

# Медицинская

2 сентября 2016 г.  
пятница  
№ 66 (7686)

# Газета®

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

## Профилактика

# Диспансеризация студентам «по зубам»

Накануне 1 сентября, Дня знаний, выяснилось, что более 85% молодёжи Ставрополя нуждается в лечении у стоматолога



Стоматологическая поликлиника Ставропольского государственного медицинского университета, созданная в 1960 г., – одна из крупнейших в структуре медицинских вузов страны.

Недавно здесь была проведена масштабная реконструкция, позволявшая обновить старинные корпуса и разместить там новейшее оборудование, открыть отделение современных стоматологических технологий, предназначенное для внедрения в практическую деятельность научных разработок сотрудников кафедр СтГМУ, ведущих вузов России и Европы, а также фантомные классы по обучению будущих стоматологов практическим навыкам на тренажёрном оборудовании и муляжах.

## Осмотр идёт полным ходом

Недавно администрация СтГМУ выступила с проектом, направленным на профилактику стоматологических заболеваний у студентов вузов Ставрополя. По итогам его реализации выявлено, что в санации ротовой полости нуждается более 85% студентов вузов краевого центра – Аграрного университета, Педагогического института, Института дружбы народов Кавказа. На каждого обследованного был составлен «паспорт здоровья», необходимое лечение получили все желающие, на диспансерный учёт взяты юноши и девушки, состояние здоровья которых требует динамического наблюдения.

В августе проведены профилактические осмотры 1,5 тыс.

первокурсников этих трёх вузов. В ближайшее время будут организованы подобные профилактические мероприятия для студенчества, и в особенности первокурсников других вузов города. Их необходимость ни у кого не вызывает сомнения: первый год обучения в вузе характеризуется как стрессовый период в жизни каждого студента, а значит, надо сделать всё возможное для предотвращения ухудшения здоровья молодых людей. В конце концов здоровыми зубами легче «грызть гранит науки».

Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Лариса ПОПОВИЧ,  
директор Института экономики  
здравоохранения НИУ ВШЭ:  
Современные технологии позволяют собрать о пациенте и проанализировать намного больше информации, чем 15-минутный очный приём.

Стр. 4



Наталья МАНТУРОВА,  
главный пластический хирург  
Минздрава России и Департамента  
здравоохранения Москвы:

В основе успехов пластического хирурга на профессиональном поприще лежит междисциплинарный подход к образованию.

Стр. 11



Татьяна СЕМИГЛАЗОВА,  
профессор кафедры онкологии  
Северо-западного  
государственного медицинского  
университета им. И.И.Мечникова:

Очень важно, чтобы Перечень ЖНВЛП расширился, тогда у врачей появится возможность индивидуально назначать эффективное лечение.

Стр. 12



## Акции

# Здоровью тоже надо учиться

На Южном Урале стартовала традиционная межведомственная акция «За здоровое детство». В течение месяца в детских больницах области пройдут дни открытых дверей с консультациями врачей-специалистов и проведением антропометрических измерений, а в школах состоятся уроки здоровья и тематические встречи с врачами «Здоровью тоже надо учиться».

Месячник по сохранению и укреплению здоровья детей и подростков в Челябинской области традиционно приурочен к началу учебного года.

В рамках акции пройдёт комплекс мероприятий по повышению грамотности учащихся, их родителей и педагогов в вопросах профилактики заболеваний и устранения факторов риска их развития. Будут задействованы учреждения системы здравоохранения, образования, а также места проведения досуга детей и подростков.

В детских больницах и поликлиниках пройдут дни открытых дверей, во время которых желающие смо-

гут получить консультации врачей разных специальностей и узнать результаты своих антропометрических измерений. Там же будет размещён наглядный материал по формированию здорового образа жизни и профилактике травматизма.

Специалисты отмечают, что предпосылки к развитию широко распространённых хронических неинфекционных заболеваний закладываются уже в детском возрасте. По данным Министерства здравоохранения Челябинской области, анализ здоровья детей в возрасте от 0 до 14 лет показал, что общая заболеваемость детей в этой группе за три года (2013-2015 гг.) снизилась на 2,9%. При этом первое место занимали болезни органов дыхания. Второе – болезни кожи и подкожной клетчатки и третье – болезни органов пищеварения. Четвёртое место занимали травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин.

Мария ХВОРОСТОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

## Решения

# Больше творога и сыра

Приказом Минздрава России № 614 от 19 августа 2016 г. утверждены рекомендации по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающие современным требованиям здорового питания.

Необходимость разработки настоящих рекомендаций продиктована изменениями, произошедшими за последние 5 лет как в производстве пищевого сырья, так и в структуре потребления пищевых продуктов населением.

В новых рациональных нормах потребления пищевых продуктов увеличено количество овощей, фруктов, растительного масла, мясных, рыбных и некоторых молочных продуктов, таких как творог и сыр. При этом уменьшено количество масла сливочного и сметаны, а также хлебобулочных изделий, картофеля и сахара.

В нормах представлен широкий ассортимент основных групп пищевых продуктов, соответствующий сложившейся структуре и традициям питания большинства населения

России и позволяющий разнообразить потребляемую пищу.

Рекомендации могут использоваться для планирования объёмов производства пищевой продукции в агропромышленном комплексе, а также гражданами при формировании индивидуальных рационов питания и не предназначены для организации питания в организованных коллективах.

Павел АЛЕКСЕЕВ,  
МИА Сито!

Москва.

## Новости

## Хочу быть врачом!

В Красноярском государственном медицинском университете им. В.Ф.Войно-Ясенецкого подвели итоги приёмной кампании-2016. Конкурс в вуз на разные специальности составил от 6 до 17 человек на место. В общей сложности на 1-й курс зачислены 900 человек, из них 384 поступили на бюджетные места. 216 первокурсников будут учиться по целевым направлениям, то есть, не успев получить студенческий билет, они уже знают, где им предстоит работать по окончании вуза.

Говоря о «качестве» нынешних абитуриентов, ректор КрасГМУ профессор Иван Артюхов отмечает более высокий уровень их подготовленности.

По словам декана Института последипломного образования КрасГМУ Елены Юрьевой, в этом году произошёл существенный прирост количества договоров с медицинскими организациями – 40% против 15% в 2015 г., – которые самостоятельно оплачивают подготовку своих будущих сотрудников.

Елена БУШ.

Красноярск.

## На берегу живописной бухты

Профильный лагерь под Находкой в шестой раз открыл оздоровительную смену для маленьких приморцев с ограниченными возможностями. На берегу живописной бухты Шепалова собрались 50 «особенных» деток с родителями. Как рассказали в Департаменте труда и социального развития администрации Приморского края, путёвки на специализированные смены получают дети-инвалиды, имеющие заболевания, не позволяющие им попасть в обычный оздоровительный лагерь.

Среди диагнозов – ДЦП, тяжёлая форма сахарного диабета, различные нарушения в психическом развитии. Особенно много детей, страдающих синдромом Дауна, аутизмом.

– Такие дети нуждаются в постоянном медицинском наблюдении, поэтому среди персонала много врачей и психологов, – поясняет директор департамента Лилия Лаврентьева. – Но самое главное – это сопровождение родителей. Именно мамы и папы являются истинными экспертами в том, какая индивидуальная реабилитационная программа работает в отношении их ребёнка.

Совместный отдых помогает не только больным детям. Для родителей это хорошая возможность провести время на природе, расширить круг общения, проконсультироваться со специалистами в вопросах воспитания, обучиться наиболее эффективным приёмам занятий со своими детьми.

В вопросах организации оздоровительных смен для детей с особенностями в развитии департамент сотрудничает с региональным отделением Всероссийского общества инвалидов. Администрация Приморского края приобретает детские путёвки. Общественная организация находит возможность компенсировать родителям часть затрат на проживание рядом с детьми.

Специалисты убеждены, такой специализированный отдых – это лучшая реабилитация для «особых» деток. Доказано, что, к примеру, дети с аутизмом могут сделать значительный прогресс при правильном обучении. Чем раньше начата коррекционная работа с ними, тем больше шансов на хороший исход лечения.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Приморский край.

## Ждут 10 машин «скорой»

В Астраханскую область в рамках государственной программы по обновлению медицинского автомобильного транспорта в ближайшее время поступят 10 машин скорой помощи – семь автомобилей «скорой» на базе УАЗов и две машины на базе «газели», а также один реанимобиль «форд».

УАЗы будут направлены в районные больницы, реанимобиль и «газели» останутся в Астрахани – пополнят автопарк Центра медицины катастроф и скорой медицинской помощи.

Всего в этом году федеральный бюджет выделил 3 млрд руб. на закупку новых автомобилей для регионов. Астраханская область вошла в число субъектов Российской Федерации, где будет реализована государственная программа по обновлению медицинского автомобильного транспорта.

