

В центре внимания

Всё впереди!

В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова вручили дипломы выпускникам



В этот торжественный день Клятву врача произнесли 2427 бывших студентов. Рекордным было и число выпускников, чьи достижения в науке, учёбе и общественной жизни были отмечены вузовской медалью «Преуспевшему». Их насчитывалось 95.

По традиции первым поздравил молодых врачей ректор Сеченовского университета академик РАН Пётр Глыбочко. Он напомнил бывшим студентам, что они покидают стены одного из старейших и ведущих медицинских университетов страны. Здесь они получили базовые знания. То есть тот фундамент, который крайне необходим в жизни и работе, дальнейшем непрерывном обучении.

– Университет уверенно развивается. Инновационным оборудовани-

Успехов вам, красавицы!

ем оснащаются аудитории, клиники и медицинские центры, – подчеркнул П.Глыбочко. – Мы вступили в Проект 5-100. Вошли в ведущие мировые рейтинги вузов. Наступает новый, международный этап развития, и это нашло отражение в новом названии вуза – Сеченовский университет... Безусловно, за годы обучения у каждого были радости и невзгоды, трудные, но незабываемые яркие студенческие будни и праздники, появились новые друзья, цели и необходимые для их достижения знания и навыки, стала ясной траектория будущей карьеры.

– Рядом с вами все эти годы были ваши наставники – деканы и заместители деканов, преподаватели: академики и члены-корреспонденты РАН, врачи, профессора и доценты, – продолжил П.Глыбочко. – Они

учили вас не только медицине, но и добру, милосердию, состраданию, терпению и упорству – тому, без чего немислима врачебная практика, – это одна из традиций нашего вуза, отмечающего в будущем году своё 260-летие.

А завершил он своё выступление словами, что надо верить в себя, не терять упорства и амбиций. У выпускников есть все возможности реализовать себя в практическом здравоохранении, научных исследованиях, преподавании. Пётр Витальевич пожелал им быть достойными своего призвания, чтобы университет и дальше гордился своими выпускниками.

(Окончание на стр. 2.)

Фото пресс-службы
Сеченовского университета.

Инициатива

В парк, к доктору

Один из городских парков в столице Республики Хакасия Абакане на летние месяцы переименован в Парк здоровья. Здесь оборудована консультативно-диагностическая площадка, на которой каждый четверг отдыхающих горожан ждут специалисты Республиканского центра медицинской профилактики.

Этот проект, реализуемый Министерством здравоохранения Хакасии, имеет прежде всего просветительскую направленность. Каждый желающий может заглянуть на площадку и за несколько минут пройти экспресс-

диагностику: измерить артериальное давление, рост и вес, определить индекс массы тела, уровень жировой массы. Но самое главное – это возможность по результатам диагностики сразу получить заключение

врачей о риске развития тех или иных заболеваний и рекомендации по профилактике, да и просто задать доктору вопросы о своём здоровье.

Отсутствие необходимости брать талон к врачу, ждать очереди или даже платить за консультацию привлекает в Парк здоровья многих абаканцев разного возраста: и молодёжь, и женщин с детьми, и пенсионеров. За день работы «на свежем воздухе» медики принимают более 50 пациентов.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан.

Светлана КРАВЧУК,
начальник Управления организации
ОМС Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования:

С прошлого года при малейших сомнениях относительно справедливости взимания платы за медуслуги или затянутых сроков проведения обследований следует набирать номер своей страховой компании.



Стр. 4



Валерий ДАНИЛЕНКО,
заведующий отделом генетических
основ биотехнологий Института
общей генетики им. Н.И.Вавилова,
доктор биологических наук,
профессор:

В скором времени мы можем столкнуться с новыми вариантами *M.tuberculosis*, обладающими ещё более сильными свойствами патогенности и устойчивости к антибиотикам.

Стр. 10-11



Владимир ВАСИЛЕНКО,
академик Академии медицинских
наук СССР:

...Надо всячески противостоять мракобесию и жульничеству в медицине, не допускать к ней колдунов и всяких кашперовских...

Стр. 15

Конкурсы

Дарить душевное тепло

Московский штаб Общероссийского народного фронта с 1 июля запустил конкурс лучших добровольческих практик в рамках проекта «Волонтёры в медицине». Решение об этом принято на заседании регионального штаба ОНФ.

Участие в конкурсе могут принять волонтёры, граждане-активисты, журналисты, социально ориентированные некоммерческие организации (НКО), волонтёрские центры и добровольческие группы, а также медицинские организации, где уже работают добровольцы. Будут отобраны лучшие практики по разным номинациям. Как сообщают в ОНФ, заявки на участие принимаются до 30 сентября, а в октябре будут подведены итоги и объявлены лауреаты.

Проект «Волонтёры в медицине», который активисты ОНФ в Москве реализуют совместно с городской клинической больницей им. В.В.Виноградова, направлен на то, чтобы повысить комфортность пребывания пациентов в больнице. Тем, кто проходит курс лечения или реабилитации, необходимы психологическая поддержка, уход, внимание и общение. Эту помощь готовы оказать волонтёры.

– После проведения мониторинга мы выяснили, что

нашей больнице ежедневно необходима помощь 135 добровольцев, – заявила руководитель региональной рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», главный врач ГКБ им. В.В.Виноградова, инициатор проекта ОНФ «Волонтёры в медицине» Ольга Шарапова. – Для прошедших отбор волонтеров мы организовали семинары, тренинги, медицинский осмотр, познакомили с медперсоналом и работой в больнице. Полученные навыки пригодятся им в дальнейшем. Для кого-то это будет началом знакомства с профессией врача, для кого-то – возможностью подарить заботу и душевное тепло.

В паллиативном отделении ГКБ им. В.В.Виноградова психологическую поддержку пациентам уже оказывают волонтеры-психологи. Вскоре и студенты-медики приступят к работе, к ним присоединятся добровольцы и не из числа медиков.

– В отделениях больницы пациентам будут помогать более 60 волонтеров. Им рады не только родственники пациентов, но и медицинский персонал, – отметила О.Шарапова. – Набор добровольцев продолжается.

Константин БЕЗНЕГ,
МИА Cito!

Новости

Высокая оценка
профессионализму

Главный нейрохирург Минздрава России Владимир Крылов с группой московских врачей познакомился с нейрохирургической службой Волгоградского региона. Параллельно им был проведён общеобразовательный цикл для коллег. Он близко пообщался с медиками регионального сосудистого центра, работающего на базе больницы скорой помощи № 25.

Ему показали маршрут оказания специализированной медицинской помощи больным инсультом, начиная от приёмного отделения до операционной. В.Крылов дал высокую оценку уровня оснащённости оборудованием центра, его оперативным возможностям и квалификации специалистов. Кроме того, провёл консультирование двух самых тяжёлых больных.

– Если несколько лет назад многих сегодняшних пациентов надо было транспортировать в Москву, то сегодня они успешно проходят лечение на месте, – сказал он. – И всё это потому, что здесь, в центре, имеется современнейшая диагностическая аппаратура, хорошо оснащённая операционная. А самое главное – в центре сформирована высокопрофессиональная команда для лечения инсультов и для продуктивной связи с первичными сосудистыми отделениями.

Александр КУЗНЕЦОВ.

Волгоград.

Санавиация укрепляет крылья

За последние 4 недели дежурные бригады центра медицины катастроф совершили более 40 вылетов. В Воронежскую областную больницу № 1 и травмоцентры 1-го уровня врачи с помощью самолёта и вертолёта транспортировали 38 тяжелобольных пациентов. География вылетов не ограничивалась только территорией Воронежской области. Так, ребёнка с электротравмой в сопровождении детского реаниматолога доставили в Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр Минздрава России в Нижнем Новгороде для дальнейшего лечения. С помощью реанимобилей были эвакуированы ещё 43 человека.

– Использование и развитие санитарной авиации Центром медицины катастроф в регионе остаётся одним из приоритетных направлений в модернизации воронежского здравоохранения, что подтверждается положительным опытом в части повышения доступности и качества оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи жителям области, – отметил на днях главный врач Воронежского центра медицины катастроф Александр Артёмов.

Всего в диспетчерскую центра медицины катастроф поступило более 230 вызовов, врачи провели 128 консультаций, из них 49 с применением телемедицины.

Оксана КОЗЛОВА.

Воронежская область.

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

Акции

Сердце под присмотром

«Ликбез» – во главу угла медицинской профилактики

Можно сказать, что основы функциональной деятельности Адыгейского республиканского центра медицинской профилактики заложены в самом названии этого учреждения. Именно медицинской профилактике и была посвящена акция «Сердце для жизни», которая в течение 2 месяцев проходила на промышленных предприятиях Республики Адыгея.

Акция была приурочена ко Всемирному дню борьбы с артериальной гипертонией, и, соответственно, целью её стало предупреждение заболеваний сердца и сосудов. Специалисты центра вместе с волонтерами из числа учащихся Майкопского медицинского колледжа и студентов Медицинского института Майкопского государственного технологического университета не только проводили обследования на предприятиях региона, но и при

этом не забывали заниматься собственно профилактикой – давали рекомендации, как уберечься от этого коварного заболевания.

За 2 месяца сотрудники центра медпрофилактики побывали на 10 предприятиях, где каждый из работников мог пройти пусть минимальные, но очень важные исследования сердца: измерить артериальное давление, обследоваться на кардиограмме.

Вот что рассказала главный врач центра Зарема Метова:

– Таким образом, всего было обследовано более 400 человек. Повышенный уровень артериального давления был диагностирован более чем у 22% осмотренных, из них 55% – это женщины. Всем даны соответствующие рекомендации по дальнейшему дообследованию и лечению. Очень важно, что эта акция носит не разовый характер, а введена в систему: такие мероприятия проводим уже третий год подряд, значит, появля-



З.Метова

ются данные для сравнительного анализа. Причём мы выходим не только на предприятия, но и в образовательные учреждения.

Статистика этих исследований подтвердила, что болезни сердечно-сосудистой системы являются лидирующими в списке диагнозов жителей республики. В целом эти данные подтверждают и общую статистику по Республике Адыгея: в 2016 г. было зарегистрировано 66 869 случаев заболеваний системы кровообращения, из них впервые было выявлено 15 265 случаев.

Можно считать, что основную часть впервые выявленных случаев дают люди, не интересующиеся своим здоровьем, и «ликбез», который проводят специалисты центра, в своё время их не коснулся. Вот поэтому медики идут «в массы», и главное в таком подходе – убедить человека в том, что его здоровье в его руках.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Республика Адыгея.

Фото автора.



Студенты Медицинского института Майкопского ГТУ проводят обследование работников ООО «Юггазстрой»

В центре внимания

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян передал собравшимся поздравление министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой.

– Вам очень повезло: окончили лучший медицинский вуз страны, который активно внедряется в мировое образовательное пространство, обладает прекрасными научными и медицинскими школами, здесь работают выдающиеся учёные и врачи, – сказал И.Каграманян. – Где бы вы ни находились, за вашими плечами Первый Московский государственный медицинский университет – надёжная опора!

Заместитель председателя комитета Государственной Думы РФ по образованию и науке академик РАН Геннадий Онищенко напомнил, что, получив диплом и произнеся клятву врача, бывшие студенты принимают на себя ответственность за здоровье пациентов и их жизнь. Это не только очень сложная, но крайне интересная и творческая работа. Новые технологии открывают невиданные ранее возможности в деле сохранения здоровья людей...

Первый заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Татьяна Мухтасарова

Всё впереди!

пригласила выпускников занять места в столичном здравоохранении. Это предложение выглядело заманчивым. Впервые сразу после прохождения аккредитации молодые врачи могут приступить к работе. Интернатура ушла в прошлое. Директор Федерального научного центра трансплантологии и искусственных органов Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Сергей Готье также пожелал молодым врачам больших свершений на профессиональном поприще.

На торжественной церемонии выпускников не только поздравляли, но и представляли общественности. А многочисленные поздравления прерывались запоминающимися выступлениями танцевальных коллективов и солистов, признанных лауреатами российских и международных студенческих творческих конкурсов.

Сеченовский университет окончили многие известные врачи. Один из них – главный кардио-

хирург страны, директор Национального научно-практического центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева, академик Лео Бокерия. Он также пришёл поздравить выпускников вуза, который он сам окончил в 1965 г. (тогда – Первый МОЛМИ им. И.М.Сеченова Минздрава СССР), а затем и аспирантуру университета. Перед торжественным заседанием корреспондент «МГ» поинтересовался, как он оценивает подготовку в Сеченовском университете сегодня?

– Я считаю, что университет высоко держит марку. ННПЦССХ им. А.Н.Бакулева является клинической базой кафедры сердечно-сосудистой хирургии № 2 его Института профессионального образования. Уверен, что наш университет – один из лучших обучающих вузов в мире. Я могу говорить об этом с полным основанием, потому что побывал во многих странах мира. И всегда сравнивал уровень преподавания теоретических и клинических дисциплин, систему отбора сту-

дентов. Нам удалось сохранить традиции российской и советской медицинской школы. Развитие продолжается, в последние годы очень много сделано для фундаментальной медицины. Талантливые молодые учёные получают под задуманные исследования весомую грантовую поддержку.

Когда видишь столько радостных молодых лиц, то вспоминаешь и свои студенческие годы. И понимаешь, что сегодняшние выпускники не подведут, они хорошо подготовлены и хотят стать настоящими профессионалами.

Масштаб подготовки специалистов в Сеченовском университете также поражает. Дипломированные специалисты 2017 г. учились здесь на 6 факультетах, в 2 центрах. Они обучались по 35 специальностям. В этом году альма-матер окончили 381 выпускник-ординатор, 555 интернов, 145 аспирантов. В год поступления сегодняшних выпускников (2011) в университете обучались 10 тыс. студентов, в 2017 г. – уже 17,5 тыс. обучаю-

щихся. При этом 158 выпускников начинали своё обучение в других вузах, 221 выпускник поступил в Сеченовский университет после окончания медицинского училища, 150 студентов обучались по целевому направлению. Около 20% сегодняшних выпускников – продолжатели медицинских династий. Самому молодому из них 20 лет, а самому взрослому – 57. В этом году завершили обучение 357 студентов из 35 стран мира. Более 800 выпускников приехали учиться в Сеченовский университет из различных регионов РФ. За время обучения более 40% выпускников получили допуск к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или фармацевтического персонала. Появились 86 семейных пар, родились 95 детей.

Торжественная церемония завершилась исполнением гимна университета. Его спел весь зал. Голоса сложились, как из кирпичиков, в мощный и красивый хор. Ещё раз напомним о том, что объединяло всех в этот день – причастность к настоящему и будущему одного из лучших медицинских вузов нашей страны.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Официально

В электронном виде

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев высказался за поэтапное внедрение электронных листов нетрудоспособности. Об этом он заявил на встрече с председателем Фонда социального страхования РФ Андреем Кигимом.

Бюджет ФСС сформирован без дефицита. Два вида платежей работодателей (по больничным листам и выплаты по беременности и родам) составляют самый большой объём поступлений главного социального фонда – около 500 млрд руб. ФСС вместе с Министерством финансов РФ приняли решение, что в ближайшие 3 года социальные обязательства будут финансироваться и за счёт остатков, которые фонд сумел накопить.

– Одна из новаций ближайших 3 лет – это специализированные программы трудоустройства инвалидов, получивших травму именно на производстве, – пояснил А.Кигим. – До этого ФСС выделял средства только на оплату проведения лечения и реабилитации таких пострадавших. Инициатива фонда – увеличить выплаты пострадавшим с 80 тыс. руб. до 1 млн была поддержана Правительством РФ. Но надо сделать следующий шаг. Если инвалиды хотели бы и

дальше трудиться, то государство должно помочь им в этом. Поэтому ФСС готовит предложения в рамках бюджета предусмотреть расходы на создание для них рабочих мест и прохождение переквалификации.

– По техническим средствам реабилитации сделан существенный шаг вперёд, прежде всего потому, что Правительство РФ нарастило финансирование, – считает Д.Медведев. – Я неоднократно встречался с представителями организаций инвалидов. Они отмечают, что финансирование увеличилось, соответственно и технических средств приобретается больше. Но заказы на такие закупки должны размещаться на конкурсной основе и иметь чёткий порядок.

Руководитель ФСС отчитался перед председателем Правительства РФ о внедрении информатизации в социальное страхование. С 1 июля по согласованию с Минздравом России (готовность их работы – это было самое важное) в регионах выданы по одной клинике, где будет реализоваться пилотный проект по переходу на электронные листки нетрудоспособности. Не менее важно, что крупные работодатели высказали желание участвовать в проекте. При этом самое сложное было согласовать программный продукт, который будет использо-

ваться. Это было сделано. С помощью телефонных компаний разработан социальный навигатор. Электронный документооборот фактически заработал, составлены различные базы данных.

Ещё одно направление – переход на выдачу электронных родовых сертификатов. Подобный электронный сервис создаётся. Роженицы смогут обращаться за получением столь необходимого документа из дома. Но это большая и сложная работа, учитывая, что по этой программе перечисляются 18 млрд руб.

Третье направление – санаторно-курортное лечение. С 1 января здесь также должно многое измениться.

Сотрудники ФСС сами активно переходят на использование компьютерных технологий. Например, с помощью мобильного сурдопереводчика теперь они общаются со слабослышащими людьми.

Д.Медведев поддержал развитие информационных технологий. Но при этом обратил внимание на необходимость сохранять традиционные бумажные носители документов, если гражданин по каким-то причинам не готов воспользоваться ими в электронном виде. Выбор должен быть за получателем услуг, больничных листов и родовых сертификатов.

Алексей ПИМШИН.
МИА Сити!

Москва.

Кагры

Приморских врачей ждут на Сахалине

Губернатор Сахалинской области Олег Кожемяко встретился со студентами Школы биомедицины Дальневосточного федерального университета (ДВФУ), которые обучаются по специальности «лечебное дело». Разговор шёл о развитии сферы здравоохранения в островном регионе и, в частности, о действующей системе поддержки молодых врачей. Участникам встречи было предложено по окончании полного шестилетнего курса обучения трудоустроиться в больницы и поликлиники Сахалинской области.

Сегодня в Школе биомедицины ДВФУ, расположенной во Владивостоке на острове Русском, профильное образование получают около тысячи студентов из 70 российских регионов и 19 стран мира. Вуз сотрудничает с рядом крупнейших отечественных и зарубежных научных центров. Занятия здесь ведутся по 17 образователь-

ным программам. Действуют 11 специализированных лабораторий, где в том числе разрабатываются новейшие лекарственные средства для борьбы с наиболее опасными заболеваниями, включая онкологические и сердечно-сосудистые.

В большой аудитории, где проходила встреча с сахалинским губернатором, собрались более 250 будущих врачей. Их вниманию была представлена информация о текущем состоянии и перспективах сферы здравоохранения Сахалинской области. В регионе сегодня строятся новые лечебные учреждения, закупается современное медицинское оборудование. Однако на этом фоне в отрасли пока сохраняется кадровый дефицит.

«Для решения проблемы используются различные меры поддержки врачей и среднего медицинского персонала, – сообщили в региональном Минздраве. – Молодым специалистам предоставляются так называемые подъёмные (в размере до 1,3 млн в зависимости от района и занимаемой

должности) и назначены надбавки к зарплатам».

В последние 2 года в регион прибыли 315 специалистов-медиков. Более половины из них трудоустроены в первичное звено, которое сегодня особенно нуждается в кадрах. Ожидается, что в августе-сентябре в область придут ещё около 90 медицинских работников.

– При этом наша главная задача – не просто привлечь как можно больше врачей, а именно – грамотных специалистов с хорошей профессиональной подготовкой. Рассчитываю, что многие из вас, получив качественное образование в университете, выберут своим домом Сахалинскую область, – сказал О.Кожемяко, обращаясь к студентам.

Губернатор пригласил будущих медиков посетить островной регион и ознакомиться с его возможностями.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Идеи

Ближе 10 метров с сигаретой не подходить!

Такое объявление может появиться в ближайшее время на подходе к многоквартирным домам – законопроект, запрещающий курение у подъездов внесли на рассмотрение Госдумы РФ члены Комитета Совета Федерации по социальной политике.

