об этом новом методе диагностики в онкологии заговорили во всём мире. Правда, позже научные интересы обоих учёных несколько разошлись. У каждого оказались свои исследовательские задумки. Но добрые отношения между ними сохранялись.

Абелев оказался однолюбом в науке, и проблемы, связанные с изучением альфа-фетопропротеина, остались стержнем его профессиональных интересов. Углублённое изучение особенностей этого белка подтвердило его роль маркера рака печени. В дальнейшем посредством обычного анализа крови Гарри Израилевич вместе со своими коллегами отработывал тот же метод исследования и при некоторых других локализациях злокачественных опухолей. Так в онкологии родилось новое иммуномолекулярное направление диагностики.

### Лавры сплетаются... с терниями

После кончины Л.Зильбера руководство отделом вирусологии и иммунологии перешло Г.Абелеву. К этому времени имя его было уже у всех иммунологов на устах. Но широкое признание теории молекулярной диагностики злокачественных опухолей на характере его изобретателя никак не сказалось, не сделало его ни высокомерным, ни малодоступным, ни оракулом неоспоримых истин. И не ждал он за своё открытие ни почестей, ни наград. Когда ситуация требовала, работал рядом с другими сотрудниками на овощной базе, зимой колот лёд на подходе к зданию райкома партии. Не отличался Абелев и публичностью. Чрезвычайно редко выступал перед широкой аудиторией. Но студентам (помимо основной своей работы, он вёл курс в университете) охотно расска-



Яркие способности Г.Абелева проявились уже на первых курсах МГУ

предложено по возвращении написать отчёт об отношении к нашей стране американских коллег, с которыми доведётся общаться. «Это не по моей профессии», – последовал ответ. Подобные предложения Абелеву поступали не раз. Но принцип своих он не менял. В итоге его фамилия выпала из списка кандидатов, чьи имена были представлены к избранию в члены-корреспонденты АМН СССР. Вдобавок он стал, как принято говорить, невыездным. Гарри Израилевичу запретили поехать даже на вручение ему награды международной ассоциации, занимающейся исследованиями альфа-фетопропротеинов.

Надо сказать, директор НИИЭМ им. Н.Ф.Гамалеи О.Бароян, высоко ценивший Гарри Израилевича как талантливого учёного и в своё время во всём его поддерживавший, почувствовал, что отношение органов, от которых в какой-то мере зависел сам, тоже изменил своё отношение к Абелеву. И из про-

счёл долгом отстоять и их свои права. Много унижений пришлось при этом пережить. Но даже в тот самый тяжёлый период своей жизни, когда в разных инстанциях пришлось воевать за судьбу своего отдела, над которым по сути уже был занесён меч, Гарри Израилевич и его соратники не переставали работать. Завершались проводившиеся эксперименты по иммунологической диагностике рака, они уже практически были готовы к переносу в клинические условия. И это, в какой-то мере, заставило Абелева обратиться к директору Всесоюзного научного онкологического центра Н.Блохину. После длительных переговоров он принял к себе Абелева со всей его командой и, естественно, оказался в выигрыше. Поначалу там раково-эмбриональную методику стали применять при подозрении у больных злокачественных образований печени, а затем и при диагностике ряда других локализаций опухолей.

Придя в сознание, Виктор открыл глаза. Прямо перед ним, – наполовину белая, наполовину покрашенная зелёной краской стена. Пустая кровать, заправленная с жёлтым сверху байковым одеялом. Он повернул голову, чтобы оглядеться получше, и застонал от пронзившей левое плечо острой боли. К Виктору приковылял высокий, лохматый и небритый мужик на костылях. Наклонившись, участливо спросил:

– Ну как, оклемался маленько? Виктор хотел что-то сказать, но язык, шершавый, неповоротливый, словно прирос к нёбу. Он попытался поднять левую руку, но она оказалась чуждой. Попытался ещё раз, но плечо снова обожгло болью. Виктор закрыл глаза.

События вчерашнего вечера, тяжело, тягуче, всколыхнули сознание.

Пятилетний Игорёк пришёл из садика как варёный. Непоседливого и озорного, его в этот раз словно подменили. Жена Света, раздев сына, хотела покормить, но Игорёк отказался от ужина и сел к компьютеру. Через полчаса попросил пить. Света взглянула на сына и ахнула: лицо красное и пот ручьём. Обтёрла полотенцем Игорёку лоб, измерила температуру, уложила на диван и вызвала «скорую».

Виктор как раз пришёл с работы, когда врач выписывал рецепт.