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астраханская область.

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

Коллектив Государственного автономного учреждения здравоохранения Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1 Министерства здравоохранения Республики Башкортостан глубоко скорбит по поводу кончины учёного дерматовенеролога, доктора медицинских наук, академика РАН **СКРИПКИНА Юрия Константиновича** и выражает искренние соболезнования родным и близким, разделяет горечь невозможной утраты.

## Праздники

## Искорки надежды

Раскрываются таланты мальчишек и девчонок

**В Омской области завершился давно ставший традиционным фестиваль творчества детей с ограниченными возможностями здоровья «Искорки надежды».**

Нынешний по счёту был четырнадцатым, но оказался, пожалуй, самым ярким из всех проведённых прежде, поскольку был посвящён 300-летию Омска. Да и его участников в возрасте от 5 до 17 лет, приехавших в город на Иртыше из всех 32 сельских муниципальных районов Прииртышья, было многократно больше, чем раньше. Как, впрочем, и их городских сверстников из 5 округов стольного града этой сибирской административной территории.

Таланты мальчишек и девчонок в номинациях «Песня и инструментальное исполнительство», «Художественное слово», «Прикладное творчество», «Изобразительное искусство» оценивало компетентное жюри. А вот дипломы и ценные подарки победителям и призёрам фестиваля «Искорки надежды», который ещё называют праздником детей, не ушедших в тень, вручали от имени правительства Омской области министр труда и социального развития региона Владимир Куприянов и Герой России Дмитрий Перминов.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.



Впереди у этого мальчишки, противопоставившего недугу творчество, ещё много побед

## Инициатива

## Регистратура – «лицо» больницы

И его хотят сделать привлекательным в Алтайском крае

**В Алтайском крае началась активная реализация проекта «Открытая регистратура». На ремонтные работы, проводимые на пилотных площадках, из краевого бюджета направлено 10 млн руб.**

Первыми посетителями новых регистратур стали пациенты Белокурихинской центральной городской больницы. А уже совсем скоро в новом режиме начнёт свою работу регистратура в Барнаульской поликлинике № 1. На днях здесь побывал заместитель губернатора края Даниил Бессарабов, который ознакомился с ходом ремонтных работ и провёл выездное совещание, в котором участвовали заместитель начальника Главного управления Алтайского края Наталья Белоцкая, руководитель подрядной организации Александр Щеглов и главный врач Городской больницы № 1 Барнаула Елена Азарова.

Участники совещания обсудили вопрос доступности медицинской помощи в первичном звене. Они отметили, что с реализацией проекта «Открытая регистратура» ситуация должна кардинально измениться. Поликлиника будет работать в 2 смены и предусматривать часы для позднего приёма, чтобы пациент мог попасть к врачу после работы. Запись на приём к специалистам будет осуществляться различными способами, в том числе без прямого обращения в регистратуру.

Стоит отметить, что уже сейчас в поликлиниках края организована предварительная запись на 2 недели вперёд с ежедневной корректировкой расписания. На приём можно записаться по телефону, через интернет, используя мобильное приложение.

«На сегодняшний день, ежемесячно выдаётся свыше 50 тыс. интернет-талоннов. Используемая информационная система и степень оснащения рабочих мест позволяет в кабинете врача получать талоны на повторные визиты и консультации узких специалистов. Уже сейчас во всех поликлиниках такая возможность реализована. Пациент, записавшийся предварительно, минуя регистратуру, к указанному времени обращается в кабинет врача и, таким образом, мы разводим потоки и решаем проблемы очередей в регистратуру, делаем пребывание в поликлинике более комфортным», – рассказала заместитель Главного управления Наталья Белоцкая.

В ходе реализации проекта в холлах поликлиник запланировано проведение ремонтов с формированием нового стиля «Открытой регистратуры», где регистратор будет находиться в прямом контакте с пациентом, а не за стеклом, как сейчас, что, по мнению разработчиков, будет способствовать созданию доверительной атмосферы в поликлинике.

Даниил Бессарабов отметил, что сегодня здравоохранение края по целому ряду направле-

ний вышло на высокий уровень оказания медицинской помощи. Но и первичная помощь не должна отставать. Регистратура является центральным звеном, обеспечивающим плановую, бесперебойную работу поликлиники. С неё начинается формирование стиля работы медицинской организации и в значительной мере определяется удовлетворённость населения качеством медицинской помощи. «Меняя стереотипы, мы стараемся создать необходимые условия для пациентов и сотрудников, обеспечиваем доступность медицинской помощи. Безусловно, объективную оценку проделанной нами работе дадут сами пациенты. Уверен, что мы не обманем их ожидания», – подчеркнул заместитель губернатора.

Работники регистратур сейчас проходят обучение. В него входит психологическое тестирование на предмет профессиональной пригодности, проводятся мастер-классы по работе с информационной системой. Кроме того, для главных врачей поликлиник разрабатываются рекомендации по подбору персонала регистратур.

В настоящее время проект уже реализован в ряде больниц и поликлиник. В течение трёх лет все поликлиники края изменятся кардинальным образом.

Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Алтайский край.

Официально

# Мониторинг движения и учёта

Минздравом России разработан порядок осуществления мониторинга движения и учёта лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения в субъектах Российской Федерации лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей.

Речь идёт о формировании Минздравом России списка лекарственных препаратов на основании перечня и реестра лекарственных средств, в отношении которых будет проводиться мониторинг движения и учёта.

В формируемом списке планируется указать конкретное торговое наименование лекарственного препарата, а также

его лекарственные формы и дозировки.

Список будет доводиться до сведения региональных органов государственной власти в сфере охраны здоровья, а те, в свою очередь, организуют сбор информации: о номенклатуре, количестве и стоимости лекарственных препаратов, их наличии в уполномоченных организациях оптовой торговли лекарственными средствами и аптечных организаций, а также о потребности в отдельных видах лекарственных препаратов или их дефиците.

Планируемый срок вступления в силу нормативного правового акта – III квартал 2017 г.

Уведомление о разработке проекта размещено на официальном сайте.

Документ

# По новым правилам

Минздравом России разработан проект приказа о порядке оказания медицинской помощи больным с врождёнными и наследственными заболеваниями.

Кроме собственно порядка оказания помощи данной группе пациентов, документ содержит также правила работы медико-генетических кон-

сультаций, устанавливает рекомендуемые нормы штатного расписания и стандарты оснащения соответствующих лечебных подразделений.

Планируется, что документ после его общественного обсуждения и утверждения вступит в силу уже в 2017 г.

Соб. инф.

Перспективы

# Всё о перерегистрации

Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай выступил с разъяснениями относительно перерегистрации медицинских изделий в 2017 г.

– В настоящее время на территории Российской Федерации на все изделия медицинского назначения и медицинскую технику действуют бессрочные регистрационные удостоверения, – уточнил он. – В 2012 г. Правительство РФ предписало производителям, получившим регистрационное удостоверение до этого момента, в срок до 1 января 2014 г. заменить его на новый

образец в Росздравнадзоре (постановление Правительства № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий»). В конце 2013 г. по просьбам производителей срок был продлён до 1 января 2017 г. При этом следует отметить, что в период с 1 января 2013 г. по 24 августа 2016 г. в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения поступило менее 9,2 тыс. заявлений о замене регистрационного удостоверения (из 37,5 тыс., которые необходимо обновить).

Срок процедуры замены регистрационного удостоверения составляет 30 дней. Таким образом, в настоящее время производители имеют доста-

точно времени для получения регистрационных удостоверений нового образца, и разговоры о возможных проблемах на рынке медизделий по бюрократическим причинам не обоснованы. В любом случае, Министерство здравоохранения РФ внимательно рассмотрит предложение Ассоциации международных производителей медицинского оборудования (IMEDA) о необходимости продления сроков замены регистрационного удостоверения и даст ответ в установленный законодательством срок.

Павел АЛЕКСЕЕВ.  
МИА Сити!

Москва.

Современные технологии

# Медицинские датчики всегда с собой

Институт развития интернета совместно с одной из государственных корпораций запустил проект по производству датчиков для системы мониторинга состояния здоровья, которая должна стать частью телемедицинских сервисов в России.

«Уже есть огромный опыт в разработке разного рода датчиков. Национальный центр информатизации предоставит нам компетенции и экспертизу. В проект также войдёт частный инвестор, который вложит до 1 млн долл., – это люди из реального бизнеса, готовые по-

участвовать в создании медицинских датчиков», – сообщил председатель совета Института развития интернета Герман Клименко.