Этой нормой предлагается дополнить уже действующий «анти-табачный закон», пояснил заместитель председателя комитета А.Варфоломеев. «Принятый в феврале 2013 г. закон значительно ограничил места и территории, где курение разрешено: на территориях и в помещениях образовательных организаций, учреждений культуры, спортивных объектов, а также в местах, где оказываются медицинские, реабилитационные и санаторно-курортные услуги. Нельзя курить на межквартирных

лестничных площадках, в подъездах жилых домов, кабинах лифта, на чердаках, в подвалах, на технических этажах многоквартирных домов, а также в местах на открытом воздухе на расстоянии менее чем 15 м от входов на вокзалы, в аэропорты, порты и станции метро», – напомнил сенатор.

Однако место на выходе из подъезда (крыльце) в перечне статьи 12 закона не упоминается, отметил А.Варфоломеев.

Как пояснил Э.Исаков, ситуация, когда соседи или гости курят у входа в многоквартирный дом, широко распространена. При этом все граждане, проживающие в подъезде, в том числе дети, пожилые граждане и особенно граждане, страдающие астмой и другими заболеваниями дыхательных путей, вынуждены постоянно вдыхать табачный дым, проходя в собственные дома. А жители

нижних этажей многоквартирных домов становятся «заложниками» такой ситуации.

По мнению Л.Тюриной, проблема усугубляется, когда на первом этаже дома располагается офис или магазин. Постоянное присутствие курящих сотрудников способно всерьёз испортить жизнь, а также стать причиной возникновения многих хронических заболеваний, полагает сенатор.

По мнению А.Отке и Т.Лебедевой, зачастую просьбой или объяснением курильщику сложившейся ситуации решить проблему невозможно, поэтому принятие федерального закона приведёт к снижению воздействия окружающего табачного дыма на здоровье граждан, проживающих в многоквартирных домах.

Константин ШАРЬИН.
МИА Сити!

Здоровая жизнь

Лето — время для учёбы!

В Ульяновской области продолжают мероприятия по обучению детей и подростков правилам здорового образа жизни.

– Профилактическая работа с детьми ведётся на протяжении всего учебного года. Не прекращается она и в период школьных летних каникул. В этом году в области стартовал региональный профилактический проект «ЗОЖик», направленный на пропаганду здорового образа жизни среди детей и подростков, отдыхающих в летних оздоровительных учреждениях, – рассказал руководитель областного центра медицинской профилактики Павел Смирнов. – В рамках проекта организована акция «Я знаю, что делать!», направленная на обучение детей и подростков правилам оказания первой помощи при неотложных состояниях.

А недавно специалисты центра здоровья городской клинической больницы № 1 организовали для

отдыхающих детского оздоровительно-образовательного центра лекцию, посвящённую профилактике вредных привычек. Также специалисты провели мастер-класс по оказанию первой помощи и скрининг-тестирование, включающее в себя измерение артериального давления, роста и веса, определение количества угарного газа в выдыхаемом воздухе, кистевую динамометрию.

Более 200 детей и подростков, отдыхающих в летнем оздоровительном лагере, прослушали лекцию о вреде потребления табака, пивных и энергетических напитков, которую прочитали врачи Инзенской районной больницы. А врачи Николаевской ЦРБ разучили с отдыхающими в детском оздоровительном лагере «Жемчужина» комплекс упражнений для релаксации.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Однако

«Исцеление» за наличные



Главным следственным управлением ГУ МВД России по Москве возбуждено уголовное дело в отношении членов организованной группы, подозреваемых в хищении денежных средств граждан под видом продажи медицинского оборудования.

Как установлено в ходе расследования, злоумышленники, представляясь сотрудниками различных медицинских и иных учреждений, по телефону сообщали гражданам ложные сведения о якобы обнаруженных у них тяжёлых заболеваниях и вынуждали купить оборудование, которое выдавали за медицинские приборы. Свою противоправную деятельность участники группы осуществляли из офисного помещения, расположенного в столице. По имеющимся данным, от противозаконной деятельности злоумышленников пострадали не менее 13 граждан, проживающих в различных субъектах Российской Федерации.

По данному факту Главным Следственным управлением сто-

личной полиции возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного ст. 159 УК РФ «Мошенничество».

Сотрудниками отдела экономической безопасности и противодействия коррупции УВД по Западному административному округу при силовой поддержке Специального отряда быстрого реагирования Росгвардии по Москве задержаны 14 подозреваемых. В офисном помещении, а также по местам жительства задержанных проведены обыски, в ходе которых обнаружены и изъяты мобильные, и стационарные телефонные аппараты, база с указанием данных потерпевших, компьютерная техника и электронные носители.

В отношении одного из задержанных избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, в отношении 7 – в виде домашнего ареста, в отношении ещё 6 – в виде подписки о невыезде.

Расследование уголовного дела продолжается.

Валерий СУВОРИН.
МИА Сити!

Ежегодно программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи подвергается корректировке. Какие изменения вступили в силу в новом году и что надо знать каждому застрахованному о своих правах в системе ОМС – об этом рассказала «Медицинской газете» начальник Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования Светлана КРАВЧУК.

– Светлана Георгиевна, программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается на 3 года, но ежегодно происходят её изменения. Какие перемены произошли с документом?

– Напомню, что в следующем году будет 20 лет как Правительством России утверждается Программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на очередной календарный год, которая является правовым механизмом реализации конституционного права граждан Российской Федерации на бесплатную медицинскую помощь. Субъекты РФ ежегодно принимают и реализуют свои территориальные программы, объёмные и финансовые показатели которых не могут быть ниже федеральных.

С этого года пациентоориентированные направления развития здравоохранения в программе госгарантий выражены гораздо отчетливее. Теперь территориальная программа госгарантий обязательно должна включать требования к системе защиты прав граждан при получении медицинской помощи.

Ещё одно нововведение касается системы оплаты медицинской помощи. Способы оплаты медицинской помощи – это инструмент, оказывающий существенное влияние на целый ряд характеристик системы здравоохранения в целом. Поэтому к ним всегда приковано особое внимание. Минздравом России и ФОМС в постоянном режиме отслеживаются результаты эффективности применения способов оплаты медицинской помощи в рамках ОМС. Программа госгарантий с этого года дополнена новым способом оплаты медицинской помощи, оказываемой в

ОМС: реальность и перспективы

Программа госгарантий становится пациентоориентированной

Территориальные программы должны включать требования к системе защиты прав граждан при получении медицинской помощи



стационарных условиях и в условиях дневного стационара. Речь идёт об оплате за прерванный, в том числе сверхкороткий, случай оказания медицинской помощи при проведении диагностических исследований, переводе пациента в другую больницу, преждевременной выписке пациента при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, оказании услуг диализа. Раньше такие случаи часто становились предметом споров между медиками и страховщиками. Теперь эта сфера нормативно урегулирована.

– Насколько нам известно, претерпели изменения также критерии доступности и качества медицинской помощи.

– Совершенно верно – они стали более конкретны и детальны. В частности, исключён ряд статистических показателей общественного здоровья, дублирующих целевые индикаторы государственной программы «Развитие здравоохранения».

Мы продолжаем уделять повы-

шенное внимание профилактическому направлению: базовый объёмный норматив амбулаторных посещений с профилактическими целями увеличен на 16,7% к показателю 2016 г. В то же время дополнительно мы оптимизировали объёмы специализированной медицинской помощи, так как заболеваемость такими нозологиями, как туберкулёз или сифилис, психические расстройства, за последние 5 лет существенно сократилась: туберкулёз – более чем на 20%, венерические заболевания – почти на 40%, психические расстройства – на 15%. Эти болезни – зона ответственности региональных бюджетов, и приведённый пример реструктуризации нормативов объёмов медицинской помощи внутри подушевого норматива финансирования демонстрирует наше желание сократить нагрузку на бюджеты субъектов.

И ещё, впервые программа государственных гарантий дополнена положением, разрешающим установление нормативов объёмов медицинской помощи в территориальных программах на уровне ниже базовых при подтверждении корреляции их с соответствующими показателями заболеваемости и смертности в регионе.

– Расскажите, пожалуйста, о финансовой обеспеченности программы в части ОМС.

– Подушевой норматив финансирования базовой программы ОМС за счёт субвенций Федерального фонда ОМС в расчёте на одно застрахованное лицо в 2017 г. составляет 8958,2 руб. Это почти на 6% больше подушевого норматива 2016 г. Запланированные Федеральным законом о бюджете ФОМС размеры этого норматива

на 2018 и 2019 гг. – 9281,9 и 9559,4 руб. соответственно.

При этом средние нормативы финансовых затрат по видам и условиям оказания медицинской помощи также проиндексированы на 4% по сравнению с 2016 г. с учётом прогноза социально-экономического развития.

– Как известно, программа госгарантий – очень объёмный документ. Не каждый пациент сможет в ней разобраться. Как обычному человеку понять: что ему положено бесплатно, а за что лечебное учреждение вправе взимать плату?

– Один из разделов программы госгарантий (а соответственно и территориальных программ) включает в себя перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно. В этот перечень входят практически все заболевания и даже «симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесённые к заболеваниям и состояниям». Диагностируются и лечатся эти болезни и состояния при помощи медицинских услуг, номенклатура которых утверждена отдельным приказом Минздрава России, имеющим нормативную силу. Это несколько тысяч позиций.

Но... сейчас скажу парадоксальную вещь: пациенту не нужен этот перечень. Оплачивая полис ОСАГО, редко какой автовладелец интересуется объёмом стоящих за этим документом гарантий, но попадая в аварию, он после звонка в ГИБДД набирает номер страхового агента с вопросами о своих дальнейших действиях. В системе ОМС теперь есть аналогичный алгоритм действий. С прошлого года начал работу новый институт – страховые представители. При малейших

сомнениях относительно справедливости взимания платы за медуслуги или затянутых сроков проведения обследований следует набирать номер своей страховой компании. На первой же минуте пациенту ответит специалист 1-го уровня. Если конфликтная ситуация настолько сложна, что не может быть разрешена через первичную консультацию, то к работе подключится уже страховой представитель 2-го уровня.

Как показывает практика, порядка 90% всех проблем застрахованных граждан удаётся решить, как мы говорим, «со звонка» в страховую компанию. Вопросы, связанные с проблемами получения медицинской помощи, удаётся в подавляющем большинстве случаев решать в течение суток. При этом число обращений граждан РФ на горячие линии страховщиков по вопросам ОМС выросло более чем на 20% в I квартале текущего года по сравнению с соответствующим периодом прошлого года. Это означает рост доверия к относительно молодому новому механизму по защите прав в системе ОМС. Со следующего года адресность работы с застрахованными только повысится – начнёт функционировать 3-й уровень страховых поверенных.

Так что совсем необязательно тщательно изучать содержимое программы госгарантий. Важнее помнить о том, что на полисе ОМС указан телефонный номер страховщика: набирая его, теперь можно быть уверенным – ваш личный адвокат в сфере здравоохранения защитит ваши права в соответствии с программой госгарантий.

Беседу вела
Ксения САПОЖНИКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Ориентиры

Лор-отделение Кемеровской областной клинической больницы им. С.В.Беляева получило квоты на замену речевых процессоров у детей, ранее оперированных в федеральных клиниках по поводу кохлеарной имплантации.

Как правило, её проводят детям в возрасте 1,5-2 лет. Ведь чем раньше ребёнок начнёт слышать и обучаться речи, тем больше у него шансов заговорить. Ранее родители с маленькими пациентами вынуждены были ездить на замену и настройку речевого процессора в федеральные клиники. В лучшем случае – раз в 5 лет (столько составляет гарантийный срок работы изделия). Теперь смогут получать эти услуги рядом с домом – в лор-отделении Кемеровской ОКБ.

– Это существенно повысит качество жизни детей и их семей, – считает заведующий лор-отделением кандидат медицинских наук Вячеслав Вавин. – Хорошо, если установленный во время операции речевой процессор изначально отрегулирован очень точно. А если в его настройках что-то сбилось? Как различить, плачет полугодовалый малыш от того, что ему доставляет дискомфорт слишком громкий звук, или по другой причине? Даже одна поездка с боль-

Ближе к маленьким пациентам

Повышая качество жизни детей и их семей

ным ребёнком в Москву – целая история. Не говоря уже о расходах. Мы реально приблизили эту помощь к маленьким пациентам.

Замена процессора – процедура не хирургическая, а технологическая, в ней задействована целая команда специалистов. Сурдолог должен настроить прибор по разным частотам, психолог помогает пациенту адаптироваться к каждому звуковому сигналу, есть работа и для педагога. Пациент находится в больнице всего 3 дня. Потом родители смогут приезжать с ним не только для контроля эффективности проведённых мероприятий, но и по мере необходимости.

В настоящее время в Кузбассе проживают порядка 30 детей, перенёвших операцию кохлеарной имплантации. На 2017 г. областная больница получила 7 квот на замену речевых процессоров. Двоим пациентам помощь уже оказали.

– Мы сейчас отлаживаем процесс, чтобы в дальнейшем увеличить объёмы такой помощи, – комментирует В.Вавин.



В лор-операционной

Сегодня специалисты лор-отделения Кемеровской ОКБ максимально приблизились к хирургическому лечению тяжёлой тугоухости и тотальной глухоты – то есть к проведению собственно

кохлеарной имплантации. Для этого в Кузбассе есть все условия. Аудиологический скрининг новорождённых в роддомах области внедрён с 2008 г. Второй этап скрининга – среди детей с вы-

явленной патологией слуха – проводится на базе самой областной больницы. Реабилитацией ранее оперированных пациентов с имплантатами учреждение активно занимается в настоящее время. Здесь имеется современное оборудование для выполнения сложных микрохирургических операций на внутреннем ухе, оториноларингологи прошли соответствующую подготовку. Нет лишь квот на операции: они относятся к высоким медицинским технологиям и стоят порядка 1,2 млн руб. каждая.

– Но если возникнет необходимость прооперировать ребёнка на нашей базе, мы справимся, – подчёркивает В.Вавин. – Врождённая патология внутреннего уха часто сопряжена с другими проблемами развития, не все маленькие пациенты могут путешествовать до федеральных центров.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Фото
Фёдора БАРАНОВА.

Актуальные вопросы взаимодействия Медико-социальной экспертизы (МСЭ) и здравоохранения рассмотрены на парламентских слушаниях на тему: «Медико-социальная экспертиза – задачи системы здравоохранения», которые провёл Комитет Госдумы РФ по охране здоровья.

– Для нас критерием истины является практика. И её измерительный инструмент очень прост – человек должен чувствовать себя хорошо, находиться под защитой общества. Надо определиться, что мы можем сделать, исходя из наших возможностей, с позиции человека, который испытывает страдания и имеет ограничения жизнедеятельности. Мы должны сделать всё возможное, чтобы эти люди могли жить, работать и чувствовать себя такими же гражданами, как и все остальные, – заявил, открывая дискуссию, председатель комитета Дмитрий Морозов.

В настоящее время в России проживают 12,3 млн человек с ограниченными возможностями, из которых 60% – люди пенсионного возраста. Начиная с 2011 г., их число снижается, но вместе с тем происходит рост числа детей-инвалидов. Так, в 2015 г. их количество составляло 590 тыс. человек, а в 2017 г. – уже 625 тыс. Если ранее основными причинами установления инвалидности были заболевания системы кровообращения, то сегодня это новообразования, а также психические расстройства.

Из более чем 12 млн человек разных возрастов с инвалидностью работают лишь 2 млн. Доля работающих инвалидов трудоспособного

Итоги и прогнозы

Не оказаться на обочине жизни

Это цель людей с ограниченными возможностями

возраста в России, по данным Минтруда России, составляет порядка 31,8% от общего числа инвалидов трудоспособного возраста. Это несколько ниже аналогичного показателя в европейских странах (около 40% работающих инвалидов)».

Говоря о задачах системы здравоохранения, советник Президента РФ Александра Левицкая обратила внимание на то, что этот вопрос необходимо рассматривать комплексно. Она проинформировала участников слушаний о нормах Федерального закона о социальной защите прав инвалидов. Однако, как отметила А.Левицкая, правоприменительная практика по новым правилам начала реализовываться только в 2016 г., спустя 2 года от принятия закона, и уже выявила немало проблем. «Сегодня мы должны понять, каким образом система здравоохранения адаптировалась к новым критериям установления инвалидности. На данный момент нет актуальной нормативно-правовой базы, которая была бы сформирована Минздравом России. Инвалиды и их семьи становятся заложниками этих недоработанных межведомственных процессов», – сказал представитель главы государства. Кроме того, А.Левицкая напомнила, что в поручении Президента РФ особое внимание уде-

лено профилактике инвалидности у детей, однако до сих пор глубокий анализ причин роста детской инвалидности не проводился.

Заместитель министра труда и социальной защиты Алексей Черкасов и заместитель министра здравоохранения Сергей Краевой остановились в своих выступлениях на вопросах создания реестра инвалидов и «дорожной карты» по совершенствованию системы МСЭ.

Созданный на базе Пенсионного фонда РФ «Федеральный реестр инвалидов» заработает в начале 2018 г. В нём будут учитываться все индивидуальные особенности, включая диагнозы, технические средства реабилитации, другие необходимые характеристики.

Предусмотренные в «дорожной карте» мероприятия направлены на повышение объективности и качества выносимых экспертных решений, открытости и доступности информации о деятельности учреждений МСЭ, на недопущение коррупционных правонарушений. До конца 2017 г. планируется запустить пилотные проекты в Смоленской и Воронежской областях, а в 2019 г. внедрить её в деятельность учреждений МСЭ уже на федеральном уровне.

– К нам как депутатам обращаются граждане с жалобами, а иногда

с криками о помощи, связанными с неправомерным понижением группы инвалидности или её снятием, а также не установлением инвалидности детям, – обратил внимание участников слушаний Д.Морозов.

В числе основных проблем выступавшие отметили излишнюю бюрократизированную процедуру установления инвалидности, отсутствие чёткой маршрутизации детей-инвалидов при прохождении МСЭ и низкую доступность её учреждений для маломобильных групп инвалидов. Первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья Наталья Санина отметила также, что требуют решения вопросы кадрового обеспечения, а именно нехватки врачей по специальности МСЭ и повышение квалификации специалистов, работающих в первичном звене здравоохранения. Кроме того, существует острая необходимость создания единой информационной системы МСЭ и внедрение электронного документооборота для упрощения прохождения экспертизы людям с ограниченными физическими возможностями.

Среди предложений, прозвучавших на слушаниях, участники дискуссии, основываясь на собственном опыте, отметили необходимость направления до-

кументов в МСЭ в электронном виде, возможность прохождения экспертизы заочно по определённым показаниям, внесение ряда болезней в список заявок на инвалидность, а также установление чётких сроков прохождения МСЭ для детей-инвалидов. Кроме того, неоднократно звучало предложение передать полномочия МСЭ врачебным комиссиям.

Подводя итоги встречи, Д.Морозов предложил создать на базе думского Комитета по охране здоровья экспертный совет, который совместно с Комиссией по делам инвалидов при Президенте РФ мог бы встроиться в то движение, которое уже есть, совместно с пациентскими и общественными организациями для решения поставленных задач.

В слушаниях приняли участие депутаты Государственной Думы РФ, представители министерств и ведомств, общественных организаций инвалидов, региональных органов здравоохранения и социального обеспечения, врачи.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сито!

Москва.

Сотрудничество

Китайских врачей впечатлили омские коллеги

Теперь все настроены на встречу в Маньчжурии

Делегация из Маньчжурии – «самого русского китайского города» – побывала в нескольких больницах Омска, познакомившись с опытом работы медиков столицы Прииртышья. Одним из первых гостей принимал Клинический медико-хирургический центр (КМХЦ).

В КМХЦ делегация побывала в фониатрическом центре, которым более 30 лет руководит заслуженный врач РФ Людмила Доронина, в отделении микрохирургии кисти, вертебрологическом отделении, хирургических отделениях, отделении септической остеологии и специализированной травматологической операционной.

Особенное впечатление, сообщает администрация клиники, на китайских медиков произвело отделение микрохирургии кисти под руководством врача высшей квалификации Александра Переладова. Сегодня это единственный в Западной Сибири центр, где проводится лечение всех заболеваний кисти и предплечья: от подкожных доброкачественных образований до вживления искусственных суставов пальцев и «пришивания» утраченной из-за травмы конечности, которая впоследствии сохраняет свою работоспособность. Результаты ювелирной работы, которых удаётся добиться хирургам, настолько впечатлили гостей, что они буквально зааплодировали омским коллегам.