– Купите в аптеке анаферон, дозу я указал. Если состояние не улучшится – в больницу.

Не раздеваясь, Виктор побежал в аптеку. Она была рядом, за углом. Но там лекарства не оказалось, и он свернул на соседнюю улицу. Остановился у пешеходного перехода. Поток машин не ослабевал. «Как назло!» – чертыхнулся про себя. Не выдержав, шагнул на проезжую часть. Чёрный БМВ сбросил скорость и затормозил, ехавшая за ним «Волга» тоже остановилась. Виктор быстро зашагал через дорогу. Поравнявшись с «бумером», он, как бы в благодарность, прибавил шагу, освобождая путь. И в этот момент страшный удар подбросил его над дорогой.

Сознание снова вернулось к Виктору. Разлепив веки, увидел рядом жену. Она сидела рядом на большой табуретке. Заметив открывшиеся глаза мужа, встрепенулась:

На литературный конкурс

# Однажды в больнице...

Рассказ

Анатолий ШАРОВ



– Давай покормлю! Виктор отрицательно покачал головой.

– Что со мной? – слабо, скрипуче спросил он, еле слыша себя.

– Тебя сбила машина, – сказала Света и стала излагать подробности.

«Тойотой», что снесла Виктора, управляла молодая девица. Трепалась по мобильнику и не обратила внимания на остановившиеся в соседнем ряду машины. Даже не затормозила, увидев прямо перед машиной человека. От удара его кепка полетела в одну сторону, а ботинок с левой ноги в другую. Ударил по тормозам, проехав после столкновения метров пятьдесят.

«Скорую» и полицию вызвали прохожие. Медицинская «Газель» привезла Виктора в травматологическое отделение ЦРБ, где у него нашли сотрясение головного мозга, перелом левого бедра в двух местах и ключицы. Не считая синяков и шишек. Это, по сравнению с переломами, вроде как мелочь.

Полицейские, осмотрев место аварии и опросив свидетелей, составили протокол, нарисовали схему. По всему выходило, что виновата управлявшая «Тойотой» девица.

– Вчера вечером звонил её отец, – вспомнила Света, – просил за-

брать заявление, чтобы не было уголовного дела. Дочка, мол, совсем молодая, двадцать лет, пожалейте. А за лечение они заплатят...

Жена кормила Виктора куриным бульоном и сокрушалась, что мужу предстоит долгое лечение. Врач сказал, что нужна не одна операция: надо вставлять металлическую пластину в ногу и укреплять ключицу. И ещё неизвестно, как на это посмотрит хозяин мебельной мастерской, где работает Виктор. Частник он и есть частник. Сегодня ты работаешь, а завтра – «гуляй Вася». Точнее, Витя.

Через два дня Свету пригласил к себе Валерий Иванович Чернов, высокий статный мужчина с холёным лицом, заведующий отделением, где лежал Виктор.

Сообщив Светлане в двух словах о состоянии здоровья её мужа, заведующий «разложил пасьянс»: «На следующей неделе будем делать операцию. Пластину у нас всякие, в зависимости от платёжеспособности клиента». Валерий Иванович говорил об этом легко и непринуждённо, как будто рассуждал о запчастях для автомобиля. «Потом нарком. Можно вколоть что-то подешевле, у нас есть и импортное... Но это зависит от ваших пожеланий и финансовых возможностей.

Далее капельницы, уколы. Тоже на ваше усмотрение...»

Чернов растолковал Светлане порядок оплаты за лечение. Получилось 80 тыс. руб. И то, как сказал Валерий Иванович, это со скидкой, по умеренному тарифу. Вечером Светлана позвонила отцу виновницы ДТП. Сказала про затраты на лечение мужа, напомнила: «Вы обещали помочь!»

«Вы пока оплатите сами, а я вам компенсирую. Просто сейчас нет нужной суммы, но найдём...» – несколько помывшись, ответил папаша девицы.

Света кинулась к родственникам и знакомым занимать деньги.

\* \* \*

В палате уже давно погасили свет. Сосед со сломанной ногой во всю храпел и постанывал во сне. А Виктор никак не мог заснуть. Словно в глаза песку насыпали. А всё из-за того, что сегодня поругался со Светой. Давать денег медсёстрам за каждый укол и капельницу было накладно. Света принесла десяток шоколадок и велела Виктору расплачиваться ими. Но тот – ни в какую! Светка – другое дело. Она и перед врачом побезит, и медсестру приобнимет, что-то сунув в карман, и санитарке улыбнётся. Ему не то что было запаadlo совать взятки и подношения, просто он не умел этого делать. Вот из-за этого и поцапались.