Рабочая группа по проекту будет создана в сентябре 2016 г., уточнил генеральный директор Национального центра информатизации Константин Солодухин. «На сегодняшний день у нас есть набор готового оборудования – это датчики, которые измеряют определённые параметры, – сказал он. – Речь идёт о том, чтобы сейчас на основании тех технологий, которые есть у нас или у тех, кто войдёт в

рабочую группу, создать другие датчики, которые смогут неинвазивными методами измерять, например, сахар крови. И другие параметры».

Пилотными регионами, где будут внедрены системы с носимыми датчиками, могут стать Республика Татарстан и Москва.

Данные о здоровье, полученные датчиком, Институт развития интернета планирует обрабатывать в специальной лаборатории, помещение под которую институту предоставил Минздрав.

Валентин МАЛОВ.  
МИА Сити!

Статистика

Плохое здоровье и сложности с лечением в качестве причины жизненных трудностей назвали 19% наших граждан. Таковы данные репрезентативного опроса «Левада-центра», проведённого в начале августа нынешнего года. Примечательно, что 3 года назад эта проблема беспокоила 23%, в 2003 г. – 34% опрошенных.

# Здоровы ли мы?

Опрос «Левада-центра» проходил по репрезентативной всероссийской выборке городского и сельского населения среди 1600 человек в возрасте 18 лет и старше. Социологи провели личные интервью в 137 населённых пунктах 48 регионов России. Респондентам задавался вопрос «Что в настоящее время больше всего осложняет жизнь вашей семьи?». Подобный опрос «Левада-центр» периодически проводит с 1994 г.

Больше всего россиян беспокоит нехватка денег и низкие доходы. Такой ответ дали большинство (61%) опрошенных. На втором месте, правда с существенным отрывом, – «бытовые трудности», такую причину беспокойства отметили 21% респондентов. Плохое здоровье и сложности с лечением – третья по важности трудность для жителей страны, её назвали 19% опрошенных.

В то же время количество россиян, которые жалуются на эту проблему, неуклонно

снижается с каждым годом. Это самый низкий процент, который показывали результаты исследований, начиная с 1994 г. Самое большое количество респондентов, отметивших проблему (34%), наблюдалось в 2001 и 2003 гг. В 2011 г. доля «недовольных» составила 27%, в 2012 и 2013 гг. – 23%, в 2014 г. – 20% и в 2016 г. – 19% (в 2015 г. опрос не проводился).

Осложняют семейную жизнь российским гражданам также опасения потери работы (17%), усталость, переутомление (16%), недостаток свободного времени (15%), плохие жилищные условия (13%), безысходность, отсутствие перспектив в жизни (11%).

Интересно, что плохие отношения в семье беспокоят только 3% респондентов, так же как проблемы с алкоголизмом и наркоманией у кого-либо из членов семьи.

Яков ЯНОВСКИЙ.  
МИА Сити!

Однако

# Какую воду мы пьём и что о ней думаем



Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) узнал, какую воду пьют россияне, а также как относятся к её качеству. Оказалось, что 84% пьют воду из-под крана, причём многие её даже не фильтруют. Однако каждый шестой всё-таки не доверяет водопроводу и употребляет исключительно воду в бутылках. Причём 61% опрошенных вообще никогда не интересовались качеством водопроводной воды.

При этом, как выяснилось, фактор цены не играет большой роли при выборе между водопроводной и бутилированной водой. Лишь для 13% респондентов вода в бутылках стоит неоправданно дорого. Высокий процент потребителей водопроводной воды в России, по мнению социологов, может быть связан с тем, что большинство

потребителей водопроводной воды устраивает её качество (68%).

Для большинства респондентов, потребляющих исключительно бутилированную воду (16%, практически каждый шестой россиянин), причина её выбора связана с отсутствием доверия к качеству водопроводной воды: 36% объясняют свой выбор, в первую очередь, заботой о своём здоровье.

Любопытно, что, как показал опрос, чёткого и единого происхождения бутилированных вод у россиян нет. 30% не задумывались о происхождении воды в бутылках в принципе.

В опросе ВЦИОМ участвовали 1600 респондентов, которых социологи опрашивали по телефону.

Алина КРАЗЕ.  
МИА Сити!

Проводить телемедицинские консультации, учебные семинары, дистанционные совещания и другие мероприятия, направленные на развитие здравоохранения и оказание максимально качественной врачебной помощи пациентам, позволит телемедицинский консультативный центр, созданный в Северо-Западном федеральном медицинском исследовательском центре им. В.А.Алмазова.

Новый центр включает в себя переговорную зону на 8 мест, оборудованную системой видеоконференцсвязи для проведения дистанционных совещаний, и 6 рабочих мест врачей-консультантов, предназначенных для проведения телемедицинских консультаций, участия в видеоконференциях с лечащими врачами и видеоконсилиумах с привлечением других специалистов. Рабочие места врачей-консультантов дополнительно оснащены документ-камерами со встроенной подсветкой для отображения рентгеновских снимков, слайдов и негативов.

Центр станет частью создаваемой Минздравом России федеральной телемедицинской сети, включающей 21 учреждение, на которую возлагаются такие задачи, как проведение экстренных и плановых консультаций врачей, видео- и аудиообучающих семинаров, лекций. Телемедицинские центры позволят специалистам обмениваться передовым опытом и медицинской информацией, поддерживать в актуальном состоянии информационные базы данных по профилям деятельности центра, участвовать в селекционных совещаниях, дистанционно проводимых Минздравом России.

Как показали исследования, 90% российских врачей поддерживают внедрение дистанционного консультирования, которое позволяет пациентам получить квалифицированную медицинскую помощь удалённо. Таковы результаты опроса, проведённого Фондом развития

## Тенденции

# Врач и пациент становятся ближе

Федеральная телемедицинская сеть объединит 21 медцентр



Пилотные проекты по внедрению телемедицинских услуг предлагается реализовать в I квартале 2017 г.

интернет-инициатив среди более чем тысячи врачей.

По мнению 60% опрошенных, возможность оказания услуг дистанционно увеличит поток пациентов и сократит количество осложнений. По официальной статистике, в России не хватает 30 тыс. врачей, а в некоторых регионах государственные больницы укомплектованы лишь на 40-60%. Телемедицина же позволит решить проблему доступа к профессиональной медицинской помощи в удалённых и сельских районах страны – так считают свыше 70% опрошенных.

С другой стороны, по мнению медиков, существует ряд проблем внедрения телемедицины.

В первую очередь это отсутствие технической базы для работы высокоскоростного Интернета в отдалённых районах и обеспечение безопасности персональных данных пациентов. Серьёзной проблемой является и то, что население ничего не знает о телемедицине, а федеральные экспертные центры слабо связаны с региональными телемедицинскими сообществами.

«В мире уже давно поняли, что не стоит бояться применения дистанционной диагностики и лечения. Современные технологии позволяют собрать о пациенте и проанализировать намного больше информации,

чем 15-минутный очный приём, – говорит Лариса Попович, директор Института экономики здравоохранения НИУ Высшей школы экономики. – Для передачи информации с гаджетов, следящих за здоровьем, получения снимков и переписки с пациентом не нужен быстрый Интернет. При этом доля проникновения Интернета в среднем по России составила около 70%, что является хорошей основой для применения телемедицинских технологий».

Как отмечают в Фонде развития интернет-инициатив, ежегодно в России на информатизацию здравоохранения выделяется более 5 млрд руб. Но пока отрасль телемедицины находится лишь на начальном этапе развития: функционирующие телемедицинские центры используются только для трансляции операций и удалённого обучения специалистов.

Но недавно эксперты Открытого правительства подготовили, по поручению вице-преьера РФ Аркадия Дворковича, проект «дорожной карты» по развитию телемедицинских технологий в России. Согласно ему, пи-

лотные проекты по внедрению телемедицинских услуг предлагается реализовать в I квартале 2017 г. не менее чем в 5 регионах страны. В том числе в Татарстане, Калужской и Московской областях, а также в Москве. В числе первых может быть опробована технология, позволяющая пациентам с сахарным диабетом осуществлять мониторинг состояния здоровья в домашних условиях. К этому же сроку в рамках «дорожной карты» должен быть разработан план мероприятий по обучению медицинского персонала и пациентов телемедицинским технологиям.

Однако сейчас в России возможность оказания телемедицинских услуг на законодательном уровне не закреплена. В этом году в Госдуму было внесено два законопроекта. Оба документа были проанализированы экспертным советом при Правительстве РФ. Телемедицинские технологии, по мнению экспертов, должны рассматриваться как новые варианты взаимодействия врача и пациента, а не как новый вид медицинской помощи. И это следует обязательно учитывать в ходе реализации задуманного проекта.