Не скрывали китайские специалисты удивления, когда их познакомили с работой вертебрологического отделения, занимающегося лечением пациентов с травмами спины, а также в хирургическом отделении № 3, где травматологи



В.Бережной с гостями из Поднебесной

КМХЦ внедряют перспективные методики лечения пациентов с гнойными осложнениями травматологического и ортопедического профиля. Гостям из Поднебесной рассказали о том, каких результатов удаётся достигать при эндопротезировании суставов (установка антибиотиконесущих компонентов в сустав), а также лечении гнойно-некротических процессов, развивающихся в костях и окружающих их мягких тканях.

– Клинический медико-хирургический центр – одно из ведущих медицинских учреждений города и области. У нас есть хирургические отделения экспертного класса, – подчеркнул главный врач КМХЦ Вадим Бережной. – Например, китайских специалистов заинтересовал наш опыт по хирургии поджелудочной железы. Это очень

сложные операции, и в Китае они выполняются только в крупнейших медицинских центрах. Также у нас выполняются тяжелейшие объёмные травматологические операции, которые в Омске могут проводить всего 4-5 специалистов высокого уровня. И наши гости высказали мысль о том, что они хотели бы увидеть наших врачей у себя в Маньчжурии. Со своей стороны, нам очень интересен опыт китайских врачей по реабилитации больных. Восточной медицине более 5 тыс. лет, и наши партнёры добились хороших результатов, которыми готовы поделиться с нами. Мы к сотрудничеству готовы!

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Проекты

В Алтайском крае прошёл Межрегиональный агропромышленный форум «День Сибирского поля – 2017», где помимо актуальных вопросов отрасли шла речь и о сельской медицине.

Сельская медицина становится доступнее

Министерство здравоохранения Алтайского края впервые стало участником такого форума. Состоялась презентация нового мобильного фельдшерско-акушерского комплекса. Заместитель министра сельского хозяйства России Иван Лебедев высоко оценил данную инициативу Алтайского края в реализации доступности медицинской помощи именно сельскому населению.

Министр здравоохранения края Ирина Долгова отметила: несмотря на системную работу по обеспечению доступности и качества медицинской помощи сельскому населению, отрасль испытывает большую потребность в таком медицинском оборудовании. Внедрение мобильного ФАПа позволит снизить количество вызовов скорой медицинской помощи в обслуживаемые населённые пункты, решить кадровую проблему.

Специалисты рассказали, что использование такой медтехники позволяет проводить наблюдение за детьми, медицинское обслуживание детских садов, не имеющих штатных медработников, диспансеризацию сельского населения, осмотр и плановые обследования больных, санитарно-противоэпидемиологические мероприятия, профилактическую вакцинацию.

Губернатора края Александра Карлина и И.Лебедева познакомили с работой Краевого центра медицинской профилактики, который был открыт в 2008 г. Главный врач центра Татьяна Репкина рассказала о работе мобильного центра здоровья.

Задача по решению проблемы доступности первичной специализированной медико-санитарной помощи сельскому населению обусловила необходимость совершенствования организации

выездных форм медицинского обслуживания. С этой целью в 2017 г. автопоезд «Здоровье» переведён на базу ведущего консультативно-диагностического учреждения региона – Диагностического центра Алтайского края.

– Благодаря автопоезду «Здоровье» выявлять болезни у сельских жителей стали на ранней стадии, – подчеркнул глава региона.

В рамках агрофорума врачи Диагностического центра провели ультразвуковое исследование щитовидной железы, органов брюшной полости и организовали скайп-консультирование пациентов с медиками, находящимися в Барнауле.

Неподдельный интерес у заместителя министра сельского хозяйства России вызвала работа Алтайского края по укрупнению скорой медицинской помощи региона.

Внедрены единые технологии, стандарты качества и организационно-методические подходы, единые технические требования к обслуживанию автомобилей на одной ремонтной базе. Обеспечен жёсткий контроль за оснащением укладок, сроками оказания скорой медицинской помощи, нагрузкой на бригады, повышается их маневренность.

– Главное сегодня – обеспечить оперативный приезд скорой помощи на вызов и высокопрофессиональную работу бригад, прибывших на вызов, с тем чтобы больной при наличии достаточных оснований был госпитализирован в стационарное медицинское учреждение для прохождения лечения, – отметил А.Карлин.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Алтайский край.

В радиологическом отделении Адыгейского республиканского клинического онкодиспансера пациента на каталке доставили к линейному ускорителю для проведения сеанса лучевой терапии.

Радиолог Нафисет Тлябичева и медсестра гамма-терапии Ольга Кузнецова для прицельного облучения опухоли установили перекрестие красных лучей в ранее определённую точку. На экранах компьютеров отображается 3D-изображение поражённого органа... Для пациента 62 лет с диагнозом «рак предстательной железы III степени» этот метод лечения – единственный шанс на жизнь. Весной нынешнего года в радиологическом отделении онкодиспансера было установлено новое оборудование – начал работу линейный ускоритель. Лучевое лечение на этом аппарате получили 29 пациентов с онкологическими заболеваниями различных органов. Естественно, пройдя курс лечения и имея положительную динамику, они продолжают оставаться в поле зрения медиков.

Людмила Алдонина, заведующая радиологическим отделением, рассказала об особенностях лучевого лечения на линейном ускорителе:

– Линейный ускоритель обладает всем необходимым для гарантированной реализации широкого спектра радиотерапевтических методик облучения. Мы можем подвести нужную дозу в глубоко расположенные опухоли, обходя

Наши коллеги

В духе времени

На такую работу ориентируются адыгейские онкологи



С. Беретарь

органы риска, которые находятся в зоне облучения. Кроме того, у нас установлен компьютерный томограф, предварительная разметка на котором позволяет обеспечить более точное дозное распределение во время облучения, и уже на экране мы хорошо видим, что луч избирательно попадает именно в поражённый орган, обходя

остальные рядом расположенные органы.

Главный врач онкологического диспансера Сафер Беретарь сказал:

– Те революционные перемены, которые произошли в наших стенах в последние год-два, стали возможны лишь потому, что мы всегда работаем в духе времени, поддерживаем контакты с ведущими НИИ онкологии: Российским онкологическим научным центром им. Н.Н.Блохина, Московским НИИ онкологии им. П.А.Герцена, НИИ

онкологии им. Н.Н.Петрова Санкт-Петербурга, Ростовским научно-исследовательским онкологическим институтом, который курирует деятельность онкологических диспансеров Южного федерального округа. Все методики, применяемые в России, применяются и у нас.

– Сегодня онкология молодееет...



Здание онкодиспансера

– Действительно, это так. И дело не в том, что улучшилась диагностика, и, как следствие, увеличился процент выявляемости злокачественных новообразований на ранних стадиях. Это связано с общей обстановкой, образом жизни, экологией, а также наследственностью. При определённых обстоятельствах может произойти иммунный сбой, который приведёт к образованию злокачественной опухоли.

– Одна из системных проблем российского здравоохране-

ния – кадровая, – естественно, не могла обойти стороной и ваш диспансер...

– По структуре наш диспансер состоит из 15 отделений и служб, из них – 6 отделений стационара. Кочный фонд составляет 146 сменных коек. Укомплектованность врачскими кадрами – 60,5%, средним медицинским

персоналом – 60%. Полностью укомплектовано только ведущее отделение – хирургическое. В дефиците – химиотерапевты, гематологи. Отделения по численности небольшие, и там срабатывает теория малых чисел. Например, при штатной численности 4 врача, не хватает 2, это уже 50%... Пока что выходим из положения за счёт совместительства. Ждём выпускников мединститута.

Мы справляемся с поставленными задачами, и главное, на мой взгляд, в том, что жители Адыгеи и близлежащих районов Краснодарского края должны верить в нас, идти к нам. Чем раньше они обратятся за помощью к специалистам, тем больше шансов будет у медиков и пациентов вместе победить болезнь.

– То есть не просто верить человеку в белом халате, врачу, а именно – местному врачу?

– Лечат-то в основном как раз наши врачи, единицы пациентов едут за пределы Адыгеи, которые впоследствии возвращаются и говорят: «Зачем мы туда ездили? Здесь, в республике, есть диспансер, в котором можно получить квалифицированную помощь».

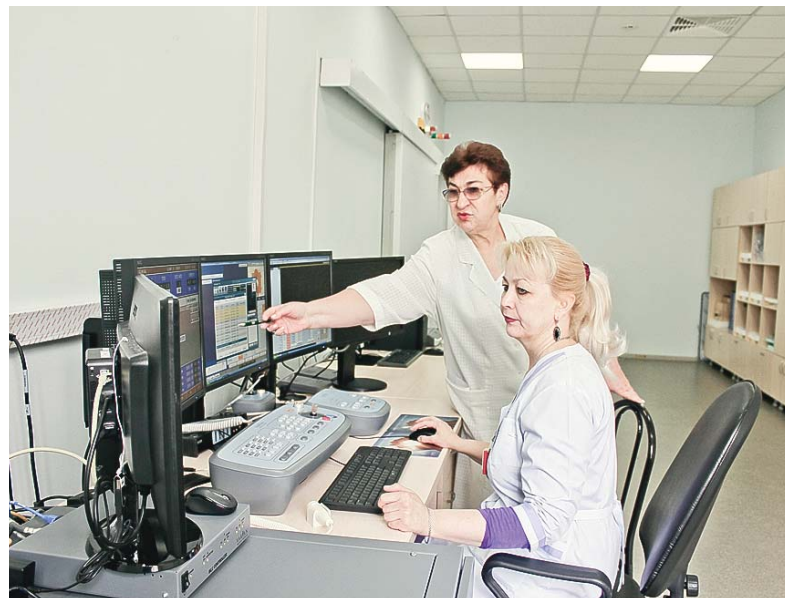
Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Республика Адыгея.

Фото автора.



Н. Тлябичева (слева) и О. Кузнецова проводят укладку для сеанса лучевой терапии



Л. Алдонина (слева) и медицинская сестра гамма-терапии Т. Князева контролируют сеанс лучевой терапии

Ситуация

Региональные программы модернизации здравоохранения на 2014–2015 гг. в Республике Крым и городе Севастополь до сих пор не завершены, поэтому Общероссийский народный фронт – против того чтобы снять соответствующее поручение Президента России с контроля.

К этому выводу в ОНФ пришли на основе анализа его экспертов совместного доклада главы республики Сергея Аксёнова и временно исполняющего обязанности губернатора города Севастополь Дмитрия Овсянникова. Несмотря на то, что выделенные в рамках программ деньги практически полностью освоены, часть оборудования не введена в эксплуатацию, а в некоторых медучреждениях до сих пор не завершены ремонтные работы.

ОНФ предлагает запросить у органов исполнительной власти дополнительную информацию о ситуации с оснащением необходимым оборудованием больниц и поликлиник.

На бумаге и в реальности

ОНФ: мало отчитаться, что средства освоены

Как отмечают в ОНФ, в рамках Государственной программы модернизации здравоохранения Республики Крым на 2014–2015 гг. было потрачено свыше 5,1 млрд руб. В рассмотренном экспертами докладе указано, что выполнены фактически все мероприятия программы, кроме проведения капитального ремонта в 3 медицинских организациях: Керченской больнице № 1 им. Н.И.Пирогова, Керченской городской больнице № 2 и Ялтинской городской больнице № 1. Однако нет никакой информации об оснащении материально-технической базы этих медучреждений: неизвестно, установлено и запущено ли поставленное оборудование, а также насколько эффективно оно используется для лечения и диа-

гностики пациентов в медицинских учреждениях республики.

В городе Севастополь в программе модернизации здравоохранения на 2014–2015 гг. действованы 18 медицинских организаций, общий объём финансирования программы превысил 929 млн руб. В 2016 г., поскольку программа была продлена, было дополнительно направлено на эти цели ещё 175,7 млн руб., из которых освоено 162,4 млн. При этом анализ того, как были реализованы мероприятия, показывает пример городской больницы № 1 им. Н.И.Пирогова, где до сих пор не введён в эксплуатацию аппарат МРТ. Также не завершён капитальный ремонт рентгенкабинета в главном корпусе городской

больницы № 5 – Центре охраны здоровья матери и ребёнка. Не внедрена полностью спутниковая навигация ГЛОНАСС. Дооснастить и запустить систему на 24 автомобилях и 6 станциях скорой медицинской помощи теперь планируется до конца 2017 г.

– Мало отчитаться о том, что деньги потрачены и освоены, нужно проверить прежде всего, стала ли медицинская помощь для крымчан качественнее и доступнее. Для этого нужно понять, работает ли закупленное оборудование, запущены ли новые кабинеты, приходят ли туда на приём пациенты. Мы со своей стороны намерены добиваться качественного и полноценного завершения региональной программы модернизации на

2014–2015 гг. Пока же ОНФ считает поручение исполненным лишь частично и предлагает не снимать его с контроля, – говорит координатор Центра ОНФ по мониторингу качества и доступности здравоохранения, депутат Государственной думы РФ, заслуженный врач России Николай Говорин.

Напомним, что срок исполнения поручения Президента РФ, лидера Общероссийского народного фронта Владимира Путина о реализации программы модернизации здравоохранения Республики Крым и города Севастополь на 2014–2015 гг. истёк 31 марта 2017 г.

Валентин КАЗАЦКИЙ,
МИА Сити!

В числе других отраслей, чей формат изменяет цифровая экономика, программу развития которой по поручению Президента России Владимира Путина подготовило Правительство РФ, глава государства назвал на Петербургском международном экономическом форуме 2017 г. (ПМЭФ) и здравоохранение.

Принципиально иная инфраструктура

Согласно правительственной программе, не менее 99% государственных медицинских организаций страны должны будут внедрить к ноябрю 2025 г. медицинские информационные системы и интегрировать их с региональными информационными системами и компонентами единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Также не менее 99% рабочих мест медработников в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, должны быть дооснащены по проекту «Совершенствование процессов организации медицинской помощи на основе внедрения информационных технологий» компьютерным оборудованием, автоматизированными рабочими местами, подключёнными к медицинским информационным системам, и электронными подписями.

Во всех 85 субъектах Федерации в 2025 г. будут организованы процессы оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Уже в 2018 г. 100% российских граждан, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования, должны будут иметь электронные медкарты. Число пользователей электронных медицинских сервисов, доступных в личном кабинете «Моё здоровье», в 2025 г. должно составить 48 млн человек.

Но для всего этого необходимо уже к концу 2018 г. подключить к высокоскоростному интернету 14 тыс. отдельно стоящих зданий, сообщил на ПМЭФ министр связи и массовых коммуникаций РФ Николай Никифоров.

— Мы к этой работе приступаем. Рассчитываем, что уже летом сможем завершить работу примерно по 4 тыс. объектов. Ещё около 10 тыс. останутся на 2018 г., — пояснил, выступая на форуме, министр. — Это принципиально иная инфраструктура. На эти цели будет суммарно затрочено почти 20 млрд руб., из них 5,5 млрд предусмотрено Правительством РФ в этом году отдельно выделял из резервного фонда.

Глава Минкомсвязи России подчеркнул, что в число подключаемых не входят фельдшерско-акушерские пункты: «Наша задача — построить дорогу до деревни, а дорожки внутри деревни — это полномочия региональных и муниципальных бюджетов». В то же время, отвечая на вопрос о дальнейших бюрократических сложностях подключения отдельного

Итоги и прогнозы

Плюс — информатизация здравоохранения

Телемедицина для пациентов заработает в 2019 г.

ФАПа, министр заверил, что их быть не должно — проходить дополнительные экспертизы и конкурсные процедуры не обязательно. «Вы просто приходите к оператору и говорите: «Хочу подключиться» в том населённом пункте, куда пришла связь. Вам просто приносят договор на оказание услуг связи и подключают. Это может сделать каждый главный врач, можно объединить всё в один конкурс и разыграть его на весь субъект РФ», — объяснил Н.Никифоров.

Также он напомнил о том, что после подключения возникнут финансовые вопросы по обслуживанию нового оборудования — расходы медучреждений вырастут, и пока не понятно, из каких источников это будет финансироваться.

Н.Никифоров также отметил, что кроме проведения каналов связи потребуется ещё состыковка различных видов оборудования и стандартов передачи информации. «Мы не ограничиваемся только каналами связи, — сказал он. — В идеале мы должны понимать, что каждый сотрудник этих учреждений здравоохранения должен быть подключён и находиться в режиме онлайн с помощью тех или иных устройств. Не важно, что это будет — смартфон, планшет, ноутбук, стационарный компьютер. Мы к этому придём максимум, наверное, к 2024 г. Задача правительства и профильных министерств — так сбалансировать решения, чтобы мы могли прийти к этому как можно скорее. Если инфраструктурные вещи закроем, то там каждый год и каждый месяц будем внедрять всё новые прикладные сервисы, чтобы повышать качество работы системы в целом».

Надежда на телемедицину

Внедрение системы телемедицины может решить проблему

нехватки узких медицинских специалистов и терапевтов на селе, заметил в ходе той же панельной сессии ПМЭФ врио губернатора Пермского края Максим Решетников.

медицине, были на «ты» с цифровыми данными. Безусловно, безопасность в работе с большими данными — это достаточно чувствительный вопрос, который



К высокоскоростному интернету намечено подключить 14 тыс. медучреждений

— Специалистов на селе нет, и та реформа медицинского образования, которая идёт, скорее всего, усугубит ситуацию с нехваткой специалистов, по крайней мере так я сейчас вижу по параметрам края, — сказал он. — Нам нужно срочно искать какие-то методы, чтобы нехватку узких специалистов и терапевтов на селе заместить. Ну, первое, что приходит в голову, — телемедицина. Но не в режиме сложных процессов, а в режиме, за протоколизированной конференции.

М.Решетников также отметил, что к проведению такого рода телеконференций необходимо добавить единую базу медицинских карт, куда бы могли поступать все данные по состоянию и анализам пациентов. «Как только у нас такая инфраструктура появится, мы сможем тут же на село высылать бригаду врачей, которые будут там иметь доступ ко всей информации и принимать население. Ничего сложного тут пока городить особо и не надо», — сказал он.

Обеспечение кадрами в здравоохранении должно соответствовать внедряемым технологиям в отрасли, считает и губернатор Ханты-Мансийского автономного округа Наталья Комарова.

— Очень важно, чтобы кадровое обеспечение, те, кто работает в

необходимо иметь в виду», — сказала глава ХМАО в ходе панельной сессии форума. Н.Комарова добавила, что в выстраивании цифровой политики в медицине следует опираться на запрос пациентов.

Губернатор региона сообщила, что за год в ХМАО проводится более 5 тыс. телемедицинских консультаций. При этом с 2016 г. в округе проводится эксперимент по дистанционному консультированию больных с нарушениями ритма, врождённым пороком сердца для отбора на оперативное лечение, диспансерное обследование. Запущена также система мобильного телемониторинга людей с кардиостимуляторами.

— Мы считаем, что это рабочая система, и предложили Совету при Президенте РФ по развитию физкультуры и спорта использовать аналог возможностей этой системы в подготовке спортивного резерва, — добавила Н.Комарова.

Также она отметила, что в настоящее время в регионе вместе с Агентством социальных инициатив реализуется проект по свободному доступу врачей к ведущим мировым рекомендациям по диагностике и лечению пациентов, будет такой доступ и к истории исследования заболеваний, накопленный за последние три десятилетия в 130 странах.

ИТ-сфера в здравоохранении, по словам Н.Комаровой, развивается в округе очень активно. Это подтверждают и цифры: в Югре проходит около 5 тыс. телемедицинских консультаций — это и работа с пациентами, и обучение врачей, повышение их квалификации. Телемедицинские центры округа — одни из лучших не только в России, но и, как считает губернатор, в мире. Так, в рамках IT-форума медики из Индии перенимали опыт работы ханты-мансийских специалистов. Кроме того, в округе работает

региональный центр обработки медицинских данных и «Портал пациента», объединивший электронные регистратуры всех югорских больниц. Сейчас в Югре разрабатывают электронный сервис, который поможет врачам предельно точно диагностировать заболевания.

Этой темы касались и на подписании соглашения ХМАО со Свердловской областью. Два губернатора договорились о том, что жители посёлка Пелым Свердловской области будут получать медицинскую помощь в югорских больницах. До окружных медицинских учреждений селянам просто ближе.