Он понимал, а главное видел, наблюдая за больничными порядками, что жена права. Здесь если не подмажешь, то и не поедешь. Перед каждым уколом медсестра, подойдя к нему, улыбалась и спрашивала: «Ну, куда сегодня уколёмся?»

И всё делала аккуратно, почти безболезненно для страдальца. А сосед, который даже не намекал на особую благодарность, каждый раз морщился и стонал от уколов. Виктор вспомнил рассказ Михаила, хозяина их мастерской. Два года назад у его брата обнаружили опухоль прямой кишки. Какая-то их родственница работала в обл-

здраве и выхлопотала свояку квоту в столичный онкоцентр.

Там врач, полистав бумаги, сказал:

– Случай сложный, но operable. А самое главное в вашей ситуации – послеоперационное лечение и уход! Цена вопроса – сто двадцать тысяч рублей ...

Он говорил недолго, но убедительно. У брательника Михаила тогда всё прошло благополучно. И операция, и лечение.

Через месяц Светлана позвонила отцу девицы, виновницы ДТП, ещё раз и напомнила про обещанные деньги. Но тот как будто первый раз услышал и холодно отрезал:

«Этим делом занимается наш адвокат, вот к нему и обращайтесь!»

Адвокат сказал, что пока платить никто ничего не будет, только после решения суда. Сейчас он оспаривает схему ДТП. Оказывается, знак, обозначающий пешеходный переход, с одной стороны за листьями деревьев был виден нечётко. «Зебра» на асфальте тоже нанесена слабо. Далее стало ещё интереснее. В первоначальном протоколе значилось: в организме девицы обнаружили алкоголь. Она сказала, что выпила «чуть-чуть» пива. Потом показания про пиво из протокола исчезли...

\* \* \*

...Спустя полтора месяца Виктор выписался из больницы. Настроение было так себе. За наезд девицы и потраченные на лечение деньги ещё предстояло сражаться в судах. Прихрамывая, он шёл по уставленному иномарками больничному двору, думал, размышлял.

Правда, была и маленькая радость: хозяин мебельной мастерской, где Виктор делал табуретки и прочую столярную мелочь, обещал его не увольнять и ждал после выздоровления на работу.

Владимир.

**ОБ АВТОРЕ.** Анатолий Шаров, член Союза писателей России, хорошо известен любителям литературы Владимира. В его творческом багаже несколько книг художественной прозы. Среди них есть произведения, где героями выступают медики, говорится об их будничной жизни. Один из рассказов предлагаем читателям «МГ».

Ограда моста	Аргент. писатель	Гидра-зина сульфат	Пирожное			Мяс. Юж. Америка	СКАНВОРД										Тетри-золин				Опера Сальери								
					Дьявол	Сов. физиолог	Эстон. композитор	Способ пригот. огурцов	Термич. обработка стали						Муз. интервал	Рос. живописец	Обес-кровливание ткани		Духовный сан										
	Тушеное блюдо		Родственник пищи					Монета, Др. Греция	Сук-ральфат	Платок (устар.)	Лодка у кхмеров	Регион, Мьянма						Помра-чила ум Зевса											
			Казан	Система управления	Одиссей	Фигуристы ... и Васильев				"... и Эвридика"							Бугор (стар.)												
	Лист для посуды		День перед праздником			Больной	Мангровая пальма	Ренуар, картина			Предмет	"Блеск и ... куртизанок"																	
				Шостакович, опера		Корень из 10000		Рыхлый губчатый лед	Приток Иртыша								Верблюду												
	"Евг. Онегин", перс.		Страна, Африка			Боги, Ассирия		Строит. материал																					
				Писатель ... Вишня				Нем. химик																					
Автор Валерий Шаршуков		Аркан				Город, Челябин. обл.		Эдем																					
										Б К А Р Г А Т А Э Ш А А Е Л О Б О Ф И Т У М Д А М А С С Е Т Д А Л О Н С О А Д Ж Н А Т О П Р И К О О Ь Г С О Л И Р И С М Е Н И С К А У Р А П С П И Н О Я Н А Е И К А Р Ф Т Р Е К А Д А М Н О Ж Э Т Р И С Т А Н А Е О Б А Л Л Т А З Ч А Г А Н Е Р Т У С О Р И К Б Е К О Н А С Т Е П О С Ь С О Л Ь										Ответы на сканворд, опубликованный в № 5 от 07.02.2018.									

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

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

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

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-01-00233 Тираж 18 800 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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