В мире телемедицинские технологии уже получили широкое распространение – в Германии, Норвегии, США, Франции, Швеции они стали незаменимой частью системы здравоохранения. Телемедицина даёт возможность собирать и анализировать данные о пациенте, получать информацию для клинических исследований, проводить онлайн-консилиумы и создавать «виртуальные клиники», специалисты которых могут находиться в разных регионах страны. В США благодаря возможности быстро обмениваться информацией о пациенте и отсутствию необходимости транспортировки тяжёлых больных сократилось количество перевозок больных с 2,2 млн до 1,4 млн. Это привело к экономии более 500 млн долл. ежегодно.

Константин ШЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

## Проекты

# Северный Кавказ развивается

Каким быть медкластеру в Минводах?

Утверждена концепция создания инновационного медицинского кластера на Кавказских Минеральных Водах, тендер на разработку которой выиграл консорциум компаний во главе с одной из австрийских фирм. Кластер разместится на территории в 249 га.

На первом этапе реализации проекта планируется построить якорный медицинский университет, научно-исследовательский центр, три новейших медицинских клиники, технологический парк и необходимую инфраструктуру. На втором этапе будут создаваться реабилитационные центры, а также проводиться реконструкция действующих санаториев.

Общая стоимость строительства оценена на Петербургском экономическом форуме 2016 г. в 162,1 млрд руб., часть

из которых покроет федеральный бюджет, часть – деньги инвесторов. «Для чего мы реализуем этот проект? Самое главное – это полностью удовлетворит потребности жителей Северного Кавказа в высокотехнологичной медицинской помощи, – подчеркнул тогда директор АО «Корпорация развития Северного Кавказа» Сергей Харитонов. – Мы являемся свидетелями уникального явления, когда по мере повышения благосостояния наших граждан потребность в качественной медицинской помощи возрастает, но обычно эти потребности удовлетворяются за счёт зарубежной медицины. Создавая центр на Кавказских Минеральных Водах, мы создаём возможность предоставления таких услуг у нас в России, при этом сопоставимых по качеству с услугами европейского уровня. Когда проект будет реализован, это даст колоссальный импульс

развитию медицины, фармакологии и науки».

В ближайшее время корпорация, как сообщает её сайт, приступит к разработке проектно-сметной документации, а Министерство РФ по делам Северного Кавказа создаст «проектный офис», который будет сопровождать реализацию проекта. Кроме того, первый заместитель министра РФ по делам Северного Кавказа Одес Байсултанов предложил провести в Ессентуках на площадке министерства «круглый стол» с участием медицинского сообщества, общественных советов, представителей субъектов Северо-Кавказского федерального округа и СМИ для обсуждения актуальных вопросов по проекту.

Создание кластера стало частью государственной программы Российской Федерации «Развитие Северо-Кавказского федерального округа».

В Министерстве по делам Северного Кавказа сформирована межведомственная рабочая группа по проекту, в которую вошли представители Минздрава России и других ведомств.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

## Кадры

Один из путей решения кадровой проблемы в здравоохранении – целевое направление в вузы. Об этом и шла речь на встрече министра здравоохранения Чеченской Республики Эльхана Сулейманова, директора Медицинского института Чеченского государственного университета Идриса Байсултанова, руководителя регионального Росздравнадзора Риты Термолаевой и председателя республиканской врачебной палаты Казбека Межидова с выпускниками школ, которые готовятся учиться в медицинских вузах страны по целевому направлению.

# В медицинский вуз — по целевому направлению

Министр ещё раз напомнил будущим студентам, что они должны вернуться в республику грамотными специалистами, и дал конкретные наставления. Присутствующие пожелали ребятам успехов и настойчивости в учёбе.

Тридцать выпускников школ, которые успешно сдали ЕГЭ и набрали более 200 баллов, определены в медицинские образовательные учреждения Москвы, Санкт-Петербурга, Ростова-на-Дону, Ставрополя, Волгограда. Перед отъездом в обязательном порядке с абитуриентами будет подписан договор о том, что после окончания вуза или дополнительного образования они вернутся в

Чеченскую Республику и определённый срок проработают в медицинских учреждениях региона. При этом между Министерством здравоохранения республики и ректорами вузов, куда направляются выпускники для обучения, есть непрерывный контакт, помогающий следить за успеваемостью студентов, а при необходимости и вмешаться в «воспитательный процесс», чтобы в итоге медицинское сообщество республики пополнилось грамотными специалистами.

Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Чеченская Республика.

Ежегодная прививочная кампания против сезонного гриппа стартовала на днях в Москве. В целом по стране, согласно планам Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), от этой инфекции в 2016 г. будет вакцинировано около 75% населения из групп повышенного риска заражения.

В столице планируется привить более 5 млн человек, что на 700 тыс. больше показателя предыдущего сезона. Жители Москвы смогут получить прививку в поликлиниках по месту жительства и работы, кроме того, в этом году впервые пройдет вакцинация пассажиров столичного метро.

«Прививки будут проводиться в передвижных прививочных пунктах у станций московского метрополитена. Мероприятие рассчитано в первую очередь на занятых, работающих москвичей», – говорится в сообщении столичного Роспотребнадзора. Вакцинация бесплатная, прививке будет предшествовать квалифицированный медицинский осмотр работниками Департамента здравоохранения Москвы. Все привитые получат прививочный сертификат установленной формы. Для его оформления при себе необходимо иметь документ, удостоверяющий личность и полис обязательного медицинского страхования.

Вакцинация в сентябре-октябре считается самым благоприятным временем, так как к началу сезона подъема заболеваемости гриппом у человека успевает выработаться иммунитет.

«Предстоящий эпидемический сезон по заболеваемости гриппом ожидается спокойнее предыдущего, поскольку в каждом регионе планируется привить не менее 40% всего населения и максимально охватить не менее 75% лиц из групп повышенного риска инфицирования и тяжелого течения гриппа. Это: медработники, учителя, школьники, работники сфер транспорта и обслуживания и т.д.», – сообщила журналистам руководитель референс-центра по мониторингу инфекций дыхательных путей Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Светлана Яцышина.

По её словам, заранее невозможно предугадать, когда появятся новые вирусы или антигенные варианты вирусов гриппа, которые потребуют изменения состава вакцин. «Однако уже в начале эпидемического сезона гриппа благодаря непрерывно проводимому организациям Роспотребнадзора мониторингу можно будет судить о том, мутировали ли старые вирусы,

## Санитарная зона

# Грипп: противостоять эпидемии

## В столице готовятся вакцинировать более 5 млн человек



Все привитые получают соответствующий сертификат

появились ли новые возбудители и нужно ли менять компоненты вакцины на следующий эпидемический сезон», – сказала представитель Центрального НИИ эпидемиологии.

## Кстати

### Чтобы инфекция не застала врасплох...

В Челябинскую область поступила вакцина против гриппа, препарат начали распределять между поликлиниками региона. Общеизвестно: ранняя вакцинация поможет добиться формирования более устойчивого иммунитета к заболеванию, от последствий которого ежегодно гибнут люди.

По словам начальника отдела профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни Минздрава Челябинской области Ольги Яворской, вакцина для взрослого населения, закупленная региональным ведомством на федеральные средства, уже поступила. Детская вакцина поступит в медучреждения чуть позже – в начале сентября.

При этом взрослые южноуральцы (в возрасте от 18 лет), состоящие на учёте с пульмонологическими заболеваниями, одновременно с вакцинацией против гриппа смогут привиться против пневмококковой инфекции. Сделано это будет тоже бесплатно.

Медработники ещё раз напоминают о важности своевременной вакцинации и настоятельно рекомендуют привиться как можно раньше для формирования более устойчивого иммунитета, которое происходит в течение месяца. Как показывает практика предыдущих лет, пик эпидемии приходится на январь, поэтому крайний срок вакцинации – ноябрь-декабрь. При этом необходимо помнить, что активно циркулировать вирус гриппа начинает уже в осенний период. Сегодня в регионе ситуация не эпидемическая – еженедельно регистрируется в пределах 10 тыс. случаев ОРВИ, среди них уже есть случаи гриппа, выявленный на прошлой неделе.

Напомним, эпидемия 2015-2016 г. охарактеризовалась ранним началом (эпидемический подъём был зафиксирован уже 18 января) и интенсивным распространением. По данным Роспотребнадзора,

Как известно, отчитаться об «эпидемиологической ситуации в стране в целом и в столице в частности» потребовал от министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой на одном из заседаний правительства Президент РФ. Глава Минздрава заверила, что ситуация с гриппом в России находится под контролем.

Напомним, по данным Росстата, в 2016 г. в России от осложнений, вызванных гриппом, умерли 503 человека (в 2015 г. скончались 477 человек, в 2014-м – 490), превышение эпидемического порога было зафиксировано более чем в 70 российских регионах.