— Теперь жители Свердловской области, которые живут рядом с границей ХМАО — Югры, будут получать, в том числе, и медицинскую помощь в медучреждениях Югры. Мы вас благодарим, — сказал свердловский губернатор Евгений Куйвашев.

Выбор Свердловской области учреждений здравоохранения нашего региона для оказания медицинской помощи — это одновременно и оценка возможностей учреждений здравоохранения нашего региона оказывать эти услуги на хорошем уровне без отказа и для своего населения, и для ближайших соседей, — подчеркнула Н.Комарова.

Россия имеет все шансы стать лидером

Во время ПЭМФ заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец заявила, что предлагает ввести «бюджетное правило» для социальной сферы. По её словам, стоит запретить снижать расходы на образование и здравоохранение ниже определённого уровня. Проект этого документа обсуждался в правительстве, сообщила вице-премьер.

— Мы должны в перспективе защитить социальные расходы. Расходы на образование и здравоохранение и те, от которых зависит развитие человеческого капитала, — сказала О.Голодец.

В настоящее время, как известно, есть временное «бюджетное правило», согласно которому Минфин России не тратит сверхдоходы от продажи нефти и газа, а направляет их в резервы, покупая валюту.

Тем не менее Россия имеет все шансы стать лидером в цифровой медицине, заявил на панельной сессии профессор Университета им. Эразма Роттердамского Ник Гульдемонт. По его словам, качество профессиональной подготовки медицинских кадров в нашей стране на достаточно высоком уровне. Единственное, с учётом требований времени, надо правильно интегрировать новые навыки в образовательную систему и правильно их внедрить в учебные программы.

**Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».**

Официально

Счётной палате РФ были даны исчерпывающие пояснения по тем замечаниям, на которые указывается в акте. Прежде всего следует отметить, что при оценке тех или иных показателей не может применяться исключительно инвентаризационный подход без анализа сущности вопроса.

Так, например, ожидаемая продолжительность жизни при рождении является интегральным демографическим показателем, на который влияют множество факторов, в том числе социально-экономические. За 2016 г. ожидаемая продолжительность жизни населения увеличилась на 0,5 года, впервые достигнув 72 лет, а за последнее десятилетие она увеличилась более чем на 6 лет (2006 г. — 65,37 лет). За последние 5 лет наблюдается снижение смертности от всех причин с 13,3 в 2012 г. до 12,9 на тысячу населения в 2016 г. По сравнению с 2015 г. показатель смертности от всех причин снизился на 0,7%. В 2016 г.

Нужен анализ, а не инвентаризационный подход

Минздрав России прокомментировал замечания Счётной палаты Российской Федерации

удалось сохранить на 17,5 тыс. жизней больше, чем за 2015 г.

За 2016 г. по сравнению с 2015 г. показатели смертности снизились во всех возрастных группах: дети 0-17 лет — на 9,1%, трудоспособное население — на 5,9%, лица старше трудоспособного возраста — на 1,4%. Это стало возможным благодаря снижению смертности от всех основных причин.

Важно отметить, что снижение смертности произошло, несмотря на изменение возрастной структуры населения. За 2016 г. число лиц старше трудоспособного возраста увеличилось на 2,5% (за 5 лет число лиц старше трудоспособного возраста увеличилось на 13,1%), составив 24,5%, что не могло не сказаться естественным образом на увеличении числа смертей.

Иными словами, все основные показатели имеют положительную

динамику, а их неполное соответствие ранее данным экспертами прогнозам объясняется тем, что указанные прогнозы делались на основании иных исходных социально-экономических и демографических условий.

При обсуждении вопроса об обеспеченности врачами следует учитывать, что при установлении целевых значений учитывались медицинские работники, задействованные в образовательной, научной и иных сферах, а Счётная палата РФ проводит сравнение на основании статистических форм, не учитывающих врачей указанных отраслей. По этой причине приводимое сравнение является некорректным.

Изменение фактических обстоятельств повлияло также на такой показатель, как заработная плата: различия связаны с увеличением

фактической средней заработной платы в субъектах Российской Федерации (среднемесячного дохода от трудовой деятельности) по сравнению с прогнозируемой при незначительном изменении уровня фактической средней заработной платы отдельных категорий медицинских работников (врачей и младшего медицинского персонала) от прогнозируемого.

В целях контроля выполнения целевых показателей по заработной плате медицинских работников Минздравом России осуществляется её ежеквартальный анализ.

По вопросу использования лимитов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи необходимо отметить, что Счётная палата РФ указывает не на реальных, а на потенциальных пациентов, основываясь на финансовых расчётах, что некорректно: на возможность

оказания помощи влияет целый ряд факторов, а не только финансовая обеспеченность.

При планировании объёмов ВМП Минздрав России ориентировался на информацию об объёмах бюджетных средств, доведённую до него в рамках бюджетного процесса. При этом в самом конце года (ноябрь 2016 г.) до министерства были доведены средства, превышающие ранее указанную информацию, на основании которой планировались объёмы оказанной помощи. Столь позднее доведение новых объёмов средств сделало невозможным их направление на финансовое обеспечение дополнительных объёмов высокотехнологичной помощи. Однако указанные средства будут использованы на те же цели в текущем году.

Пресс-служба Минздрава России.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 46 (2076)

(Окончание. Начало в № 48 от 05.07.2017.)

Также при упорных, не поддающихся обычной терапии болях в горле требуется проведение дифференциальной диагностики с рядом синдромов, развивающихся при некоторых системных заболеваниях и болезнях нервной системы. Синдром Пламмера – Винсона возникает у женщин в возрасте от 40 до 70 лет на фоне железодефицитной анемии. Синдром Шегрена – аутоиммунное заболевание, сопровождающееся помимо выраженной сухости слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта диффузным увеличением слюнных желёз. Для синдрома Eagle (стилалгии) характерны сильные постоянные, часто односторонние боли в горле, вызванные удлинением шиловидного отростка, который расположен на нижней поверхности височной кости и может прощупываться над верхним полюсом нёбной миндалины. Целый ряд невралгий (языкоглоточного или блуждающего нерва) также может быть причиной болей в горле, особенно у пожилых людей.

Дифференциальная диагностика различных состояний, которые могут быть причинами болей в горле.

Самая вероятная причина

Вирусный фарингит

Наиболее опасные заболевания, симулирующие острые фарингиты*Сердечно-сосудистые (иррадиация болей в области глотки):*

- стенокардия
- инфаркт миокарда.

Злокачественные новообразования:

- рак ротоглотки и полости рта.

Инфекции

- острый эпиглоттит (чаще в детском возрасте)

- перитонзиллярный абсцесс
- окологлоточный, боковоглоточный и загллоточный абсцессы

- дифтерия
- ВИЧ-инфекция.

Болезни крови

- агранулоцитоз, острый лейкоз.

Источники неверного диагноза

Инородные тела.

Инфекционный мононуклеоз.

Кандидозный стоматит.

- у грудных детей
- при ингаляциях кортикостероидов
- на фоне сахарного диабета.

Болезни, передающиеся половым путём

- фарингит, вызванный *Neisseria gonorrhoeae*

- фарингит, вызванный вирусом простого герпеса 2-го типа

- сифилис.

*Острый тиреоидит.**Раздражение верхних дыхательных путей (табачным дымом, химическими веществами).**Дыхание ртом.**Редкие причины:*

- системная склеродермия
- саркоидоз
- срединная гранулёма лица
- туберкулёз.

Состояния, вызывающие боли в горле
Побочное действие лекарственных средств и интоксикация.

Анемия.

Болезни щитовидной железы (острый тиреоидит).

Болезни позвоночника.

Психические нарушения и симуляция**Лечение**

В подавляющем большинстве случаев лечение может проводиться амбулаторно. Учитывая инфекционный характер заболевания (как при вирусной, так и при бактериальной этиологии), пациенты требуют изоляции из организованных коллективов (детские дома, интернаты, воинские части, тюрьмы и т.п.) или заведомо низкая комплаентность (дети из «неблагополучных» семей);

- наличие гнойных осложнений (паратонзиллярный, парафарингеальный, ретрофарингеальный абсцессы, гнойный лимфаденит и т.п.);
- наличие фоновых заболеваний с вероятностью декомпенсации на фоне острого воспалительного процесса.

Системная антибактериальная терапия

В настоящее время в качестве практически единственного показателя к системной противомикробной терапии у иммунокомпетентных лиц рассматривается стрептококковый (БГСА) генез воспаления (за исключением крайне редких случаев дифтерии, гонококкового тонзиллита, язвенно-некротической ангины Симановского – Плаута – Венсана). Данная концепция

отражена во многих зарубежных руководствах и согласительных документах. В связи с этим крайне важна этиологическая расшифровка диагноза, о чём было сказано выше. Таким образом, системная антибактериальная терапия показана 20-30% детей и 5-15% взрослых с ОТФ. К сожалению, в России в данный момент до 95% пациентов с данной патологией получают системный антибиотик, то есть более 65% – необоснованно. Кроме того, в 71% случаев выбор противомикробного средства можно считать нерациональным.

Целями системной антибактериальной терапии при остром стрептококковом тонзиллофарингите являются:

- эрадикация возбудителя (БГСА);
- профилактика осложнений («ранних» гнойных и «поздних» аутоиммунных);
- ограничение очага инфекции (снижение контагиозности);
- клиническое выздоровление.

Выбор препарата

Антибиотикотерапия острого стрептококкового тонзиллофарингита отличается от таковой при других респираторных бактериальных инфекциях (острый бактериальный риносинусит, острый средний отит, пневмония) в силу известности целевого микроорганизма и не является эмпирической.

100% штаммов бета-гемолитического стрептококка группы A *in vitro* чувствительны к природному пенициллину и, соответственно, всем бета-лактамам препаратам последующих генераций.

В связи с этим стартовым препаратом для лечения острого стрептококкового тонзиллофарингита остаётся пенициллин (феноксиметилпенициллин внутрь) (уровень доказательности I). Альтернативным препаратом с меньшей кратностью приёма является амоксициллин (уровень доказательности I). Необходимо помнить, что аминопенициллины (в т.ч. амоксициллин) противопоказаны при инфекционном мононуклеозе в связи с высокой вероятностью развития токсико-аллергических реакций (т.н. ампициллиновой или амоксициллиновой сыпи). Поэтому в случаях ОТФ, подозрительных на инфекционный мононуклеоз и требующих при этом назначения системной антибактериальной терапии (выделение БГСА), рационально использование феноксиметилпенициллина или цефалоспоринов.

Несмотря на существующую по сей день 100%-ную чувствительность *in vitro* всех известных штаммов БГСА к пенициллину, начиная с «зари» применения данного антибиотика для лечения стрептококкового тонзиллофарингита, появились наблюде-

ния случаев его клинической и микробиологической неэффективности.

В литературе имеется множество объяснений клинической неэффективности: наличие ко-патогенной флоры в полости ротоглотки, продуцирующей бета-лактамазы; ко-агрегация микроорганизмов и образование биоплёнок; снижение пенетрации пенициллина в ткань миндалин; внутриклеточная локализация возбудителя и др.

О клинической неэффективности можно говорить при отсутствии положительной динамики (купирование лихорадки, уменьшение болевого синдрома) в течение 48-72 часов. В подобном случае необходим пересмотр диагноза (вероятное течение ОРВИ, инфекционного мононуклеоза), а при уверенности в стрептококковом генезе – смена антибактериального препарата.

У пациентов с доказанной аллергией на бета-лактамы антибиотиков возможно назначение пероральных цефалоспоринов II-III поколения, так как вероятность перекрёстных аллергических реакций с пенициллинами составляет 1,9 и 0,6% для II и III поколений соответственно (уровень доказательности II).

С целью местной терапии является быстрое уменьшение выраженности болевого синдрома и других воспалительных явлений, а также профилактика вторичного инфицирования повреждённой слизистой оболочки.

Это определяет основные направления местной терапии:

- противовоспалительные и обезболивающие вещества;
- антисептики и антибиотики.

Местная терапия не может заменить системную антибактериальную терапию при остром стрептококковом тонзиллите, так как не влияет на вероятность развития «поздних» аутоиммунных осложнений.

К наиболее широко используемым местным антисептикам относятся: бензалкония хлорид, гексэтидин, дихлорбензил, амилметакрезол, хлоргексидин, препараты йода, октенидин, мирамистин, биклотимол, сульфаниламиды и др. При назначении местных антисептиков следует придерживаться разрешённой кратности приёма и возрастных ограничений в связи с определённой токсичностью некоторых из них (хлоргексидин) и учитывать возможность развития аллергических реакций (препараты йода, сульфаниламиды).

Группа местных антибиотиков для лечения ОТФ представлена лишь одним препаратом – фузафунгином. В спектр его активности *in vitro* входят стрептококк группы А, пневмококк, стафилококк, некоторые штаммы нейссерий, некоторые анаэробы, грибы рода кандида (*Candida albicans*) и *Mycoplasma pneumoniae*. Описано и противовоспалительное действие препарата.

Местные нестероидные противовоспалительные препараты могут входить в состав комплексных средств или применяться в виде монопрепаратов. Среди них наиболее часто используются флурбипрофен, бензидамина гидрохлорид. Многие препараты в качестве обезболивающего компонента включают ментол.

Вопрос включения в схему лечения ОТФ противовирусных препаратов, иммунокорректоров, топических и системных бактериальных лизатов, гомеопатических средств остаётся дискуссионным и требует дальнейшего изучения.

Осложнения

Гнойные (возможны как при вирусном, так и при бактериальном ОТФ):

- паратонзиллит/паратонзиллярный абсцесс;
- заглоточный абсцесс (преимущественно у детей до 6 лет);
- парафарингит/парафарингеальный абсцесс;

Симптоматическая системная терапия

Для купирования лихорадки и/или болевого синдрома возможно использование нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в стандартных рекомендуемых дозах. В детском возрасте предпочтение необходимо отдавать препаратам парацетамола или ибупрофена (уровень доказательности I) в дозах 10-15 и 8-10 мг/кг/приём соответственно. Следует предостеречь от необоснованного приёма жаропонижающих средств (у детей старше 3 месяцев без фебрильных судорог в анамнезе, согласно рекомендациям ВОЗ, необходимо снижать температуру > 39,5°C). Необоснованное медикаментозное купирование лихорадки может затруднить объективную оценку эффективности начатой антибактериальной терапии при стрептококковом ОТФ.

Местная терапия

В настоящее время на фармацевтическом рынке представлен широкий спектр местных средств для терапии ОТФ в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, а также таблеток и пастилок для рассасывания.

Целью местной терапии является быстрое уменьшение выраженности болевого синдрома и других воспалительных явлений, а также профилактика вторичного инфицирования повреждённой слизистой оболочки.

Это определяет основные направления местной терапии:

- противовоспалительные и обезболивающие вещества;
- антисептики и антибиотики.

Местная терапия не может заменить системную антибактериальную терапию при остром стрептококковом тонзиллите, так как не влияет на вероятность развития «поздних» аутоиммунных осложнений.

К наиболее широко используемым местным антисептикам относятся: бензалкония хлорид, гексэтидин, дихлорбензил, амилметакрезол, хлоргексидин, препараты йода, октенидин, мирамистин, биклотимол, сульфаниламиды и др. При назначении местных антисептиков следует придерживаться разрешённой кратности приёма и возрастных ограничений в связи с определённой токсичностью некоторых из них (хлоргексидин) и учитывать возможность развития аллергических реакций (препараты йода, сульфаниламиды).

Группа местных антибиотиков для лечения ОТФ представлена лишь одним препаратом – фузафунгином. В спектр его активности *in vitro* входят стрептококк группы А, пневмококк, стафилококк, некоторые штаммы нейссерий, некоторые анаэробы, грибы рода кандида (*Candida albicans*) и *Mycoplasma pneumoniae*. Описано и противовоспалительное действие препарата.

Местные нестероидные противовоспалительные препараты могут входить в состав комплексных средств или применяться в виде монопрепаратов. Среди них наиболее часто используются флурбипрофен, бензидамина гидрохлорид. Многие препараты в качестве обезболивающего компонента включают ментол.

Вопрос включения в схему лечения ОТФ противовирусных препаратов, иммунокорректоров, топических и системных бактериальных лизатов, гомеопатических средств остаётся дискуссионным и требует дальнейшего изучения.

Осложнения

Гнойные (возможны как при вирусном, так и при бактериальном ОТФ):

- паратонзиллит/паратонзиллярный абсцесс;
- заглоточный абсцесс (преимущественно у детей до 6 лет);
- парафарингит/парафарингеальный абсцесс;

Симптоматическая системная терапия

Для купирования лихорадки и/или болевого синдрома возможно использование нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) в стандартных рекомендуемых дозах. В детском возрасте предпочтение необходимо отдавать препаратам парацетамола или ибупрофена (уровень доказательности I) в дозах 10-15 и 8-10 мг/кг/приём соответственно. Следует предостеречь от необоснованного приёма жаропонижающих средств (у детей старше 3 месяцев без фебрильных судорог в анамнезе, согласно рекомендациям ВОЗ, необходимо снижать температуру > 39,5°C). Необоснованное медикаментозное купирование лихорадки может затруднить объективную оценку эффективности начатой антибактериальной терапии при стрептококковом ОТФ.

Местная терапия

В настоящее время на фармацевтическом рынке представлен широкий спектр местных средств для терапии ОТФ в виде полосканий, инсуффляций, ингаляций, а также таблеток и пастилок для рассасывания.

Таблица 3
Таблица 3. Суточные дозы и режим введения антибиотиков при остром стрептококковом тонзиллите

Антибиотик	Доза		Связь с приёмом пищи	Длительность лечения
	Взрослые	Дети		
Препараты выбора				
Феноксиметилпенициллин	1,5 г/сут в 3 приёма	При m < 25 кг 0,375 г/сут в 2 приёма, при m > 25 кг 750 мг/сут в 3 приёма	За 1 час до еды	10 дней
Амоксициллин*	1,5 г/сут в 3 приёма или 2,0 г в сут в 2 приёма	50 мг/кг/сут в 2-3 приёма	Независимо	10 дней
Бензатин пенициллин**	2,4 млн ед. в/м	При m < 27 кг 600 тыс. ед., при m > 27 кг 1,2 млн ед. в/м	Независимо	Однократно
Цефалексин	1,0 г в 2 приёма	40 мг/кг/сут в 2 приёма	За 30-60 мин. до еды	10 дней
При аллергии на пенициллины				
Цефуроксим аксетил	1,0 г/сут в 2 приёма	20 мг/кг/сут в 2 приёма	Сразу после еды	10 дней
Цефтибутен	400 мг/сут в 1 приём	9 мг/кг/сут в 1 приём	Независимо	10 дней
Цефиксим	400 мг/сут в 1 приём	8 мг/кг/сут в 1 приём	Независимо	10 дней
При аллергии на пенициллины и цефалоспорины				
Эритромицин***, ****	1,5 г/сут в 3 приёма	40 мг/кг/сут в 3 приёма	За час до еды	10 дней
Азитромицин****	500 мг/сут в 1 приём	12 мг/кг/сут в 1 приём	За час до еды	5 дней
Кларитромицин****	500 мг/сут в 2 приёма	15 мг/кг/сут в 2 приёма	Независимо	10 дней
Джозамицин	1,0 г/сут в 2 приёма	40 мг/кг/сут в 2 приёма	Между приёмами пищи	10 дней
Мидекамицин	1,2 г/сут в 3 приёма	50 мг/кг/сут в 2 приёма	За час до еды	10 дней
Спирамицин	6 млн МЕ/сут в 2 приёма	При m > 20 кг 300 тыс МЕ/кг/сут в 2 приёма	Независимо	10 дней
При аллергии на бета-лактамы и макролиды				
Клиндамицин*****	0,6 г/сут в 4 приёма	20 мг/кг/сут в 3 приёма	С большим объёмом воды	10 дней
Линкомицин*****	1,5 г/сут в 3 приёма	30 мг/кг/сут в 3 приёма	За час до еды	10 дней

*с осторожностью при подозрении на инфекционный мононуклеоз

**целесообразно назначать при: а) сомнительной комплаентности (исполнительности) пациента в отношении перорального приёма антибиотиков; б) наличии ревматической лихорадки в анамнезе у больного или ближайших родственников; в) неблагоприятных социально-бытовых условиях; г) вспышках А-стрептококковой инфекции в детских дошкольных учреждениях, школах, интернатах, училищах, воинских частях и т.п.