В нынешнем сезоне подъём заболеваемости гриппом ожидается к ноябрю. До этого и планируется привить все группы риска, сообщили в НИИ гриппа Минздрава России. Вакцины должны полностью поступить в регионы к 1 октября, сообщила на пресс-конференции

В.Скворцова. Она отметила, что в 2016 г. планируется привить против гриппа не менее 44 млн человек. «Это более трети населения страны. Первый транш вакцин уже поступил в регионы».

Прививочную кампанию предполагается завершить к началу декабря, то есть, как отметила министр, «к началу пика заболеваемости». Она подчеркнула, что вакцинация для российских граждан бесплатна. «Мы используем только российские вакцины, все они высокого качества и абсолютно безопасны. Они содержат все те штаммы, которые рекомендует ВОЗ для стран Северного полушария», – подчеркнула глава Минздрава.

Это штаммы H1N1(2009), H3N2(2014) и штамм вируса гриппа B(2008).

Игорь САВРАСКИЙ.

МИА Сити!

в начале прошедшего сезона эпидемический порог был превышен в 2 раза по сравнению с предыдущими годами. В связи с этим были предприняты беспрецедентные меры для борьбы с опасным заболеванием. В частности, на 2 недели закрыли на карантин учебные заведения региона. В результате пик эпидемии удалось сбить в течение 4 недель (против традиционных 6-8). Тем не менее вирус циркулировал в течение всего зимнего периода и до начала мая. К сожалению, во время прошлой эпидемии в Челябинской области умерли 14 человек, в том числе беременная женщина и ребёнок. Все погибшие не были привиты и имели хронические заболевания.

Как сообщила заместитель руководителя Управления Роспотребнадзора по Челябинской области Светлана Лучинина, наибольшему риску заражения подвержены несколько категорий населения: дети в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, беременные женщины, работники медицинской, социальной, транспортной и коммунальной сфер, лица с хроническими заболеваниями, люди старше 60 лет, у которых традиционно снижен иммунитет, а также лица призывного возраста. Именно эти группы населения будут бесплатно вакцинироваться в ходе прививочной кампании.

Всего в Челябинской области планируется привить 987 тыс. человек, то есть 30% населения. Работодатели также могут принять участие в социально значимом мероприятии, оплатив прививочную кампанию на своём предприятии или организации. Кроме того, у всех желающих, не попадающих в категорию бесплатной вакцинации, есть возможность поставить прививки в медучреждениях по месту жительства.

Специалисты отмечают, что в 75-90% случаев прививка защищает от заболевания гриппом и в 100% – от тяжёлого течения болезни и возможных осложнений. Особенно важно пройти вакцинацию беременным женщинам и пожилым людям.

Мария ХВОРОСТОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

## Инициатива

В Ульяновской области растёт число женщин, решивших сохранить беременность.

«За первое полугодие в регионе на 10% снизилось количество аборт. По итогам 6 месяцев после социальных и психологических консультаций почти 200 жительниц Ульяновской области передумали делать аборт и сохранили беременность. Для налаживания межведомственной работы на базе Ульяновской ОДКБ функционирует отдел оказания медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации. Благодаря работе специалистов, тесному сотрудничеству с различными службами и представителями конфессий за первое полугодие в

# Сотни новых жизней спасены...

регионе удалось предотвратить 19 случаев отказа от новорождённых. После открытия перинатального центра данный отдел будет сопровождать семьи, в которых у детей диагностирована перинатальная патология», – рассказал заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

При региональном Минздраве действует координационный совет по профилактике отказов от новорождённых и оказанию помощи беременным женщинам, находящимся в трудной жизненной ситуации.

«Наш отдел осуществляет контроль деятельности центров и кабинетов кризисной беременности, что позволяет координировать работу по предотвращению абортов в регионе, – добавила начальник отдела медико-социальной помощи при областной детской клинической больнице им. Ю.Ф.Горячева Лариса Платонова. – Также в Ульяновской области выстроена двухуровневая система профилактики отказа от новорождённых. Кроме работы с будущими мамами, которые оказались в трудной жизненной ситуации, мы в настоящее время со всеми

муниципальными образованиями занимаемся совершенствованием системы охраны репродуктивного здоровья молодёжи. Такая ранняя превентивная работа с помощью различных игр, бесед, ток-шоу, позволяет сформировать правильный образ жизни, ответственное родительство, предупреждение нежелательной беременности. Мы оказываем методическую поддержку как городским, так и сельским социальным, образовательным, медицинским учреждениям, общественным организациям, часто выезжаем в районы.

Также в рамках межведомственного взаимодействия готовим ребят-волонтеров, это ещё один хороший инструмент для работы с молодёжью. В планах сертифицированных волонтеров проведение тренингов, массовых акций, пропаганда семейных ценностей среди учащихся старших классов общего среднего образования и учреждений среднего профессионального образования».

Виктория ГУРСКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

С целью профилактики правонарушений, пропаганды здорового образа жизни и формирования активной гражданской позиции в крае не первый год для детей и подростков проводятся единые дни профилактики в рамках краевой профилактической акции «Азбука права».

Представители различных ведомств встречаются с ребятами, отдыхающими в оздоровительных лагерях. Тематические беседы охватывают разные стороны жизни: от медицинской и этической до правовой. Возможно, они подтолкнут детей к ответственному поведению в обычных жизненных ситуациях. Сотрудники краевого Центра медицинской профилактики провели с детьми ряд познавательных викторин о правилах здорового образа жизни, тренинги по здоровому питанию и двигательной активности, занятия по предупреждению вредных привычек.

К слову, для ребят стал открытием даже простой алгоритм мытья рук!

В ходе интерактивных занятий специалисты рассказывали о здоровом образе жизни, пагубном воздействии никотина и табачного дыма. Для большей наглядности была представлена кукла-курильщица. Ребят впечатлила пробирка, продемонстрировавшая, сколько стекает по её стенкам коричневой смолы после всего лишь одной выкуренной

## Профилактика

# Кукла отучит курить?

Для алтайских школьников лето стало не только временем отдыха и развлечений, оно подарило им новые знания



Эта встреча произвела на ребят неизгладимое впечатление

сигареты! Многие задумались: что же происходит после ежедневного регулярного курения?

Подростков интересовали

вовне серьезные проблемы: с какого раза наступает зависимость от употребления наркотических веществ, какова

а также не постоянно употребляют мясо, птицу, рыбу. Третью нерегулярно получает молоко и молочные продукты, а в рацио-

ответственность за их распространение, какие меры следует соблюдать для сохранения своего здоровья?

Отделом мониторинга Центра медицинской профилактики был проведен опрос по выявлению поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний. В исследовании приняло участие 104 подростка от 6 до 16 лет (средний возраст детей 11 лет) из трёх лагерей.

Оказалось, более чем у половины – низкая физическая активность, почти столько же нерегулярно принимают горячую пищу,

не 45,2% детей свежие овощи и фрукты являются редкостью.

При этом 1% подростков ежедневно курит.

– Безответственное к своему здоровью отношение человека уже в школьном возрасте ведёт к снижению функциональных возможностей организма, нарушениям вегетативной регуляции различных органов и систем, – комментирует специалист Центра медицинской профилактики Наталья Климова. – Установлено, что наличие двух или нескольких факторов риска, обусловленных образом жизни, повышает риск отклонений в работе сердечно-сосудистой системы – в 3,5 раза, нервной системы – в 4,8 раза, в формировании костно-мышечной ткани – в 4,2 раза, возникновения болезни глаз – в 3,5 раза.

Наталья ВДОВИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

Фото автора.

## Новости

В Нижневартовске на базе окружной клинической детской больницы стартовала социальная программа «Открытые ладошки» в поддержку детей с ревматическими заболеваниями.

в больницах, оказываются оторванными от привычной среды, что, в свою очередь, может негативно сказаться на их развитии и эмоциональном состоянии. Программа «Открытые ладошки» оказывает таким детям социаль-

# Ладошки, открытые добру

По случаю запуска проекта состоялся праздник для детей и их родителей с конкурсами, играми, направленными на адаптацию и улучшение психоэмоционального состояния детей, которые вынуждены длительное время находиться в больнице.

Нижневартовск стал девятым регионом, в котором проводится программа, целью которой является социализация детей с ревматическими заболеваниями, привлечение внимания общественности к необходимости решения важных задач детской ревматологии в России по внедрению практики ранней диагностики, раннего начала лечения, создания комплексных программ реабилитации и социализации, а также развития общественного диалога о проблемах, с которыми сталкиваются больные дети и их родители.

«В нашей больнице получают медицинскую помощь дети с ревматическими заболеваниями со всего Ханты-Мансийского автономного округа. Технические возможности отделения и высокий профессионализм работников позволяют добиваться высоких результатов в лечении и реабилитации пациентов различного возраста и степени тяжести заболевания. Дети с хроническими ревматическими заболеваниями часто проводят значительно больше времени

но-психологическую поддержку и дарят позитивные эмоции, которые так важны при борьбе с хроническими аутоиммунными заболеваниями», – сказала врач-ревматолог кардиоревматологического отделения Нижневартовской окружной клинической детской больницы Ольга Кучма.

Социальная программа «Открытые ладошки» включает в себя комплекс мероприятий по четырём направлениям: мастер-классы «творчество как лекарство», которые позволяют маленьким пациентам тренировать мелкую моторику, психологическое консультирование и помощь на базе больницы, а также образовательные и физические виды активности.

В каждом из регионов в рамках программы проводятся мероприятия по одному или нескольким наиболее востребованным направлениям.

Программа «Открытые ладошки» стартовала в 2014 г. в Москве, Челябинске и Владивостоке. За это время в её мероприятиях приняли участие порядка 600 детей. В 2015 и 2016 гг. присоединились Ростов-на-Дону, Барнаул, Красноярск, Екатеринбург, Оренбург и Нижневартовск.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Нижневартовск.

## Акценты

# Совсем не средние зарплаты

А они в фармотрасли растут и растут...

Специалисты по маркетингу и по продажам остаются самыми востребованными кандидатами на рынке труда в фармацевтической отрасли. Об этом свидетельствует новое исследование международной рекрутинговой компании Hays Life Sciences Salary Guide 2016.

Средняя зарплата на позиции Area Sales Manager в российской фармкомпании – около 175 тыс. руб. Менеджеры по продукту в среднем получают около 180 тыс.

В последнее время стремительно растёт и популярность специалистов по доступу препаратов на рынок (market access), специалистов и менеджеров по регистрации, а также региональных медицинских советников. Например, за 2015 г. работодатели наняли на 40% больше региональных медицинских советников, чем за 2014-й.

Исследователи узнали, кто из кандидатов сейчас наиболее востребован среди работодателей, на какие бонусы они могут рассчитывать помимо зарплаты, а также как они относятся к этим бонусам и чего ждут от компаний. Кроме того, рекрутинговая компания выяснила средний размер оплаты труда в фармацевтической отрасли по разным регионам и на разных позициях. Выяснилось, что зарплаты в международных фармкомпаниях существенно выше, чем в российских.

Более половины работодателей (62%) в этом году не будут увеличивать штат сотрудников. Упор делается, скорее, на интенсивное, чем на экстенсивное развитие: работодатели предпочитают раз-

вивать существующих людей или искать им замену.

Зарплаты в фармацевтической отрасли растут. Последующие 12 месяцев как международные, так и российские фармацевтические компании намерены повысить заработную плату сотрудникам в диапазоне 5-10%.

Многие работодатели сетуют на то, что на рынке не хватает квалифицированных кандидатов. Те, кто обладает должной квалификацией для достаточного высокого позиций в таких областях, как GR, market access или продажи, нарасхват. Этому не учат в вузе, и овладеть данной специальностью можно только на практике.

Исследование выявило главные мотивирующие и демотивирующие факторы в работе специалистов отрасли при трудоустройстве. Интересно, что подавляющее большинство опрошенных (48%) меняют работу вовсе не из-за низкой зарплаты, а из-за отсутствия перспектив карьерного роста.

В фармацевтической отрасли также в порядке вещей гораздо более обширный соцпакет, чем в других сферах. Оплата обедов, добровольное медицинское страхование или корпоративный автомобиль воспринимаются многими кандидатами как нечто само собой разумеющееся. Как констатировала одна из опрошенных экспертов, это необходимый минимум – мотивировать этим нельзя, а вот демотивировать отсутствием перечисленного очень легко.

Также исследование выявило, каких дополнительных бонусов жадут соискатели, хотя работодатели редко стремятся их предоставить. В первую очередь это пен-

сионные планы (дополнительная сумма к пенсии выше указанной в законодательстве, выплачиваемая за счёт взносов работника и работодателя), оплата дополнительного образования, а также корпоративные детские сады.

Ольга Шамбер, директор практики Life Sciences компании Hays в России: «Несмотря на кризис, фармацевтическая отрасль остаётся привлекательной, в том числе и для иностранных компаний. По мнению многих экспертов, к 2020 г. она не только укрепит свои позиции, но и будет расти. Роль государства в фармацевтическом секторе очень велика, поэтому у российского производителя появляется всё больше возможностей получить достаточно серьёзную государственную поддержку и увеличить свою долю рынка. Если рассматривать фармацевтическую отрасль в разрезе представленности российских и иностранных компаний, то следует отметить, что сегодня доля отечественной продукции в каждом сегменте пока остаётся минимальной. Несколько крупных слияний и поглощений, которые произошли в течение 2 последних лет, высвободили большое количество персонала, но, несмотря на это, кардинально ситуация на рынке труда не изменилась. Он по-прежнему остаётся кандидатским, где спрос превышает предложение. Это не может не оказывать влияние на ожидания кандидатов и уровень заработных плат в фармацевтическом секторе в целом».

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сито!

Москва.

**Столичные частные клиники задействованы в системе обязательного медицинского страхования эпизодически – таков результат исследования, проведённого Московским штабом Общероссийского народного фронта (ОНФ).**

Совместно с общественниками и экспертами штаб изучил сайты частных клиник – участников системы ОМС и обзвонил их справочные службы, чтобы узнать, в каком объёме пациенты могут воспользоваться услугами негосударственных медцентров по полисам ОМС. Мониторинг показал, сообщают в ОНФ, что не все частные клиники, включившись в эту систему, получают от территориальных фондов объёмы медпомощи, достаточные для удовлетворения спроса пациентов.

«Основной целью было выяснить, как рядовой гражданин может обратиться за бесплатной услугой в частную клинику по полису ОМС, какие виды медицинской помощи ему могут там оказать и на каких условиях», – рассказал руководитель региональной рабочей группы ОНФ «Общество и власть: прямой диалог» в Москве, детский хирург Дмитрий Морозов.

Как установили активисты ОНФ, в списке медицинских центров, участвующих в оказании медпомощи по программе госгарантий в системе ОМС, в 2016 г. насчитывается в общей

сложности 482 клиники, 111 из них – негосударственные (акционерные общества, фонды и частные организации).

Выяснилось, что в разных клиниках принимают по полисам ОМС по разным схемам: в одних для таких пациентов выделяются специальные дни приёма, а к другим всё-таки можно прикрепиться. По словам Д. Морозова,

перечень и объёмы услуг, доступных по ОМС, также отличались – где-то нельзя сдать анализы или сделать рентген, где-то нет узких специалистов.

«Стоматологические услуги если и имеются, то бесплатны лишь на уровне консультаций. Стоматологии, работающие в системе ОМС, как правило, предлагают только прийти на

первичный приём, который позволит оценить степень участия в рамках ОМС», – пояснил активист ОНФ. Это при том, что стоматология, по данным аналитиков, является одним из трёх наиболее популярных профилей, с которыми частные клиники пытаются подключиться к системе ОМС.

Кроме того, только на сайтах

могут принимать пациентов по полисам ОМС. Основная проблема заключается в распределении объёмов – частникам зачастую просто не достаётся финансирования на все услуги, которые они готовы предложить по ОМС, либо им не удаётся получить так называемые объёмы медпомощи вообще, хотя формально они будут включены в списки медцентров – участников системы ОМС. Словом, как говорится, рад бы в рай...

Между тем из-за изменений в федеральном законодательстве ряд страховых компаний могут вообще выйти из системы ОМС. Согласно этим изменениям, увеличивается размер уставного капитала страховщика, осуществляющего исключительно медицинское страхование. С 1 января 2017 г. в реестр СМО будут включены только страховщики с уставным капиталом не менее 120 млн руб.

В страховых организациях считают, что новые требования могут спровоцировать вымывание с рынка мелких компаний. «В течение года, я думаю, как минимум одна пятая страховых компаний может выйти из системы ОМС или войдёт в другие, более крупные страховые холдинги», – полагает председатель Комитета Межрегионального союза медицинских страховщиков Сергей Плехов.

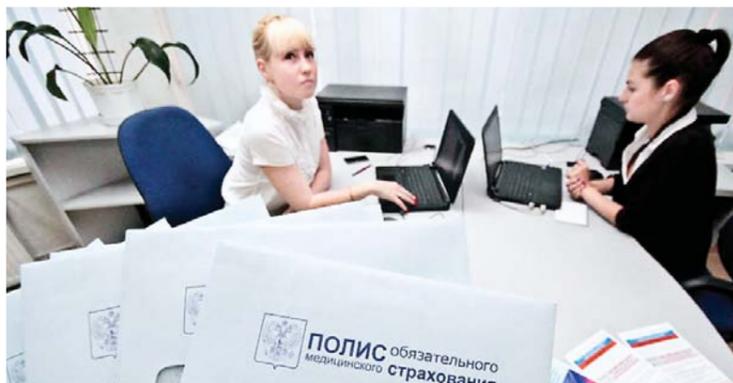
Валентин МАЛОВ.