***для эритромицина характерно наиболее частое по сравнению с другими макролидами развитие нежелательных реакций, особенно со стороны желудочно-кишечного тракта

****отмечается рост резистентности БГСА к макролидам, при этом уровень резистентности к 14- и 15-членным макролидам может быть несколько выше, чем к 16-членным (джозамицин, спирамицин, мидекамицин)

*****с приёмом линкосамидов наиболее часто ассоциировано развитие псевдомембранозного колита; при MLS_B-фенотипе резистентности отмечается одновременное отсутствие чувствительности ко всем макролидам и линкосамидам.

Острая сердечная недостаточность – клинический синдром, характеризующийся быстрым возникновением симптомов, определяющих нарушение систолической и/или диастолической функции сердца (сниженный сердечный выброс, недостаточная перфузия тканей, повышенное давление в капиллярах лёгких, застой в тканях).

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
I50.0	Застойная сердечная недостаточность
I50.1	Левожелудочковая недостаточность
I50.9	Сердечная недостаточность неуточнённая
R57.0	Кардиогенный шок

Классификация

Общепринятой классификации острой сердечной недостаточности (ОСН) у детей нет. Использование для этой цели классификации хронической сердечной недостаточности не может быть безоговорочным, поскольку при острых состояниях само заболевание уже в покое способствует развитию сердечной недостаточности I степени.

Общепризнанной считается классификация по Н.Стражеско и В.Василенко (1935), в которой острая сердечная недостаточность подразделяется на левожелудочковую (сердечная астма и отёк лёгких), правожелудочковую и бивентрикулярную.

Оказание скорой медицинской помощи при острой сердечной недостаточности у детей

Клинические рекомендации Минздрава России

Определённый интерес представляет клиническая классификация острой левожелудочковой недостаточности Т.Killip и J.Kimball (1967), применяющаяся в частности при остром инфаркте миокарда.

I класс - клинические признаки сердечной недостаточности отсутствуют.

II класс - отмечается умеренная одышка, ритм галопа и/или застойные хрипы менее чем над 50% площади лёгочных полей.

III класс - застойные хрипы определяются более чем над 50% лёгких, или развивается отёк лёгких.

IV класс - кардиогенный шок.

По Э.Цыбулькину (1994), в зависимости от остроты процесса и степени декомпенсации выделяют две основные разновидности сердечной недостаточности:

- синдромом малого сердечного выброса (СМСВ) в виде артериальной гипотонии и признаков централизации кровообращения;
- застойная сердечная недостаточность (ЗСН) с перегрузкой малого или большого кругов кровообращения. Признаки застоя в большом круге: периферические отёки, увеличение печени, контурирование шейных вен, асцит, гидроторакс. Признаки застоя в малом круге: одышка, влажные хрипы в нижних отделах лёгких, клиника отёка лёгких, неэффективность ингаляции больших концентраций кислорода.

Застойная сердечная недостаточность (ЗСН) имеет подострое и хроническое

течение с постепенной адаптацией кровообращения, поэтому проявляется не столько снижением сердечного оттока, сколько невозможностью сердца справиться с преднагрузкой (венозным притоком). Выделяют ЗСН тотальную и с перегрузкой малого или большого кругов кровообращения.

По степени выраженности А.Папаян и Э.Цыбулькин (1984) выделяют три степени ОСН:

Острая сердечная недостаточность I степени характеризуется тахикардией и одышкой, отчётливо проявляющейся у ребёнка в покое. Самым важным симптомом является изменение соотношения между частотой сердечных сокращений и дыхания. В этих случаях у детей до 1 года отношение частоты пульса к частоте дыхания будет выше 3,5; у детей старше 1 года - 4,5. Имеются признаки поражения сердца: глухость тонов, расширение границ относительной сердечной тупости.

ОСН II степени, самой важной особенностью которой следует считать компенсаторную гиперволемию, в зависимости от тяжести можно подразделить на 2 состояния: с преобладанием декомпенсации только в одном круге кровообращения или с тотальной недостаточностью кровообращения.

При недостаточности II А степени, если преобладают явления застоя в большом круге, у больного увеличиваются размеры печени, могут быть периорбитальные отё-

- боковоглоточный абсцесс;
- гнойный лимфаденит.

Негнойные осложнения острого стрептококкового тонзиллофарингита:

- острая ревматическая лихорадка (через 2-3 недели после купирования симптомов);
- постстрептококковый гломерулонефрит (обычно на 8-10-й день после начала заболевания);
- синдром стрептококкового токсического шока (обычно на 8-10-й день после начала заболевания);
- постстрептококковый реактивный артрит;
- синдром PANDAS (педиатрический аутоиммунный психоневрологический синдром, ассоциированный со стрептококком).

Немотивированная задержка восстановления трудоспособности, слабость, нестойкий субфебрилитет, артралгии, сердцебиение и не резко повышенная СОЭ, сохраняющиеся после перенесённого тонзиллита, в сочетании с ростом титров противострептококковых антител (антистрептолизин-О, антистрептокиназа, антистрептогиалуронидаза, анти-ДНКазы В) могут свидетельствовать о дебюте острой ревматической лихорадки. Риск развития ревматической лихорадки существенно нарастает при контакте с ревматогенными штаммами БГСА, а также при наличии данного заболевания, в том числе ревматических пороков сердца, в анамнезе у пациента и/или членов его семьи.

Прогноз

Острый вирусный тонзиллофарингит как заболевание, склонное к саморазрешению у иммунокомпетентных лиц, в подавляющем большинстве случаев заканчивается самостоятельным выздоровлением независимо от проводимого лечения.

Благоприятный исход при остром стрептококковом тонзиллофарингите, который также может разрешиться самостоятельно, определяется отсутствием негнойных осложнений, что достигается назначением системной антибактериальной терапии. При этом задержка старта системной антибактериальной терапии на несколько дней (например, при ожидании результатов бактериологического исследования) не повышает риска развития острой ревматической лихорадки.

Особого внимания заслуживают пациенты с первичными и вторичными иммунодефицитами (в т.ч. ВИЧ-инфекцией), сахарным диабетом, что обусловлено относительно большим риском развития гнойно-некротических осложнений с фатальным течением.

Под редакцией главного оториноларинголога Минздрава России профессора Николая ДАЙХЕСА.

ки. ЦВД повышается только в том случае, если декомпенсация развивается быстро, в течение минут или нескольких часов. Если недостаточность нарастает постепенно в течение 1-2 суток, то ЦВД может оставаться нормальным на фоне прогрессивного набухания печени. Печень в этих случаях играет роль буфера. Обязательна приглушённость тонов сердца, возможно расширение границ относительной сердечной тупости. Если преобладают явления застоя в малом круге кровообращения, помимо относительной тахикардии, усиливается цианоз, степень которого не уменьшается под влиянием оксигенотерапии. В лёгких появляются рассеянные мелкопузырчатые хрипы, определяется акцент II тона на лёгочной артерии.

При недостаточности II Б степени к перечисленным признакам присоединяются олигурия, периферические отёки, возможен отёк лёгких.

ОСН III степени - гипосистолическая форма сердечной недостаточности с развитием артериальной гипотензии на фоне клиники перегрузки малого круга кровообращения.

(Окончание следует.)

Наталья КУПРИЕНКО, доцент кафедры педиатрии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова.

«Сверхэффективное лекарство против туберкулёза разработали российские учёные из исследовательского центра Н. Препарат уже успешно прошёл первые клинические испытания». Ещё недавно новости такого плана, как эта, провоцировали беспредельный восторг и гордость за отечественную науку. Однако радость, вызванная сообщением о грядущей виктории над туберкулёзом, обещанной одними учёными, сменилась беспросветным скепсисом после разговора с другими.

«Ящиком Пандоры» называет исследования природы туберкулёзной инфекции заведующий отделом генетических основ биотехнологий Института общей генетики им. Н.И.Вавилова, доктор биологических наук, профессор Валерий ДАНИЛЕНКО. Чем больше наука узнаёт о *Mycobacterium tuberculosis*, тем очевиднее становится, что ожидать скорой и окончательной победы человеческого разума над этим патогеном не приходится: новые сведения о палочке Коха характеризуют её как ещё более сильную и хитрую, чем мы думали о ней до сих пор.

И тем не менее учёные всего мира, включая Россию, продолжают поиск способов подчинить феноменальные способности микобактерии туберкулёза (МБТ), используя их в создании вакцин против неё же самой.

– Валерий Николаевич, чем обусловлена уникальность возбудителя туберкулёза, равных которому по способности отражать все усилия науки и медицины мало, а возможно, и вообще нет в природе?

– *Mycobacterium tuberculosis* принадлежит к большой группе актинобактерий, одних из самых древних бактерий, которые существовали ещё до того, как на Земле появился кислород. Среди актинобактерий есть как непатогенные (например, продуценты антибиотиков), так и патогенные, чья болезнетворность сформирована в процессе эволюции и определяется комбинацией определённых генов. Именно так произошло с *M.tuberculosis*: она приобрела патогенные свойства, только когда стала взаимодействовать с млекопитающими и человеком. Причём, в отличие от других патогенных организмов, к примеру, кишечной палочки, у МБТ нет механизма горизонтального переноса генов устойчивости и патогенности, она замкнута сама на себя и не обменивается генами с другими актинобактериями. На протяжении многих веков вся эволюция *M.tuberculosis* происходила внутри данного вида.

– Он таким образом «держит оборону»?

– Вероятно, да. После того, как *Mycobacterium tuberculosis* поселился в человеке, она легко адаптировалась к разным человеческим генотипам и к популяциям людей, проживающих в разных климатических и экологических условиях. В результате образовалось несколько линий *M.tuberculosis*, которые вместе с человеком начали распространяться по планете из Африки в Азию, затем в Европе и по всей Латинской Америке. А поскольку патогену приходилось приспосабливаться к тем же условиям, к которым приспосабливался человек, мигрируя по континентам, в генах микобактерии туберкулёза происходили мутации, в первую очередь связанные с адаптацией к иммунной системе «хозяина». Так появились европейская линия *M.tuberculosis*, африканская, азиатская, латиноамериканская.

До поры до времени каждая из них имела свой ареал обитания. Но в XX веке с началом глобализации мира и активной миграции населения разные линии начали интенсивно перемешиваться и одновременно обитать в одном и том же регионе.

– Они просто сосуществуют на одной территории, не перекрещиваясь биологически, или же формируются микст-штаммы?

Профессиональный взгляд

Микобактерия — таинственная незнакомка

Мы думали, что знаем о ней всё, а оказалось, не знаем и половины

– Пока это является предметом исследований. Зато уже регистрируются случаи, когда, например, штамм из африканской линии *M.tuberculosis* обнаруживается в организме заболевшего европейца. Более того, во время недавнего научного форума по проблемам туберкулёза, который был организован странами БРИКС и прошёл в Южно-Африканской Республике, прозвучало сообщение о том, что в регионах Африки в одной семье и даже в одном человеке обнаруживают микобактерии туберкулёза 2-3 разных линий.

То есть возбудители туберкулёза, относящиеся к разным группам, могут сосуществовать в одном организме «хозяина» и, не исключено, что при этом они могут потенцировать друг друга, влияя на клинику болезни, а также обмениваться друг с другом генетической информацией. Если это так, то в скором времени мы можем столкнуться с новыми вариантами *M.tuberculosis*, обладающими ещё более сильными свойствами патогенности и устойчивости к антибиотикам.

Кстати, в нашей стране, согласно данным новосибирского, уральского, санкт-петербургского, московского противотуберкулёзных центров, случаи, когда у пациента выделяются два разных штамма возбудителя туберкулёза, тоже есть. Пока они единичны.

– Пока... Ситуация в африканских странах показывает, что лиха беда начало.

– Да, это начало, и оно не может не вызывать тревогу. Кстати, в ЮАР, где высокая заболеваемость туберкулёзом, очень активно ведётся научная работа в данной области, а в аналоге нашего федерального Министерства здравоохранения – South African Medical Research Council – есть особое подразделение, которое занимается только проблемами туберкулёза и ВИЧ-инфекции.

На форуме в ЮАР были представлены данные о том, что в провинции Квазулу-Натал настоящая эпидемия туберкулёза среди ВИЧ-инфицированных. Причём у всех из них высева-



уже доподлинно известно, что 30% населения Европы и Америки и 50-60% населения Африки, Китая и России являются носителями микобактерии туберкулёза. Причём, даже находясь в организме в латентном состоянии, она всё равно функционирует. Один из вопросов, поиск ответа на который идёт в настоящее время, – каково влияние латентной туберкулёзной инфекции на работу разных систем и органов?

В нашей лаборатории ведутся такие исследования, и уже есть понимание того, что микобактерии, находясь в латентном

– Эффективность вакцины BCG, которая сейчас применяется для глобальной иммунизации, ставится под сомнение, поскольку варьирует от 80 до 0% в зависимости от значительного количества факторов: возраста, этнической принадлежности, иммунного статуса и др. Поэтому в последние годы предпринимаются попытки разработать генно-инженерные вакцины против туберкулёза, где в качестве основы используются различные структурные элементы патогенности МБТ, которые демонстрируют высокую антигенность.

состоянии, могут влиять на организм не только через иммунную систему, но, возможно, и через их коммуникацию непосредственно с головным мозгом или через периферическую нервную систему. Признаки такого взаимодействия мы обнаружили, анализируя генетический состав микробиоты человека, в том числе носителей латентного *M.tuberculosis*. Подавая сигналы в головной мозг, МБТ готовит себе плацдарм для развития заболевания, когда человек окажется в стрессовых условиях и его иммунный статус будет снижен.

И ещё один важный нюанс: латентная туберкулёзная инфекция не защищает организм от попадания в него *M.tuberculosis* другой, более сильной линии. В случае заболевания туберкулёзом вероятность того, что активировался «собственный» штамм, уже живущий в организме, составляет лишь 1 к 10.

– Как, по-вашему, эта информация важна только для науки, или же она полезна врачам, работающим во фтизиатрической службе?

– Безусловно, врачи должны знать о микобактерии туберкулёза столько же, сколько знают о ней учёные. Чтобы фтизиатры могли эффективно работать, нужно издавать новые клинические рекомендации. Современные принятые подходы к терапии туберкулёза предполагают разное, что предвсказательное определение устойчивости и чувствительности возбудителя к определённым препаратам. А затем назначается стандартная схема лечения, которая нередко не работает. Становится ясно, что в отношении туберкулёза нужна персонализированная медицина как на этапе профилактики, так и на этапе лечения.

– Этап профилактики – это вакцинирование? Но позволяют ли структура и феноменальные адаптационные свойства микобактерии создать наконец вакцину против этой инфекции? Нет ли у вас ощущения, что все старания так ни к чему и не приведут?

И в мире, и у нас в стране разные научные коллективы работают над решением этой задачи. Пока безуспешно. В рамках Федеральной программы «ФАРМА-2020» на проведение доклинических исследований противотуберкулёзных вакцин выделялось достаточно денег, но даже те научные проекты, которые уже якобы были в высокой степени готовности, к сожалению, ничем не заканчивались.

Однако, несмотря на это, я настроен оптимистично. Наш институт тоже начал заниматься такой работой совместно с НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова и Российским национальным исследовательским медицинским университетом им. Н.И.Пирогова.

– В чём научная новизна ваших подходов?

– Мы подошли к созданию генно-инженерной профилактической противотуберкулёзной вакцины с учётом внутривидового разнообразия *M.tuberculosis*, что повысит специфичность препарата. Обычно при разработке вакцин используются гены референсного лабораторного штамма H37Rv, принадлежащего к так называемой евро-американской линии *M.tuberculosis*. То есть разработчики не учитывают внутривидовое генетическое разнообразие возбудителя туберкулёза по антигенным маркерам. Между тем сегодня мы доподлинно знаем, что разные линии *M.tuberculosis* генетически неоднородны, и для каждой из них характерен определённый набор мутаций генов вирулентности, которые постепенно накапливались в ходе эволюции микобактерии.

Далее, мы выбрали для создания вакцины те из 319 генов вирулентности *M.tuberculosis*, которые прежде для этой цели не использовались. Наш выбор обусловлен тем, что у эпидемиологически опасных сублиний – KZN и Beijing – есть мутации как раз этих генов, что и делает штамм микобактерии более вирулентным. Таким образом, ставится задача разработать вакцину для профилактики заболевания и предотвращения распространения новых, эпидемиологически опасных линий.

– Можно и нужно ли будет использовать такую вакцину поголовно для защиты всего населения?

– Мы предполагаем, что она будет использована персонализировано для иммунизации определённых групп риска взрослого населения с пониженным иммунитетом. Речь идёт о жителях регионов, где начинается массово распространяться эпидемиологически опасный штамм микобактерии туберкулёза, о людях, работающих в условиях Крайнего Севера, о медработниках противотуберкулёзных учреждений, а также о пациентах с некоторыми хроническими заболеваниями: сахарный диабет 2-го типа, гепатит, аутоиммунная патология и т.д.

Причём можно сделать моновалентную ДНК-вакцину против возбудителя туберкулёза из конкретной опасной линии, а можно – генно-инженерную поливалентную, то есть эффективную сразу против возбудителей из нескольких эпидемиологически опасных линий – это дело техники.

Второй научный проект, над которым сейчас вместе работают учёные из Института общей генетики им. Н.И.Вавилова, Уральского НИИ фтизиопульмонологии и Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, – это разработка диагностикума для детекции эпидемиологически опасных, в том числе ВИЧ-ассоциированных, сублиний *M.tuberculosis*.

– Почему они заслуживают отдельного внимания? И каким образом диагностика определённых штаммов МБТ позволит остановить их распространение?

– Как уже сказано, в ходе эволюции в генотипе микобактерии туберкулёза накапливаются мутации, которые влияют на вирулентность патогена. Однако кроме мутации в генах самого возбудителя клинические проявления туберкулёза предопределяются также балансом между системами вирулентности патогена и иммунной системой конкретного человека. Генетические вариации как иммунной системы возбудителя туберкулёза, так и «хозяина», а также их сочетание могут оказывать влияние на предрасположенность и течение заболевания. И самыми уязвимыми в этом плане являются люди с иммунодефицитом, среди которых на первом месте – ВИЧ-инфицированные.

В качестве примера можно вновь привести сублинию F15/LAM4/KZN, которая стала в ЮАР причиной эпидемии с высоким уровнем летальности среди ВИЧ-инфицированных. Согласно последним данным, возникновение мутаций лекарственной устойчивости у данной сублинии произошло ещё в самом начале эры применения антибиотиков, однако до недавнего времени эта сублиния не имела широкого распространения. И вот случилось стихийное бедствие: эпидемия ВИЧ на африканском континенте создала благоприятные условия для штаммов этой группы микобактерий туберкулёза и привела к вспышке туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью.

Существует опасность того, что в результате быстрой передачи данного возбудителя ту-

беркулёза в среде иммунодефицитных пациентов произойдёт накопление в геноме МБТ таких компенсаторных мутаций, которые позволят данной сублинии распространиться и среди иммунокомпетентных людей. А учитывая активность миграционных процессов в мире, не исключён завоз этого варианта возбудителя туберкулёза в Россию и его распространение среди «наших» ВИЧ-инфицированных. В связи с этим особое значение приобретает задача разработать методы детекции этой и подобных ей линий *M.tuberculosis* у вновь заболевших, чтобы быть во всеоружии перед угрозой начала очередной эпидемии. Кстати, недавно нам с коллегами удалось обнаружить среди линии Beijing B0/W-148, которая сама по себе представляет большую опасность, эпидемиологически ещё более опасную сублинию, получившую обозначение B0/N-90...

Что касается диагностикума, для его разработки нам предстоит изучить мутации в генах вирулентности *M.tuberculosis*, которые могут приводить к адаптации патогена к условиям организма-хозяина при его пониженном иммунном статусе, обусловленном ВИЧ-инфекцией. Данные мутации как раз и могут быть маркерами штаммов возбудителя туберкулёза, ассоциированных с ВИЧ-положительным статусом человека. Создав каталог мутаций, мы сможем приступить к разработке диагностикума тех линий *M.tuberculosis*, которые патогенны в отношении людей с ослабленным иммунитетом и характеризуются широкой лекарственной устойчивостью.

С его помощью можно будет выявлять случаи миграции эпидемиологически опасных линий из одного региона в другой, обнаруживать и предотвращать вызванные такими сублиниями внутрибольничные инфекции.

– Как вы думаете, сколько лет уйдёт на создание вакцин и диагностикума?

– Дело пойдёт быстро при условии, что в России будет сформирована комплексная государственная программа по туберкулёзу, в реализации которой примут участие ФАНО, РАН, Минздрав, Минобрнауки и Минпромторг.

Второе условие – необходимо создать исследовательские центры превосходства по проблемам МТБ, хорошо оснащённые лабораторным оборудованием и взаимодействующие с клиникой.

Мы, учёные, знаем, что нужно делать перед лицом надвигающейся серьёзной опасности новой эпидемии туберкулёза. Девять исследовательских организаций, включая наш институт, даже создали консорциум для разработки новой научной концепции и создания на её основе противотуберкулёзных лекарств, генно-инженерных вакцин и адъювантов, направленных против эпидемиологически опасных линий *M.tuberculosis* с множественной лекарственной устойчивостью. Хорошо бы, чтобы и государство знало, что ему делать в этой ситуации, правильно расставляло приоритеты и наконец выработало тактику преодоления межведомственных барьеров.

Подготовила
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Деловые встречи

Мы есть то, что едим

Необходимое условие для здоровья – наше питание



Оценка рисков пищевых продуктов начинается в лабораториях

Старт совместной трёхлетней программе России и Продовольственной и сельскохозяйственной Организации Объединённых Наций (ФАО) по оказанию содействия странам Восточной Европы и Центральной Азии в развитии и реализации государственных стратегий по сокращению угрозы устойчивости к противомикробным препаратам дала международная конференция «Безопасность пищевой продукции и анализ риска» в Сочи. В работе форума приняли участие более 250 участников из 23 стран мира.

Россия – ключевой партнёр ФАО в решении глобальных проблем современности в области питания, важнейшая из которых – обеспечение людей доступными и качественными продуктами, подчёркивается в приветственном слове председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева.

Выступая перед её участниками, сопредседатель мероприятия глава Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) Анна Попова отметила, что конференция – первый подобный русскоязычный форум, посвящённый продовольственной безопасности и оценке риска. В рамках совместной программы РФ и ФАО 5 странам за счёт российского взноса в эту организацию будет оказана помощь по оценке и укреплению потенциала лабораторной службы, на территории нашей страны будет создан референс-центр ФАО по мониторингу антибиотикорезистентности. Предусматривается, в частности, разработать методики определения остатков антибиотиков в пищевых продуктах. Это особенно актуально, так как по прогнозам к 2050 г. суммарные потери из-за проблемы антибиотикорезистентности составят до 8% мирового ВВП.

Другой сопредседатель конференции Рэн Ван, заместитель генерального директора ФАО по вопросам сельского хозяйства и защиты потребителей, в своём приветственном обращении подчеркнул: надёжный и устойчивый

доступ к безопасной, питательной пище – это необходимое условие для развития человека, общественного здоровья и экономического процветания. Отметив лидирующую роль России в регионе в сотрудничестве с ФАО и ВОЗ для обеспечения населения качественным и безопасным питанием, оратор поблагодарил Российскую Федерацию за привлечение внимания к этому важному вопросу.

В первый день конференции были организованы параллельные сессии по темам «Принципы и современные подходы в оценке загрязнения пищевых продуктов», «Стратегии оценки рисков здоровью новых продуктов и технологий», «Оценка рисков и управление рисками загрязнения пищевых продуктов микробиологическими агентами», «Устойчивость к противомикробным препаратам: оценка рисков и возможные стратегии снижения риска».

Состоялись дискуссии по вопросам антибиотикорезистентности среди делегатов из ведущих мировых научных учреждений, занимающихся вопросами безопасности пищевой продукции, среди них Университет Лестера (Великобритания), Университет Северной Каролины (США), Гранадский университет (Испания), Университет Анкары (Турция), Университет Флориды (США), Утрехтский университет (Нидерланды), Университет штата Огайо (США), Делаверский университет (США), Белградский университет (Сербия), Венский университет (Австрия), Федеральный исследовательский центр питания, биотехнологии и безопасности пищи (Россия), ФНЦ медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения (Россия).

В завершающий день работы конференции пленарное заседание было посвящено теме международных стратегий оценки рисков на практике. Параллельные сессии были посвящены темам «Оценка рисков загрязнения пищевых продуктов химическими загрязнителями: лучшие практические примеры», «Фальсифицированные продукты: оценка рисков безопасности пищевых

продуктов неизвестного происхождения», «Информирование о риске – стратегии и лучшие практики», «Социально-экономические аспекты безопасности пищевых продуктов: достаточно питательные безопасные продукты для всех», «Нормативная база и международное сотрудничество в области обеспечения безопасности пищевых продуктов», «Обучение и наращивание потенциала в области оценки и управления рисками безопасности пищевых продуктов для здоровья». Всего российскими и иностранными участниками было представлено более 40 докладов.

Завершилась работа конференции пленарной сессией, где были представлены краткие резюме председателей параллельных сессий, а также принято совместное заявление сопредседателей форума А.Поповой и Р.Вана.

Сегодня во всём мире анализ риска здоровью играет важную роль в деле обеспечения безопасности пищевой продукции. Международное сотрудничество в этой области имеет первостепенное значение для сближения различных существующих подходов к оценке риска, гармонизации требований к безопасности пищевой продукции и применяемых мер по контролю и надзору за их соблюдением.

Конференция в Сочи стала первым международным форумом, проводимым в Российской Федерации, в котором приняли участие ведущие российские и зарубежные специалисты из государств Евразийского экономического союза, Содружества Независимых Государств, Европейского союза, Канады, Китая, Сербии, США, Турции и других стран в области безопасности пищевой продукции, продовольственной безопасности и оценки риска. Их представляли профильные министерства и ведомства, учреждения системы ООН, научное сообщество. Конференция также привлекла внимание представителей бизнеса, занятого в сфере производства и оборота пищевой продукции.

Анатолий УХОЖАНСКИЙ.
МИА Сито!

В Московском областном научно-исследовательском институте им. М.Ф.Владимирского на торжественном заседании поздравили с 80-летним юбилеем известного учёного и ортопеда-травматолога, заслуженного деятеля науки РФ, лауреата Государственной премии России, дважды лауреата премии Правительства РФ в области науки и техники, члена-корреспондента РАН Геннадия Оноприенко.

Начало – районная больница

Геннадий Оноприенко родился 22 мая 1937 г. в городе Сызрань Самарской области. В 1960 г. он окончил Первый Московский медицинский институт, занялся изучением голени и голеностопного сустава и в течение 3 лет работал хирургом, травматологом Мытищинской районной больницы Московской области. Здесь он встретил будущую жену Алевтину Алексеевну, которая тогда училась в медучилище. Родились дочери – Татьяна и Ольга, впоследствии ставшие медиками. Так появилась ещё одна династия врачей.

В 1963 г. Геннадий Алексеевич начинает работать в отделении травматологии и ортопедии МОНКИ им. М.Ф.Владимирского. Это был период формирования новой в стране специальности – прежде всего за счёт постепенного отхода в лечении травматологических больных от традиционного скелетного вытяжения и гипсовой повязки к активному хирургическому пособию. Практически первым в Московском регионе Г.Оноприенко под руководством профессора Я.Дубова овладел системой Г.Илизарова. И не только овладел, но и усовершенствовал при компрессионном артродезе голеностопного и коленных суставов, билатеральном остеосинтезе с одновременной ликвидацией псевдоартроза, осложнённого гнойной инфекцией, и посттравматического укорочения повреждённого костного сегмента.

Ещё одно важное направление клинической травматологии и ортопедии, где виден существенный научно-практический вклад Г.Оноприенко, – накостный функционально-стабильный остеосинтез массивными металлическими имплантатами. В МОНКИ

Наш коллега

От клинического ординатора до директора института

Таков путь одного из ведущих ортопедов-травматологов России



этот вид оперативной фиксации костей стал активно применяться в 70-е годы. Идеология новой системы накостного остеосинтеза принципиально отличалась от ранее известных, для её реализации требовалось производство особых видов массивных металлических пластин. Совместно с партнёрами удалось разработать наборы инструментов и металлических имплантатов, аналогичных зарубежным, но с добавлением существенных технических усовершенствований. Эта разработка была отмечена премией Правительства РФ в области науки и техники.

Без лишней скромности

Вклад Г.Оноприенко в фундаментальное исследование проблемы физиологической и репаративной регенерации костной ткани можно без лишней скром-

ности назвать революционным. Сложность проблемы заключалась в отсутствии эффективных методик визуализации микровазкулярной сети (на уровне капилляров) плотной костной ткани. В связи с этим проведён поиск эффективных контрастных масс, способных выявить капиллярную сеть на фоне недекальцированной кости, разработаны новые составы смесей с величиной контрастного вещества, не превышающей 1 микрон. Получена мелкодисперсная суспензия за счёт подбора оптимального стабилизатора, обеспечивающего её стабильность при хранении, определённый режим измельчения частиц на промышленной ультразвуковой установке. Разработана методика контрастной микроангиографии послойных костных срезов. После решения этих вопросов стало возможным экспериментальное исследование физиологического и репаративного остеогенеза на уровне, не имеющем аналогов.

Геннадий Алексеевич впервые провёл уникальные исследования по выявлению оптимальных условий репаративного остеогенеза и микроциркуляции костной ткани при экспериментальном моделировании всех известных видов оперативной фиксации длинных трубчатых костей – интрамедуллярные, накостные, чрескостные. Он доказал высокую устойчивость костной ткани к посттрав-

матической ишемии, изучил особенности репаративного и физиологического остеогенеза в зависимости от метода остеосинтеза и характера местных биомеханических условий. Ему удалось выявить адаптационно-компенсаторные возможности кровеносной системы конечности и системы микроциркуляции повреждённых костных сегментов, направленные на обеспечение внесосудистых путей микроциркуляции в условиях временного несоответствия естественных путей гемоциркуляции резко возросшим метаболическим потребностям регенерирующих тканей. Г.Оноприенко установил, что все этапы морфогенеза костных микроструктур синхронно обеспечиваются и непрерывно сопровождаются очаговым и стереотипным ангиогенезом.

Таким образом, в результате проведённых исследований был создан теоретический фундамент для понимания микроструктурных изменений костей в различных посттравматических, функциональных состояниях скелета и организма в целом, а также для дальнейшего совершенствования методов остеосинтеза в клинической практике.

В 1982 г. Г.Оноприенко успешно защищает докторскую диссертацию и назначается заместителем директора института по научной работе. А с 1987 по 2013 г. он директор МОНКИ. Под его руководством был завершён капитальный ремонт всех 17 корпусов института, осуществлено техническое перевооружение клиник и лабораторий.

Путь в лидеры

По инициативе Геннадия Алексеевича в 1990 г. на базе многопрофильного НИИ открыт первый в стране факультет усовершенствования врачей, который сейчас насчитывает 35 кафедр и

курсов. В результате за непродолжительное время существенно возрос научный потенциал института – кандидатов наук стало 340 (было 140), а докторов – 150 против 52. Общее число структурных подразделений (научных, практических, учебных) также увеличилось более чем в 2 раза и достигло 130. Вдвое возросло число пролеченных и консультируемых больных, проводимых хирургических вмешательств. МОНКИ благодаря усилиям Г.Оноприенко по праву входит в число лидирующих лечебно-научно-учебных центров Российской Федерации.

В настоящее время Г.Оноприенко работает профессором кафедры травматологии и ортопедии факультета усовершенствования врачей МОНКИ, является почётным председателем учёного совета института. Награждён орденом «За заслуги перед Отечеством» IV степени и орденом Ивана Калиты Московской области. Член редколлегий 3 научных журналов.

Геннадий Алексеевич по праву является одним из ведущих травматологов-ортопедов нашей страны и крупным учёным. Он автор 590 научных работ, из которых 9 монографий, 24 учебно-методических пособия и 22 патента на изобретения. Им подготовлено 33 доктора и кандидата медицинских наук.

Но прежде всего Геннадий Алексеевич известен как чуткий и отзывчивый человек. Вот слова заместителя главного врача по поликлинической работе Любови Дзюбы: «Нам очень повезло с руководством. Геннадий Алексеевич создал нам такую атмосферу, что с радостью идёшь на работу и не торопишься уходить».

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Перспективы

Состоялось первое совместное заседание президиума Российской академии наук и Научно-координационного совета при Федеральном агентстве научных организаций. Участники встречи обсудили промежуточные результаты процесса реструктуризации научных организаций.

Исполняющий обязанности президента РАН Валерий Козлов высказал надежду на то, что подобные деловые собрания станут традиционными, ведь именно данная площадка – единственная возможность личного общения представителей российской науки и её реформаторов.

Руководитель ФАНО России Михаил Котюков выразил готовность к открытому диалогу. Но сегодня главное на повестке дня – итоги реструктуризации, то есть объединения научных институтов в исследовательские центры. В числе реструктуризаций, получивших высокую оценку самого ФАНО, называются две, и обе касаются

Генетиков и медиков реструктурируют

институтов бывшего Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. Так, в Новосибирске к Институту цитологии и генетики был сначала присоединён Сибирский НИИ растениеводства и селекции, а вскоре компанию дополнили медики – НИИ терапии и профилактической медицины и НИИ клинической и экспериментальной лимфологии. Получился федеральный исследовательский центр. По оценке М.Котюкова, это успешный пример «интеграционного проекта по объединению академических институтов естественно-научного, сельскохозяйственного и медицинского профилей, сближению фундаментальной и прикладной науки».

В свою очередь, директор Федерального исследовательского центра «Институт цитологии и генетики» академик Николай

Колчанов тоже подчеркнул, что сумма потенциалов институтов столь разных профилей ускорит проведение полных циклов исследований от генерации фундаментальных знаний до прикладных разработок в области генетики растений, животных и человека.

– Во всём мире сегодня используются методы молекулярной генетики, это базовый тренд современной медицины. С её помощью мы можем сравнивать зашифрованные в геномах коды групп людей с серьёзными заболеваниями или групп людей, которые живут в определённых экологических условиях, а затем выявлять корреляции между особенностями генома и характеристиками здоровья человека, – поясняет академик Н.Колчанов.

Кроме того, сотрудничество генетиков и медиков предполагает изучение сложных мультифак-

торных заболеваний, терапию этих заболеваний и проведение исследований полного цикла по созданию новых лекарств.

Не менее позитивные оценки участников совета получил и томский вариант, где по инициативе ФАНО объединили 6 академических институтов медицинского профиля. В итоге 7 академиков РАН, 4 члена-корреспондента РАН и ещё 415 научных сотрудников теперь трудятся в одном большом трудовом коллективе Томского национального исследовательского медицинского центра.

– Создание исследовательского центра в Томске является уникальным примером интеграции академических институтов медицинского профиля. Аналогичных примеров в других регионах нет. Это самый крупный центр в системе ФАНО России, который должен работать, объединяя на-

учные компетенции и высокие клинические практики, – такую оценку дал М.Котюков.

Ещё один сибирский регион, где академические научные институты тоже подверглись объединению, – Красноярский край. Правда, из-за скромно представленной здесь академической медицинской науки на пользу здравоохранению будут работать физики. Как было заявлено на заседании Научно-координационного совета при ФАНО, один из приоритетов Красноярского научного центра – производство отечественных робототехнических комплексов медицинского назначения.

По информации руководства ФАНО России, работа по реструктуризации системы академических научных организаций будет продолжена.

Елена СИБИРЦЕВА.

Исследования

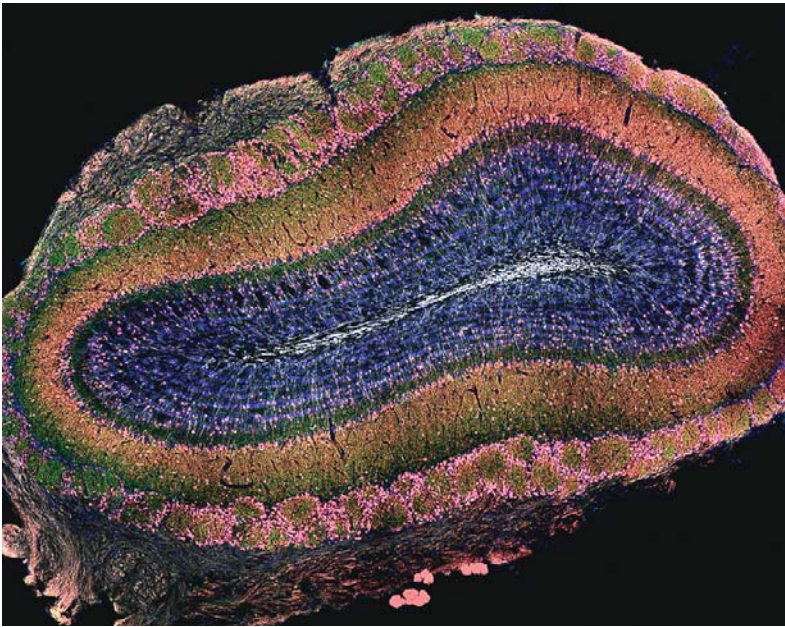
После инсульта

Сине-зелёные водоросли характеризуются фототаксисом, то есть способностью их клеток двигаться к свету или от него. Для этого у них имеются тончайшие нити, или пили, толщина которых не превышает 8 нм, почему их раньше без светящихся белков не видели. Внутри волосок проходит моторный протеин, «отводящий» пили в сторону, противоположную свету.

Статья физиков токийского Университета Гакусуйн в журнале «Труды АН США» говорит об асимметричном распределении пилей, вызываемом направленным с одной стороны светом. В эпоху интегральных подходов к изучению самых разнообразных явлений физика дала очередной толчок развитию и практической биологии. Приложение Science опубликовало статью сотрудников шанхайского Института биологических исследований, посвящённую роли одной из некодирующих белков РНК, регулирующей активность самых разных генов, что приводит к «сдвигу» клеточных фенотипов.

Известно, что клетки организма образуются из стволовых, роль которых при восстановлении того же мозга после инсультов просто неоценима. Исследователи Колумбийского университета в Нью-Йорке, где век назад шла интенсивная работа по заложению основ современной генетики, выяснили, что стимуляция нервных стволовых клеток (НСК) осуществляется в мозгу на большом расстоянии. Им в работе помогли швейцарские учёные из Базельского университета, обратившие внимание на роль одного из генов НСК, который особенно активен при формировании мозга будущего младенца.

Оказалось, что клетки-регуляторы локализованы в гипоталамусе, являющемся центром наших основных инстинктов. Этот отдел мозга расположен на самом его основании и весьма далёк от «ниши», в которой пребывают НСК. Клетки гипоталамуса, вырабаты-



Нервные стволовые клетки (белые)

вающие меланокортин, действие которого вызывает ощущение голода, посылают свои отростки к основанию больших полушарий, где и стимулируют НСК в их нише. Считается, что у тех же крыс ежедневно образуется до 100 тыс. новых нервных клеток, способных к миграции в их функциональные зоны. Интересно также, что состояние голода и насыщения регулируют активность генов взрослых нервных клеток, что приводит к их образованию из НСК. Авторы полагают, что и во взрослом мозге благодаря нейросети, объеди-

няющей гипоталамус и нервную «нишу», сохраняется нейрогенез под действием физиологических и внешних факторов (например, голода или обилия пищи).

Одним из видов мозгового инсульта является ишемический, развивающийся на фоне нарушения мозгового кровообращения. Под действием сигналов, посылаемых клетками эндотелия, которые, как выяснилось недавно, могут давать

и клетки крови, в зоне ишемического инсульта стимулируется «сдвиг» клеточного фенотипа НСК, дающих взрослые нейроны, благодаря которым хотя бы частично компенсирует нейрододефицит, возникший после инсульта. Хочется верить, что проникновение с помощью новейших методов в тайны мозга вскоре принесёт свои плоды и в практической сфере.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Science.

Ракурс

Биохимическая сигнализация

Сяоцзюнь Лэнс Лянь и его коллеги, специалисты в области биомедицинской инженерии и биологии из Университета Висконсина (США), смогли вырастить из стволовых клеток клетки эпикарда – внешней оболочки человеческого сердца.

Учёные использовали для этого метод последовательного подавления и активизации так называемого Wnt-канала – механизма биохимической сигнализации, который формирует из клеток-предшественников различные органические ткани.