МИА Сити!

**ОМС: реальность и перспективы**

# Рад бы в рай...

Страхование в формальном виде и на самом деле



Частным медицинским клиникам далеко не всегда удаётся получить объёмы медпомощи, которые они могут оказывать по полисам ОМС

20 клиник есть информация о том, что в этих центрах можно получить медицинскую помощь по ОМС. «Но чтобы узнать условия её оказания, всё равно необходимо позвонить в клинику. При звонке в некоторые справочные службы активистам ОНФ ответили, что вообще не знали, что их учреждение должно оказывать медуслуги в рамках ОМС», – заключил Д. Морозов.

Неосведомлённость администраторов клиник объяснима: организации, включённые в перечень территориальных ФОМС, далеко не всегда действительно

**Ориентиры**

## Лучше, чем в целом по стране

Потому что воронежские специалисты по предупреждению и лечению ВИЧ-инфекции серьёзно заняты профилактикой

По итогам 6 месяцев 2016 г. показатель заболеваемости ВИЧ/СПИДом в Воронежской области составил 13,9 на 100 тыс. населения. Это в 2,1 раза ниже среднего показателя по России. Из вновь выявленных случаев 325 – у постоянных жителей региона, 55 – у жителей других областей РФ, граждан стран СНГ, а также лиц без определённого места жительства. Ещё 46 человек были в Воронежскую область с ранее установленным диагнозом.

Несмотря на непростую эпидемиологическую ситуацию, Воронежская область не входит в число неблагополучных регионов с высокой концентрацией ВИЧ-инфицированных: показатель на 100 тыс. населения на 30.06.2016 составил 90,2, что в 6,5 раза ниже аналогичного показателя в среднем по России. Это связано с географической расположенностью области и одновременно с хорошо налаженной работой областного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, специалисты которого занимаются просвещением населения, проводят адресную работу с уязвимыми по отношению к ВИЧ группами – расширяют их охват скрининговыми обследованиями и психологическим консультированием.

Результаты проведённых центром эпидемиологических исследований свидетельствуют, что в 66,3% случаев заражение произошло парентеральным путём среди потребителей инъекционных наркотиков. Это соответствует общероссийской тенденции. На открытии V Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Восточной Европе и Центральной Азии министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова заявила, что «географическое расположение наиболее поражённых ВИЧ-инфекцией регионов совпадает с основными маршрутами наркотрафика в стране». К тому же

употребление новых синтетических наркотических средств значительно увеличивает кратность приёма, а значит, и уровень гемоконтактных инфекций.

Исследование областного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, проведённое с целью определения уровня информированности воронежцев о ВИЧ, показало, что из тысячи опрошенных в возрасте от 18 до 49 лет 57% знают, где в Воронеже можно пройти тестирование на ВИЧ-инфекцию. Больше половины (62,4%) справедливо полагают, что существует лечение, которое позволит ВИЧ-инфицированному человеку сохранить не только жизнь, но и привычный образ жизни и работоспособность. И 91,8% уверены в том, что человек может снизить риск инфицирования ВИЧ, если постоянно использовать барьерные средства при сексуальных контактах. Врачи отмечают, что широкая популяризация добровольного анонимного тестирования на ВИЧ в купе с массовым просвещением населения по этой проблеме может вдвое снизить количество новых заболеваний ВИЧ.

**Оксана КОЗЛОВА,**  
ведущий советник  
по информационной политике  
Департамента здравоохранения  
Воронежской области,  
внешт. корр. «МГ».

Воронеж.

**Здоровая жизнь**

Возродить практику проведения в России производственной гимнастики предлагают те, кто идёт на осенние выборы в Госдуму РФ. Сегодня кандидаты в депутаты высшего органа власти накануне массового голосования 18 сентября заявляют о необходимости обеспечить возможность гражданам заниматься физической культурой и спортом по месту жительства. Многие из них считают, что ни один строительный план не должен утверждаться, если не предусматривает доступ жителей к бесплатным спортивным площадкам.

## На зарядку становись!

К этому призывают будущие депутаты



Станет ли привычной для нас такая полезная гимнастика?

Будущие народные избранники предлагают также освободить учреждения массового спорта от платы за пользование земельными участками, снизить ставки за аренду помещений и возродить господдержку региональных и федеральных спортивных состязаний среди спортсменов-любителей.

«Возродить практику проведения производственной гимнастики, когда в течение 5 минут прямо в офисе в рабочее время сотрудники могут размяться, сделав простые упражнения», – говорится в релизе одной из партий.

Отсутствие физической активности является четвёртым по значимости фактором риска смерти

в мире, напоминают кандидаты. Однако наблюдается в настоящее время снижение уровней такой активности. В глобальных масштабах каждый третий взрослый человек недостаточно занимается физическими упражнениями, спортом и физкультурой.

Всемирная организация здравоохранения предоставила рекомендации в отношении оптимальных уровней активности, однако даже незначительная физическая активность лучше, чем её отсутствие.

И здесь, наверное, важно будет напомнить, что в 2013 г. государства – члены ВОЗ договорились о сокращении распространённости недостаточной физической актив-

ности к 2025 г. на 10% в рамках «Глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг.»

Сотрудники Вашингтонского университета проанализировали данные 174 исследований, опубли-

кованных в период между 1980 и 2016 гг. Оказалось, что у людей с высокими уровнями физической активности был снижен риск развития рака молочной железы, толстой кишки, диабета, болезни сердца и инсульта. Исследователи оценивали метаболический эквивалент МЕТ-минут в неделю. Данный показатель отражает, сколько калорий человек потратил за минуту физической активности. Оптимальный уровень физической активности – 3-4 тыс. МЕТ-минут в неделю. Достичь его не очень сложно.

Так, 3 тыс. МЕТ-минут в неделю – это 10 минут подъёма по лестнице, 15 минут уборки с пылесосом, 20 минут садоводства, 20 минут бега, 25 минут ходьбы или езды на велосипеде в день. Учёные настоятельно рекомендуют людям не лениться.

Что ж, можно только сердечно приветствовать умные слова, конкретные аргументы в пользу предложений будущих депутатов Госдумы РФ. Верится, что они искренни, идут от души. И когда наши избранники займут места в парламенте России, они приложат все усилия для создания законов, которые будут способствовать укреплению здоровья наших сограждан.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 62 (2001)

**Цереброваскулярная патология как одна из основных причин смертности остаётся наиболее актуальной проблемой современной неврологии. По данным многочисленных эпидемиологических исследований последних лет, смертность от инсультов и инфарктов миокарда (ИМ) во всём мире остаётся высокой. К сожалению, в будущем прогнозируется дальнейший рост летальности от инсульта.**

Как известно, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) характеризуется внезапным (в течение минут, реже – часов) появлением очаговой неврологической симптоматики (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и/или общемозговых нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно инсульт развивается не менее чем у 5,6-6,6 млн человек, а третья часть перенёсших инсульт людей трудоспособного возраста умирает. По данным различных авторов, частота летальных исходов в острой стадии ишемического инсульта варьирует от 12 до 37%, при кровоизлиянии в мозг – от 52 до 82% и при субарахноидальном кровоизлиянии – от 32 до 64%.

Особую тревогу вызывает высокая распространённость (до 20%) сосудистых заболеваний мозга у людей трудоспособного возраста (20-59 лет), при этом не более 20% из них возвращаются к трудовой деятельности. Специально организованные Регистры инсульта являются единственным источником достоверной информации о заболеваемости, смертности, летальности, частоте рецидивов ОНМК, его социальных последствиях. Хотя 2/3 инсультов происходит у больных старше 60 лет, эта патология представляет существенную проблему и для лиц трудоспособного возраста.

Риск возникновения ОНМК возрастает при «определённом» образе жизни, наличии других патологических состояний, называемых факторами риска (ФР). В настоящее время к приоритетному национальному проекту в сфере здравоохранения относится диспансеризация работающего населения, целью которой является раннее и эффективное лечение заболеваний, приводящих к смертности и инвалидизации населения, в связи с чем при разработке индивидуальной профилактики инсульта учитываются как модифицируемые, так и немодифицируемые ФР.

Сегодня практически единственной мерой борьбы с сосудистыми заболеваниями с доказанной эффективностью является коррекция ФР. По данным исследования MONICA, в европейских странах снижение смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) на 2/3 обусловлено коррекцией общеизвестных ФР и лишь на 1/3 – совершенствованием терапевтических подходов.