– Нам было нужно обеспечить предшественников сердечных клеток дополнительной информацией для того, чтобы они могли производить клетки эпикарда. Теперь

мы знаем, что, если сигнальный путь Wnt будет вновь активирован, мы можем снова управлять этими клетками, чтобы они превращались в клетки эпикарда, – сказал доцент Лянь.

Новое исследование приближает учёных к умению выращивать целую стенку сердца, ведь морфологическая оценка и функциональный анализ подтвердил идентичность биоматериала, полученного искусственным путём, и клеток живого человеческого сердца. Так что, возможно, в недалёком будущем учёные научатся генерировать материал для «ремонта» повреждённых тканей этого важного органа.

В настоящее время учёные ищут способ выращивания клеток эндокарда – внутреннего слоя сердца, – и на этом пути тоже есть успехи.

– Сердечные приступы возникают из-за закупорки кровеносных сосудов. Такая блокада останавливает питательные вещества и кислород, предназначенные сердечной мышце, и её клетки погибают. Эти мышечные клетки не могут регенерироваться – возникает постоянное повреждение, которое может вызывать дополнительные проблемы. Искусственные клетки эпикарда потенциально могут быть пересажены пациенту и восстановить повреждённый участок, – рассказал доктор Лянь.

Примечательно, что в 2012 г. эта исследовательская группа открыла способ выращивания клеток миокарда с использованием всё тех же стволовых клеток.

Герман АКОДИС.
По информации psu.edu.

роботами людей во всех сферах деятельности речь пока не идёт: вероятность этого оценивается в 50% через 45 лет.

Примечательно также, что недавно в сети появился сайт Will robots take my job? («Отнимут ли роботы мою работу?»), где на основе выводов оксфордских учёных даются прогнозы о роботизации той или иной профессии в течение ближайших 20 лет на трудовом рынке США.

Борис БЕРКУТ.
По информации Fox News.

Взгляд

С помощью робота

По прогнозам учёных, развитие искусственного интеллекта уже в относительно недалёком будущем приведёт к замещению людей роботами в целом ряде профессий. Исследование на тему возможностей искусственного интеллекта провели учёные Института будущего человечества Оксфордского университета Великобритании совместно с коллегами из Йельского университета в США.

Согласно выводам учёных, искусственный разум может заменить людей в качестве хирургов уже к 2053 г. Для сравнения, профессия

переводчика текстов может исчезнуть уже к 2024 г., а в 2027 г. станут ненужными водители грузовиков. О полном замещении

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
объявляет выборы на замещение следующих должностей:

- ✓ заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии 1,0 ст.
- ✓ заведующий кафедрой общей хирургии 1,0 ст.
- ✓ заведующий кафедрой стоматологии 1,0 ст.
- ✓ заведующий кафедрой физической культуры 1,0 ст.

Квалификационные требования к должности заведующего кафедрой: высшее профессиональное образование, наличие учёной степени и учёного звания, стаж научно-педагогической работы или работы в организациях по направлению профессиональной деятельности, соответствующей деятельности кафедры, не менее 5 лет.

Дополнительная информация размещена на сайте университета www.kirovvgma.ru
Контактные тел.: (8332) 37-48-60, 38-53-66, 64-09-76.

Выводы

Лекарство от слабоумия

Регулярное посещение сауны снижает риск развития деменции. К такому выводу пришли учёные Университета Восточной Финляндии, проведя обследование более 2 тыс. мужчин среднего возраста в течение 20 лет, целью которого является выявление факторов развития проблем с мышлением.

Как выяснили исследователи, у людей, посещающих сауну от 4 до 7 раз в неделю, деменция диагностировалась на 66% реже, чем у тех, кто парился раз в неделю или реже. Как предположили учёные, сауна улучшает кровообращение и снижает кровяное давление, что благотворно влияет на работу мозга и снижает вероятность слабоумия.

Это исследование стало первой работой по поиску связи между сауной и деменцией, хотя предыдущие исследования показали,

что регулярное посещение сауны улучшает работу сердца и снижает риск смерти от многих причин.

Впрочем, глава аналитического отдела исследований болезни Альцгеймера в Великобритании доктор Роза Санчо отметила, что данное исследование не учитывало женский пол и тех мужчин, кто вообще не ходит в сауну. Поэтому сравнить уровень деменции среди любителей попариться и тот же уровень в общей популяции невозможно. Однако это не умаляет значение данной работы.

– Исследования такого рода не могут вскрыть истинную причинно-следственную связь, однако они важны для изучения вопроса, как образ жизни может влиять на риск деменции и для определения основных тенденций в предотвращении слабоумия и других нарушений мозга, – заключила Р.Санчо.

Валентин СТАРОСТИН.
По информации Reuters.

Грани

Век живи — век учись

Тема продолжительности жизни активно обсуждается и исследуется учёным. Ещё ранее научные специалисты заявили, что нет предела человеческой жизни. Считается, что есть определённый предел продолжительности человеческой жизни. Однако недавнее исследование и предположения учёных противоречат устоявшемуся стереотипу.

Ещё в прошлом году специалисты выяснили, будто продолжительность жизни может быть ограничена. Им было сложно представить, что человек когда-то может дожить до 100, а потом и до 125 лет.

Однако учёные из Университета Макгилла (Канада) в корне не согласны с данным убеждением. Они провели собственную исследовательскую работу, которая помогла им установить определённую закономерность. В рамках научной работы исследователи проанализировали продолжительность жизни всех долгожителей из США, Великобритании, Франции и Японии.

– В 1920-е годы люди могли рассчитывать дожить до 60 лет, в 1980-е – до 76, сегодня – уже до 82. Максимальная продолжительность жизни, очевидно, тоже увеличивается, – делают вывод авторы работы.

В настоящее время исследователи не могут предположить, какой будет продолжительность жизни в будущем. Ведь это в наибольшей степени зависит от технологий, медицины и улучшения условий жизни.

А вот одним из определяющих факторов увеличения срока жизни человека являются его умственные способности. Исследованиям в данной сфере занимались научные специалисты из Швеции. Учёные заявили, что между уровнем IQ и продолжительностью жизни существует определённая связь. Это выяснилось в ходе масштабных экспериментов и опросов.

Исследования на данную тему велись с 1945 по 2017 г. Учёные наблюдали за 65 тыс. человек, которые родились в 1936 г. Каждый доброволец проходил ряд медицинских обследований, а также проверял уровень интеллектуальных способностей. Исследование завершилось, когда среди испытуемых осталось меньше половины.

– То, что между уровнем IQ и долгожительством существует некая связь, мы подозревали давно. В целом все понимали, что люди с более высоким IQ живут чуть дольше, чем люди со средним или низким IQ. Проблема заключалась в том, что у нас не было достаточного набора данных, чтобы доказать это, – длительные наблюдения такого типа велись только за мужчинами призывного возраста, – комментирует исследование научный сотрудник Каролинского института в Стокгольме (Швеция) Дэниел Фалькштедт.

Также учёные заявили, что высокий уровень IQ способен значительно уменьшить вероятность образования онкологических заболеваний.

Алина КРАЗУЗЕ.
По информации MedicalXpress.

Идеи

Шаги к преодолению

Учёные из Канады выяснили, насколько действенна пересадка костного мозга во время лечения агрессивных форм рассеянного склероза. Исследование в данной области проводили научные специалисты из различных медицинских центров Страны кленового листа.

В рамках клинических испытаний специалисты провели саму трансплантацию. Отмечается, что проведение процедуры может сопровождаться различными рисками. В начале лечения медики осуществляли химиотерапию. А уже после этого следовала пересадка собственных стволовых клеток пациента.

После этого учёные провели МРТ-сканирование мозга, чтобы выяснить, насколько лечение сводит на нет рецидивы заболевания. В результате удалось установить, что за счёт данной операции меняется сама иммунная система человека. Выяснилось, что в итоге трансплантация значительно снизила активность Т-хелперов 17, то есть иммунных клеток, которые усиливают адаптивный иммунный ответ.

По словам исследователей, те, кто страдают от рассеянного склероза, могут преодолевать гематоэнцефалический барьер, открывая доступ для вторжения в мозг других иммунных клеток, в частности, Т-хелперов 17. Именно они ответственны за рецидивы этого страшного заболевания.

Рассеянный склероз на сегодняшний день представляет собой одно из самых тяжёлых и чрезвычайно опасных заболеваний, с которыми сталкивается человечество. Дело в том, что при нём наблюдается аномальное функционирование иммунной системы, а также происходит поражение клеток головного и спинного мозга, вследствие чего человек теряет способность не только координировать, но и управлять своим телом.

Наряду с этим другой группой канадских учёных были проведены клинические испытания, которые показали эффективность нового препарата для лечения первично-прогрессирующего рассеянного склероза – наиболее агрессивной формы болезни, которая обычно быстро приводит к инвалидности.

Рассеянный склероз патогенетически представляет собой про-

грессирующую нейродегенерацию аутоиммунного генеза. Однако по неизвестным доселе причинам данное заболевание прогрессирует с разной скоростью. Во время клинических испытаний новый препарат, представляющий собой моноклональное антитело, показал эффективность в замедлении поражения вещества мозга.

Пациентов разделили на две группы, одна из которых получала препарат, а вторая – плацебо. По итогам испытаний у 33% пациентов из группы, принимавшей препарат, были отмечены ухудшения. В контрольной группе хуже стало 39% больных. Кроме того, пациенты, получавшие лекарство, отмечали улучшения, например они могли быстрее ходить.

И хотя результаты, на первый взгляд, не кажутся эффектными, это большой шаг, так как сейчас врачи вообще не могут сделать ничего, чтобы помочь пациентам с первично-прогрессирующим рассеянным склерозом, применяя лишь симптоматическую терапию. Также было отмечено, что препарат может позитивно воздействовать и на ремиттирующе-рецидивирующую форму рассеянного склероза.

Однако

Азартная игра — религия?

Многие люди говорят, что верят в бога, некоторые из них сообщают, что чувствуют присутствие высшей силы, когда слушают проповедь или молятся.

Учёные из Университета Юты (США) доказали, что такие ощущения возникают не на пустом месте: мозг человека действительно может реагировать на молитву, и состояние молящегося физиологически близко состоянию игрока в азартные игры во время выигрыша, наркомана, получившего «дозу», или просто любящего человека, оказавшегося рядом с предметом своей любви. Мысли о боге активируют определённую область в мозгу, которая отвечает в том числе за вознаграждение.

Научной группой руководил нейрорадиолог Джеффри Андерсон. Он и его коллеги попросили 19 молодых мормонов, отличавшихся

своей набожностью, выполнить несколько различных заданий. В это время за активностью их мозга наблюдали с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии. Задания предлагались следующие: 6-минутный спокойный отдых, 6-минутное обращение от лица церкви, рассказывавшее о том, как стать её членом, а также о финансовом состоянии, 6-минутная молитва, 8 минут чтения высказываний религиозных лидеров, 8 минут чтения Библии, просмотр религиозных видеороликов. Во время каждого задания участники должны были отметить, когда их религиозные чувства были особенно сильны.

На следующей стадии эксперимента учёные проанализировали данные функциональной МРТ и сопоставили их с рассказами участников. Обнаружилось, что в те моменты, когда мормоны были особенно захвачены религиозными

переживаниями, в их мозгу значительно возростала активность некоторых областей. Работало прилежащее ядро, отвечающее за вознаграждение, а также регионы, ответственные за сосредоточение внимания и эмоции. Таким образом, религия действительно оказывала влияние на мозг своих последователей.

Пока о конкретных результатах исследования, по словам специалистов, говорить рано, однако дальнейшее изучение этой темы может открыть многие секреты человеческого мозга. В будущем учёные планируют повторить исследование с участием представителей других конфессий и выяснить, отличается ли активность мозга у лютеранки из США, читающей Библию, и, например, у сирийца, просматривающего видеоролик о жестокости, вызванной религиозными мотивами.

Почему бы и нет?

Цитрусовый эликсир

Реальность не слишком радужна: как известно, во всём мире миллионы людей страдают вследствие снижения когнитивных функций, а также нейродегенеративных заболеваний. Вдобавок есть люди, имеющие проблемы с концентрацией внимания, не умеющие контролировать несколько вещей одновременно. Именно поэтому в последние годы учёные сконцентрировались на поиске природных факторов для улучшения функционирования центральной нервной системы, в особенности – головного мозга. И одним из наиболее эффективных методов стало употребление различных соков (имеются в виду органические, свежевыжатые, а не соки из концентратов).

Так, исследование, проведённое Университетом Рединга (Великобритания), показало, что апельсиновый сок улучшает память и когнитивные функции. Результаты показали, что регулярное употребление сока улучшает функционирование мозга у пожилых людей.

Исследование проводилось среди 37 здоровых людей со средним возрастом 67 лет. На протяжении 8

недель они должны были ежедневно выпивать по 0,5 л апельсинового сока. Каждую неделю у них замерялась память, скорость речи и быстрота реакций. В группе, употреблявшей апельсиновый сок, было отмечено улучшение всех показателей на 8% по сравнению с группой, которой давали контрольный напиток.

Один из учёных, принимавших участие в эксперименте, обратил

внимание на тот факт, что мы живём в эпоху, когда продолжительность жизни увеличивается и необходимо искать решения, которые будут использованы в борьбе со снижением когнитивных функций. Апельсиновый сок был признан подходящим решением, так как он богат антиоксидантами, в частности флавоноидами.

В прошлом году, что характерно, было опубликовано ещё одно исследование, показывающее пользу виноградного сока, для улучшения когнитивных функций и памяти, снижения высоких цифр артериального давления. Известна польза и других соков. Так, свекольный сок полезен для эффективного функционирования печени, а гранатовый – для работы головного мозга.

Гипотезы

Ношение хиджаба мешает женщинам получать необходимое количество витамина D. Такое мнение высказал глава британской Партии независимости Соединённого Королевства (UKIP) Пол Наттолл, который выступает за запрет ношения хиджабов в Великобритании.

Религиозный авитаминоз

UKIP намерена запретить ношение хиджаба, паранджи и никаба в общественных местах, так как это разобщает британское общество. Кроме того, партия обеспокоена здоровьем женщин, которые носят эти одежды, так как они мешают организму вырабатывать витамин D.

Действительно, мусульманские одежды для женщин изготовлены из непрозрачных материалов и значительно уменьшают количество солнечного света, который попадает на кожу и генерирует выработку организмом витамина D.

В отличие от других витаминов, которые человек получает из еды, витамин D организм может вырабатывать сам. Для его синтеза требуется солнечный свет. Если солнца мало, то в организме его будет недостаточно, а следовательно, неизбежны серьёзные проблемы со здоровьем. Он контролирует уровень кальция в организме, необходимый для здоровья костей. Дефицит витамина вызывает ос-

лабление костей, их деформацию, а у детей – рахит.

Причём дефицит витамина D отмечается и в странах, где много солнца. Происходит это по разным причинам. Например, в Саудовской Аравии женщины страдают от недостатка витамина из-за ношения хиджаба, а в Австралии – по причине эффективной кампании Минздрава против рака кожи.

В Великобритании действительно недостаточно солнечного света для производства витамина D зимой, а летом его синтез зависит от многих факторов, включая тип кожи, широту и т.д. По данным недавнего европейского исследования, более 30 млн людей в Великобритании испытывают соответствующий дефицит.

Впрочем, противники идеи UKIP считают, что для восполнения дефицита витамина D у мусульманок совсем необязательно запрещать им носить хиджабы, а достаточно употреблять с пищей добавки, содержащие витамин D.

Ну и ну!

По собственному желанию...



Страдавший алкоголизмом житель Нидерландов получил право на эвтаназию. Сама процедура была проведена 14 июля прошлого года. Марк Лангедийк провёл последние часы своей жизни вместе со своими родными и близкими. Дату введения смертельного препарата он выбрал самостоятельно.

Мужчина увлёкся алкоголем около 8 лет назад: родные делали всё возможное, пытались избавить его от пагубного пристрастия. Он неоднократно проходил лечение в различных реабилитационных клиниках, однако вылечиться от алкоголизма ему не удавалось. Лангедийк страдал депрессией и повышенной тревожностью, с которыми пытался справиться с помощью алкоголя.

Он принял решение уйти из жизни и подал прошение об эвтаназии – на получение разрешения

ушло около 1,5 лет. О том, как прошли последние часы жизни Марка, рассказал его брат. Он сказал, что инъекция была сделана врачом, который сперва рассказал, как будет происходить процедура, а потом предложил мужчине лечь в постель и успокоиться. «Мы все заплакали: родители, все присутствующие, даже Марк... Это могло бы даже быть мило и трогательно, если бы не было так ужасно».

Нидерланды – страна, в которой эвтаназия разрешена с 2002 г. В прошлом году разрешение на проведение этой процедуры получили более 5 тыс. человек – среди них была и девушка, страдавшая посттравматическим стрессовым расстройством, которое было признано неизлечимым. Не так давно было вынесено предложение о разрешении проведения эвтаназии не только больным, но и здоровым людям, которые считают, что их жизненный путь подошёл к концу.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По информации
CNN, BBC, The Inquisitr, Annals of neurology.

Владимир Василенко (1897-1987) прожил долгую жизнь и вошёл в историю отечественного здравоохранения весомо, зримо, как в своё время Сеченов, Боткин, Остроумов. В нынешнем году исполняется 120 лет со дня рождения и 30 лет со времени ухода его из жизни – даты, достойные воспоминаний.

Пастор или врач?

Как-то Владимира Харитоновича спросили, кто он по национальности. Он улыбнулся в ответ: «А какое это имеет значение? Впрочем, если вам интересно, по отцу я украинец, моя мама – литовка с примесью польской крови. А вообще-то я русский». Свою причастность к той или иной национальности каждый сам для себя определяет. Видимо, это внутреннее ощущение человека, которое приходит к нему с его окружением, образованием. Василенко был воспитан в основном на русской литературе, причём многие художественные произведения, в том числе Пушкина, Лермонтова, благодаря дарованной природой поразительной памяти цитировал наизусть. С не меньшим интересом молодой Василенко читал русские философские издания.

Мама Владимира видела единственного сына своего исключительно в пасторском облачении, а он далёк был от богослужения и сам искал свой путь в жизни. Занимался репетиторством, одно время даже выступал в цирке в роли летающего чертёнка. Но чем старше становился, тем больше углублялся в философию. В конце концов сложившееся мироощущение привело его на медицинский факультет Киевского медицинского института. А общение с такими корифеями терапии, как В.Образцов, Ф.Яновский, Н.Стражеско, настолько увлекли молодого студента, что он с головой погрузился в изучение секретов человеческого организма. Особую роль в его жизни сыграл Николай Стражеско. Оценив незаурядные способности будущего врача, он вложил в него максимум того, что учитель мог дать ученику.

Судьба человека неисповедима

По рекомендации Стражеско, Василенко спустя годы избирают профессором Киевского института усовершенствования врачей. Но жизненные пути человека часто неисповедимы. Как бы то ни было, Великая Отечественная война застала Владимира Харитоновича во Львове. Враг уже прорывался к городским окраинам, а Василенко ещё принимал последние государственные экзамены у студентов и не покинул стены местного медицинского института, пока не подписал будущим врачам последний диплом. Вслед за тем, прихватив томик стихов Омара Хайяма, помчался на вокзал. По дороге столкнулся с истекавшей кровью женщиной, у которой как плеть висела почти оторванная рука. На ходу галстуком, заменившим жгут, перевязав рану, вместе с пострадавшей поспел на последний покидавший город санитарный поезд.

Отдельного рассказа, вне всякого сомнения, заслуживает подвиг в годы войны главного терапевта Северо-Кавказского фронта полковника Василенко, поборовшего буквально в считанные дни малярию, охватившую многие фронтовые подразделения. Но об этом как-нибудь в другой раз. А пока – о послевоенной судьбе Владимира Харитоновича.

Его учитель профессор Стражеско рассчитывал продолжить с ним совместную научную работу и был немало ошарашен, узнав, что его любимый ученик избран заведующим кафедрой пропедевтики внутренних болезней Первого Московского медицинского института. Василенко, видимо, сам был немало поражён, что в числе многих претендентов на этот пост, среди которых были и именитые врачи с той же кафедры, остановились именно на нём.

Нового заведующего да ещё варяга не все приняли с распростёртыми объятиями. Но его тру-

оценили с первых дней совместной работы. Они поразились, как порой по внешнему виду больного он распознавал митральный стеноз или цирроз печени. Тем не менее Василенко не упивался самоуверенностью и не стеснялся после детального обследования пациента признать, что не берётся установить окончательный диагноз. Сомнения часто его одолевали. Профессор З.Лемешко вспоминает, что он постоянно напоминал своим врачам слова Аристотеля «Не забывайте сомневаться!» А профессор А.Гребенев отметил, как, зайдя как-то утром в кабинет шефа, обратил вни-

завершал философским осмыслением современных тенденций в медицине, а перед очередной своей лекцией имел обыкновение просматривать имевшиеся зарубежные издания. При этом, знакомя студентов с новой диагностической аппаратурой и рисуя перспективы ожидающей медицину вычислительной техники, подчёркивал, что искусство врача в умении синтезировать личные впечатления о состоянии больного с показателями технических средств диагностики. И при всех достоинствах только входивших в практику ультразвуковых методов исследования напоминал: «Не за-

обвинения отвечал категорически «нет!». И ни одну подсовываемую бумагу не подписывал.

Известно, со смертью Сталина всё сфабрикованное дело рухнуло как карточный домик. И когда в доме, где жил Василенко, узнали о его возвращении, ликование соседей всю ночь не прекращалось. Радость эту разделял и живший в том же здании профессор Александр Мясников. Подчёркиваем это потому, что между этими двумя лидерами отечественной терапии того времени сложились, мягко говоря, более чем прохладные отношения. Скорее всего, причи-

Имена и судьбы

Деревья умирают стоя

Под таким девизом работал и жил большой учёный



мание на его усталый вид. «Я плохо спал. Всё размышлял, правильно ли поставил диагноз пациенту, которого вчера осматривал».

Врачам и студентам клиники доставляло истинное наслаждение наблюдать, как профессор перкутирует и пальпирует больного. Огромная лапа его (так бывший студент Владимира Харитоновича, ныне известный академик Андрей Воробьёв, грубовато и вместе с тем образно называл широкую ладонь учителя) ложится на живот

и словно в желе его превращает. Это вовсе не было проявлением артистизма. Эта была манера Василенко прощупывать органы. На внешний эффект он никогда не работал.

При всей своей, казалось бы, внешней суровости, вспоминает профессор М.Салман, Владимир Харитонович со всеми сотрудниками был приветлив и одинаково доступен. Грубого слова никто от него не слышал. А дежурный врач стационара кафедры знал: при необходимости посоветоваться по поводу больного можно в любое время суток, позвонив шефу домой. И тому ничего не стоило при острой ситуации ночью примчаться в клинику и даже тогда, когда уже занимал высокий пост главного терапевта небезызвестного 1-го Управления Минздрава.

Нередко люди с годами становятся консерваторами, находят в плenu своих привычек. Василенко до последних дней своей трудовой деятельности живо интересовался всеми новшествами терапии. И его научный багаж никогда не скудел. Работы Василенко о сущности медицины, о методологии постановки диагноза и сегодня не теряют своей значимости. Профессор Г.Шульцев называл классикой терапии труды Владимира Харитоновича «Врачебный диагноз» и «Введение в клинику внутренних болезней». Другой его коллега профессор А.Шептулин вспоминает, что каждое заседание кафедры шеф

бывайте, пальпацией владел ещё Гиппократ!».

Путь к становлению гастроэнтерологии

Вскоре после того, как Владимир Харитонович принял кафедру пропедевтики внутренних болезней, он убедился, что гастроэнтерологии и в обучении будущих врачей, и в научных разработках сотрудников уделяется недостаточно внимания. И одним из первых его начинаний стало создание научной лаборатории, занимающейся этой дисциплиной. Одновременно она стала школой подготовки гастроэнтерологов. Следующим шагом Василенко было открытие первого в стране НИИ гастроэнтерологии, долгие годы работавшего рука об руку с кафедрой.

Огромную организаторскую работу Василенко вёл также вне кафедры. По его инициативе создаётся всесоюзное общество гастроэнтерологов. Причём поначалу многие доклады, с которыми выступали врачи, признавался Владимир Харитонович, были откровенно слабы. Но он не позволял себе разносить их, наоборот, аплодировал каждому автору, побуждая его тем самым и впредь заниматься наукой. «Да и вместо того, чтобы дома чаёвничать, лучше на заседании общества посидеть и что-то новое для себя услышать», – считал Василенко.

Почти 35 лет руководил он журналом «Клиническая медицина». И при нём это издание стало постоянной трибуной горячих диспутов. В какой-то мере благодаря широкому печатному обсуждению удалось отстоять самостоятельное преподавание пропедевтики внутренних болезней на третьем курсе обучения студентов-медиков.

Без вины виноват

Авторитет Василенко был столь велик, что его нередко направляли за рубеж к болеющим партийным боссам. Однажды, возвращаясь из Китая после очередного вызова к Мао Цзедуну, Владимира Харитоновича неожиданно заковывают в наручники и прямоком доставляют на Лубянку. Было это в разгар приснопамятного «дела врачей». Василенко ни много ни мало обвинили в сознательном извращении лечения членов ЦК КПСС. В тюрьме он объявил голодовку в надежде, что суд во всём разберётся. Но не тут-то было. На все предъявляемые

ной тому послужило ревностное соперничество. Только узнав, что Владимир Харитонович – ученик Стражеско, Александр Леонидович проникся к нему уважением.

А недавний арестант после своей реабилитации на время исчез с общественной арены. Соседи по даче, куда он уединился, в худом сгорбленном старике в плаще, который висел на нём как на вешалке, едва узнали Харитонича. А ведь в ту пору ему ещё было далеко до шестидесяти. Но человек сильной воли, Василенко не сдавался. По несколько часов в день плавал в реке, подолгу занимался физическим трудом, потом допоздна сидел за книгами. И вскоре обрёл прежнюю форму. О пережитом старался не говорить и не вспоминать. Только в семье знали, что ему довелось перенести в лубянских застенках. Однако находились люди, которые донимали его вопросами, например с кем сидел он в одной камере. Ответ был всегда один: «С парашей».

Как рассказывают, маршал СССР И.Баграмян, спустя несколько лет узнав, что Василенко за его труды вручили золотую звезду Героя Социалистического Труда, заметил: «За мужество, проявленное во время допросов по «делу врачей», он заслуживает звания Героя Советского Союза».

Последние напутствия

Почти 40 лет своей жизни академик Василенко бесценно возглавлял одну и ту же кафедру. И когда почти в 90-летнем возрасте его перевели в консультанты, с болью в душе перенёс эту перемену в своей жизни.

Умирал Владимир Харитонович тяжело. Лёжа на больничной койке, уже дрожащей рукой написал бывшему ученику, а в те последние часы жизни своему лечащему врачу, академику Андрею Воробьёву письмо, в котором завещал всячески противостоять мракобесию и жульничеству в медицине, не допускать к ней колдунов и всяких кашперовских.

А.Воробьёв в своих воспоминаниях «О друзьях и учителях» писал: «При всей технике XXI века не знаю ни единого лишнего слова из арсенала знаний, который дал нам этот великий человек».

Марина МЕЛКОНЯН,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Среди имён, которыми гордится Владимирская писательская организация, наряду с С.Никитиным, В.Солоухиным, А.Фатьяновым, Э.Казакевичем назову и Валерия Янковского, ещё недавно бывшего одним из старейших среди писателей России. В разные годы его книги выходили у нас в стране и за рубежом – в США, Чехословакии, Японии, Корее.

Книги В.Янковского с его дружескими автографами – «В поисках женьшеня», «Нэнуни – четырёхглазый», «Потомки Нэнуни», «Полуостров», «Долгое возвращение», «Тигр, олень и женьшень», «Побег» стали украшением моей библиотеки.

Я часто встречался с Валерием Юрьевичем, бывал у него дома, он заходил ко мне на работу, когда требовались помощь или советы медиков, и мало кто ведал о его возрасте, хотя пошёл ему 99-й год. Могу утверждать, что равному ему по жизни, судьбе и человеческому таланту я во Владимире никого не встречал. И каждая из бесед с ним становилась праздником души. Вот несколько историй, выхваченных из биографии этого замечательного человека.

Родина династии – Дальний Восток

Над его рабочим столом вместе с охотничьими трофеями висел большой портрет Эрнеста Хемингуэя. И это не просто дань моде или деталь интерьера. История династии Янковских – прославленных дальневосточных охотников – необычна и романтична. Дед Валерия Юрьевича, Михаил Янковский, – польский дворянин, после разгрома восстания 1863 г. был сослан в Забайкалье и остался там навсегда. Он успел сделать необычайно много: работал управляющим на золотых приисках, охотился на вепрей и тигров, вывел и вырастил породу русской дальневосточной лошади, занимался наукой, воевал с маньчжурскими разбойниками – хунхузами.

Обследовав побережье залива Петра Великого, на гористом полуострове М.Янковский нашёл место для небольшой фермы. Вскоре здесь возник посёлок охотников со стадом пятнистых оленей и первая в России плантация дикорастущего женьшеня. Валерий Юрьевич подходит к карте Дальнего Востока. Палец его упирается в знакомую и родную точку. Читаю: «Полуостров Янковского», чуть выше – «Гора Янковского».

– Это всё в честь деда, – поясняет хозяин. – В 1991 г. ему во Владивостоке поставили памятник. Я был на его открытии, на камне у могилы Михаила Ивановича выгравированы проникновенные слова: «Он был дворянином в Польше, каторжником в Сибири. Нашёл приют и славу в Уссурийском крае. Содеянное им – пример для жителей Земли».

«С начала нынешнего века хозяйством стал управлять мой отец, Юрий Михайлович, – продолжил В.Янковский. – Нас пятерых, трёх сыновей и двух дочерей, он с юных лет приучил к охоте. Заглядывал к нам Владимир Арсеньев, автор «Дерсу Узала», сам страстный охотник. Помню его с детских лет, сидел мальчишкой у него на коленях, с дедом и отцом они были в большой дружбе...

Уникальное хозяйство на полуострове просуществовало более 40 лет, в 1922 г. оно было конфисковано и национализировано большевиками. Тогда Янковские ушли в горы Кореи, где в роскошной долине, среди горячих ключей, создали курортный посёлок Новину. После войны с Японией, в которой мужчины Янковские в рядах Красной Армии приняли участие как переводчики с япон-

приглашения на концерты, вечеринки, собачьи бега, боксёрские бои. И всё это после охотничьей зимовки в заснеженной тайге, многих месяцев охоты с рюкзаком, на лыжах, с биноклем да винтовками. Так я попал на концерт Вертинского, приехавшего в Шанхай из Парижа. На сцене – седой аккомпаниатор за чёрным роялем, на переднем плане высокий господин во фраке с белой бабочкой. Пел

сражениями моего деда и отца с разбойниками хунхузами, терроризировавшими местное население.

Есть и другое обстоятельство, мы, Янковские, жили по соседству и дружили с семейством Бриннеров. Юл младше меня на 9 лет, бывало, играли вместе. Русское начало крепко сидело в Бриннере. Он сыграл одну из ролей в фильме «Анастасия» о якобы уцелевшей после расстрела дочери Николая

далем. Здесь среди леса стоит сосновый дом, который окрестили зимовьем Янковского. Рядом мини-пристань, прямо у крыльца начинается родниковое озеро, гладь которого освоили прирученные хозяином дикие утки. А потом после съёмок, купания и похода за грибами был вечер с дружеским застольем, воспоминаниями Валерия Юрьевича. Стояла завораживающая тишина. То был

А ещё был случай

Трудно и гордо

Так прошёл свой путь Валерий Янковский

ского и корейского языков, их вдруг расценили как «врагов народа». В лагерях оказались Валерий Юрьевич, его отец, брат Юрий, осуждённые по сталинской 58-й статье. Потомственный охотник, человек богатырского здоровья В.Янковский прошёл через ад и множество этапов, дважды бежал. Освободился в 1952 г., потом жил и охотился на Чукотке, о своих лагерных годах рассказал в повестях «Побег» и «Долгое возвращение». С 1968 г. Валерий Янковский жил во Владимире.

Своим наиболее ценным охотничьим трофеем Валерий Юрьевич считает череп огромного вепря-секача, убитого им в Корейских горах на охоте со шведским путешественником и учёным Стеном Бергманом. Сам швед в воспоминаниях так написал о своём друге: «Братья Янковские – Валерий и Арсений – являлись лучшими зверобоями Кореи. Я выезжал с ними несколько раз и был изумлён их необыкновенными способностями зверовых охотников. Сейчас вепрь с великолепными клыками, добытый Валерием, находится в музее естественной истории в Стокгольме».

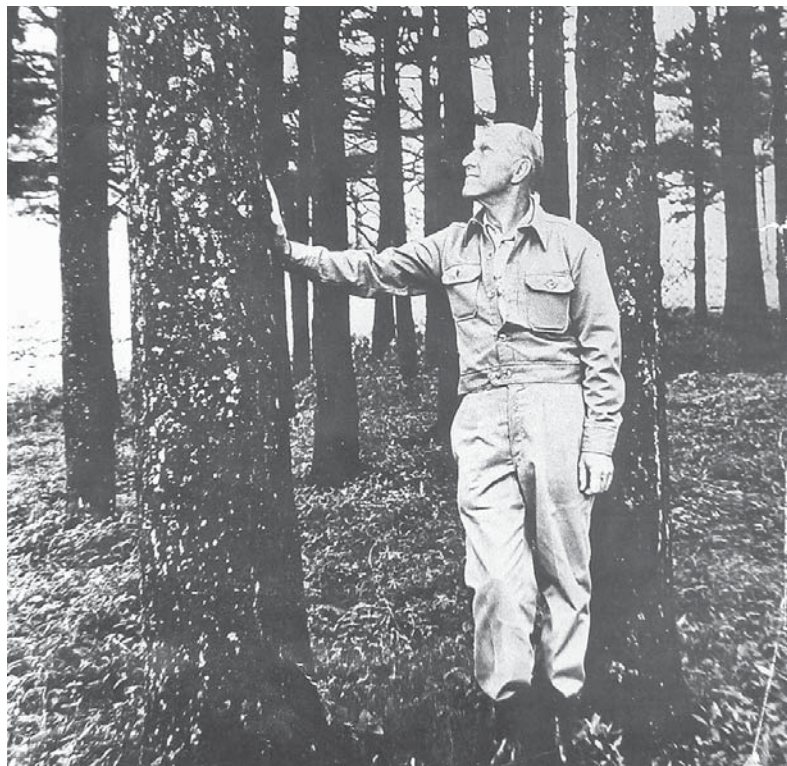
От Арсеньева и Хемингуэя к Вертинскому и Бриннеру

Когда Валерию Юрьевичу было 95 (!), на вид высокому подтянутому мужчине давали не больше 70 лет. Сам он, что весной, что осенью или зимой по-прежнему, с юношеским задором отправлялся на охоту. Как-то задумал приспособить в палатке печку, за этим занятием я и застал хозяина. За чаем поинтересовался оружием, с которым Валерию Юрьевичу доводилось охотиться.

«Ружей у меня было много, порядка семидесяти, встречались и уникальные, – оживился В.Янковский. Глаза его по-молодому и озорно блеснули. – Впрочем, запомнились все, как запоминаются мужчине любимые женщины. Сейчас из всего богатства у меня остались две «ижевки»-двустволки – 12 и 16 калибров. Обе надёжные, да и глаз пока не подводит.

После захватывающих охотничьих воспоминаний, по таланту сравнимых с прозой столь чтимого им Хемингуэя, В.Янковский вспомнил о встрече с Александром Вертинским.

«Зимой 41-го года, в январе, я оказался в Шанхае. Посыпались



И в свои 80 лет он выглядел достойно

Вертинский, грассируя, как всегда неповторимо.

Во время антракта меня потащили за кулисы, знакомиться. В просторной артистической уборной Вертинский, сбросив фрак, шагнул по диагонали из угла в угол. Вокруг семеняли дамы и барышни. Мне стало не по себе, я хотел было уйти, но нас всё-таки познакомили. Уже через пару минут Вертинский вспомнил, что он встречался с моим отцом и сестрой.

«У меня полная коллекция его песен, есть и старые пластинки, – говорит Янковский. – В минуты ностальгии по прошлому, Дальнему Востоку вспоминаю ту давнюю встречу, в который раз слушаю Вертинского. Как-то в одном из разговоров с Валерием Юрьевичем промелькнула фамилия – Бриннер.

«Вы наверняка видели «Великолепную семёрку»? – спрашивает Янковский. – Знаменитый голливудский фильм, шедший у нас в шестидесятых. В нём главную роль – стрелка Крисса – сыграл Юл Бриннер. «Семёрка» нам, Янковским, очень близка. Фильм-вестерн повествует о том, как семь метких снайперов были наняты жителями мексиканской деревушки для защиты от банды грабителей. Сюжет картины во многом схож со

II, кстати, с молодой тогда Ингрид Бергман, в фильме по роману Ф.Достоевского «Братья Карамазовы» стал исполнителем роли Дмитрия Карамазова. А через 20 лет, в 2005 г., во Владивостоке, где родился Юл Бриннер, была установлена мемориальная доска. Конечно, по заслугам, ведь Оскара он получил ещё в 50-х. Россия должна знать и чтить память великих россиян.

Зимовье под Суздалем

В конце лета и осенью 2006 г. во Владимире начались съёмки моего сериала «Эксперты», одна из серий телефильма была полностью посвящена редкому криминальному эпизоду, случившемуся на охоте. Тут без Валерия Юрьевича не обойтись, звоню Янковскому, рассказываю о сюжете фильма «Роковая охота».

В основу его лёг случай, связанный с гибелью видного профессора-медика, смертельно раненного пулей крупного калибра, оторкоштившей от панциря кабана-секача, – сообщаю Янковскому. «Очень интересно, благодарю за соучастие», – подстать молодому человеку загорелся мой старший друг.

И вот съёмочная группа на кордоне охотхозяйства, что под Суз-

даль. Здесь среди леса стоит сосновый дом, который окрестили зимовьем Янковского. Рядом мини-пристань, прямо у крыльца начинается родниковое озеро, гладь которого освоили прирученные хозяином дикие утки. А потом после съёмок, купания и похода за грибами был вечер с дружеским застольем, воспоминаниями Валерия Юрьевича. Стояла завораживающая тишина. То был

«Какой человецище!» – восторгался Борис Плотников, народный артист России из театра «Табакерка». – Нам определённо повезло, лучшего консультанта по охоте во всей матушке России не сыскать. А как начитан, эрудирован! Его рассказы по духу близки Паустовскому, Бунину, Пришвину. Подарил он мне свою книгу, глянул мельком, сразу понял – это настоящая крепкая проза.

А год спустя на «зимовье Янковского» побывала съёмочная группа, осуществлявшая документальный проект Никиты Михалкова «Русские без России». Тут снимали серии о В.Янковском и его дальневосточной эмиграции, фильмы демонстрировались по второму каналу РТР на всю страну. И я, как бесценный раритет, храню диск с их видеозаписью, подаренный мне Валерием Юрьевичем.

Человек-корень

Таким остался в памяти всех, кто его знал, Валерий Янковский – продолжатель славной династии дальневосточных первопроходцев, потомственный охотник и следопыт, самобытный российский писатель. Человек нелёгкой, но и завидной судьбы, живший в нашем Владимире и вырастивший целебный женьшень, что в переводе означает «человек-корень», на своей загородной даче.

Возраст для него не был помехой. Звонящие строки замечательного поэта Ярослава Смелякова, человека со схожей «сталинской» судьбой, вполне подходя и для Валерия Янковского:

*Нам время недаром дётся,
Я строил окопы и доты,
Мы трудно и гордо живём.
Железо и камень тесал,
И слово трудом достаётся,
И слава добыта трудом
И сам я от этой работы.
Железным и каменным стал.*

Воспоминания о таких людях греют душу. Я счастлив, что знал, слушал, встречался с Валерием Юрьевичем. Память о нём во Владимире, Владивостоке, многих отдалённых уголках Земли станет достоянием и грядущих поколений.

Марк ФУРМАН,
судебно-медицинский эксперт,
победитель Всероссийского
конкурса «Лучший врач-2017».

Владимир.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.

Джуриный член редколлегия – И.СТЕПАНОВА.

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

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-06-00328 Тираж 23 973 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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