Между многими ФР существует взаимное влияние, поэтому их сочетание приводит к более значительному увеличению риска заболевания, чем простое арифметическое сложение их изолированного действия.

В последнее время стали уделять всё больше внимания гендерным аспектам сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе и ОНМК. ФР развития инсультов у женщин принципиально не отличаются от таковых у мужчин, однако вклад ФР и особенности течения заболевания у женщин могут быть иными по сравнению с мужчинами, что диктует и разный подход к профилактике.

Основные ФР инсульта разделяют на:

## 1. Немодифицируемые.

● **Возраст** (старше 50 лет). В 80 лет риск развития ишемического инсульта в 30 раз выше, чем в 50 лет. Смертность при ОНМК по ишемическому типу экспоненциально увеличивается с возрастом больных. Данный факт, возможно, связан с увеличением распространённости сердечно-сосудистой

патологии в группе больных более старшего возраста (старше 70 лет).

● **Наследственная предрасположенность.** Для женщин имеет решающее значение, у кого именно из ближайших родственников развился инсульт в течение жизни. Гораздо чаще наследственность проявляется по женской линии – от матери или сестры. Если инсульт был у отца или брата, риск его развития значительно ниже. Наследственный фактор прослеживается и в отношении возраста. Как правило, инсульт у женщины развивается в тот же период, когда он случился у её матери. С возрастом отца подобной связи практически не прослеживается.

# Факторы риска развития острого нарушения мозгового кровообращения у женщин

● **Пол.** В целом риск развития ОНМК у мужчин на 30% выше, чем у женщин. Однако в возрасте старше 70 лет риск инсульта у мужчин и у женщин не отличается. У мужчин риск развития инсульта выше, чем у женщин, но смертность от инсульта в любой возрастной группе выше у женщин.

## 2. Модифицируемые.

● **Артериальная гипертония (АГ).** Около 54% инсультов можно связать с наличием АГ. Риск инсульта у больных с уровнем артериального давления (АД) более 160/95 мм рт.ст. возрастает приблизительно в 4 раза по сравнению с лицами, имеющими нормальные цифры АД, а при АД более 200/115 мм рт.ст. – в 10 раз. Как ведущий ФР цереброваскулярной патологии АГ сохраняет свою актуальность во всех возрастных группах. При АГ, кроме геморрагического инсульта, достаточно часто развиваются лакунарный и атеротромботический инсульты. АГ способствует разрыву аневризмы и артериальной мальформации, приводя к субарахноидально-паренхиматозному кровоизлиянию.

Существует прямая связь между степенью повышения АД и риском развития инсульта. Так, повышение диастолического АД на 7,5 мм рт.ст. в интервале от 70 до 110 мм рт.ст. приводит к увеличению риска развития инсульта в 2 раза, повышение систолического АД на 12 мм рт.ст., а диастолического на 5 мм рт.ст. увеличивает риск повторного инсульта на 34%. Сегодня особое внимание уделяется морфологическому субстрату АГ – гипертонической артериопатии, включающей в себя гипертрофию tunica media, снижение трансмембранного транспорта, активацию лизосомальных ферментов.

Коррекция АГ является эффективной мерой профилактики ОНМК в любом возрасте. Вместе с тем не получено достаточно данных в пользу преимуществ какого-либо класса антигипертензивных препаратов в отдельных возрастных группах. В отличие от мужчин наличие АГ у женщин в большей степени увеличивает риск тромбозомболических осложнений при инсульте.

● **Курение** увеличивает риск развития инсульта вдвое. Ускоряет развитие атеросклероза сонных и коронарных артерий. Прекращение курения приводит через 2-4 года к снижению риска возникновения инсульта. По данным статистики, приверженность к курению повышает возможность развития этого коварного недуга у женщин в два с половиной раза. И чем больше количество выкуриваемых сигарет в день, тем выше опасность возникновения ОНМК.

## ● Употребление алкоголя.

● **Дислипидемия.** Прослеживается чёткая взаимосвязь между повышенным уровнем липидов низкой плотности и риском развития инсульта. Ряд проведённых исследований показывает, что высокий уровень АроВ является предиктором ОНМК и ИБС. Другое исследование, вклю-

чавшее катамнестическое наблюдение 286 пациентов с транзиторной ишемической атакой (ТИА) в анамнезе, показало, что повышение соотношения АроВ/АроА1 является независимым высокоинформативным предиктором ишемического инсульта, более значимым, чем традиционное исследование липидограммы.

● **Заболевания сердца.** Наиболее значимым предиктором ишемического инсульта является фибрилляция предсердий (ФП). У лиц старше 65 лет её распространённость составляет 5-6%, риск ишемического инсульта при этом возрастает в 3-4 раза. Частота развития ишемического инсульта у пациентов с ФП в среднем составляет 5% в год, что в 2-7 раз выше, чем у людей без ФП. Инсульты, связанные с ФП, являются более тяжёлыми, чем другие виды инсультов. Смертность в течение первых 30 дней после инсульта у пациентов с ФП составляет 24%, а вероятность смертельного исхода в течение года – 50%, если пациент не получает адекватную антикоагулянтную терапию. Риск ишемического

литературы, диссекция прецеребральных артерий – одна из основных причин ишемического инсульта в молодом возрасте.

Диссекция может возникнуть в любых артериях брахицефального бассейна, наиболее часто поражаются экстракраниальные отделы внутренних сонных артерий, реже – экстракраниальные отделы позвоночных артерий. Средний возраст больных с диссекцией прецеребральных артерий – 40 лет, сонных артерий – 47 лет. У женщин эта патология встречается в 3 раза чаще, чем у мужчин.

Большинство людей в популяции имеют одновременно несколько ФР, каждый из которых может быть выражен умеренно. Например, у обследуемого выявляется «мягкая» АГ, умеренная гипертрофия миокарда и компенсированный СД. Индивидуальный риск развития инсульта, который может оказаться существенным, определяется в таких случаях по специальным шкалам, составленным на основании результатов многолетнего наблюдения за большим контингентом людей.

инсульта также повышается в 2 раза при наличии ИБС, в 3 раза – при гипертрофии миокарда левого желудочка, в 3-4 раза – при сердечной недостаточности.

● **Факторы образа жизни** (избыточный вес, отсутствие физической активности, нарушение питания и стресс). Лишний вес осложняет течение практически любой болезни и значительно ухудшает прогноз. Инсульт в данном случае не является исключением из общего правила. К сожалению, среди тучных россиян всё больше встречается женщин. Индекс массы тела более 30 кг/м<sup>2</sup> и отношение объёма талии к объёму бёдер, превышающее 0,9, повышают риск развития инсульта на 50% по сравнению с женщинами, у кого данные показатели находятся в пределах нормы.

● **Сахарный диабет (СД).** Пациенты с этим заболеванием чаще имеют нарушения липидного обмена, АГ и различные проявления атеросклероза. В то же время не получено убедительных данных, что применение гипогликемических препаратов у больных СД снижает риск развития ишемического инсульта. Однако если при СД 2-го типа женщина находится только на диетическом лечении или принимает пероральные гипогликемические препараты, шансы развития нефатального инсульта у неё ниже, чем у мужчины. При инсулинотерапии подобный риск среди мужчин и женщин уравнивается. Кроме того, наличие СД в большей степени увеличивает риск тромбозомболических осложнений у женщин, чем у мужчин.

● **Предшествующие ТИА и инсульт.** ТИА является существенным предиктором развития как инфаркта мозга, так и ИМ. Риск развития ишемического инсульта составляет у больных с ТИА около 4-5% в год.

● **Асимптомный стеноз сонных артерий.** Риск развития инсульта при наличии стеноза сонных артерий составляет около 2% в год. Он существенно увеличивается при стенозе сосуда более чем на 70%, а при появлении ТИА – до 13% в год. Окклюзирующие поражения сонных артерий также служат маркером системного и, в частности, коронарного атеросклероза. Такие больные нередко погибают не от инсульта, а от ИБС.

По данным разных авторов, у 25-50% пациентов, перенёсших инсульт или ТИА, имеется асимптомный (до момента развития сосудистой катастрофы) стеноз прецеребральных сосудов. Вместе с тем сегодня остаётся открытым вопрос критерия «симптомности» стеноза. Согласно данным, полученным в мультицентровом клиническом исследовании ACAS под «асимптомным» стенозом следует понимать стеноз сонной артерии, в бассейне кровоснабжения которой отсутствовали преходящие или стойкие очаговые неврологические симптомы, при этом у пациента могут иметься неспецифические проявления хронической церебральной недостаточности. По данным

Одной из наиболее известных является Фрамингемская шкала. Она позволяет оценить индивидуальный риск развития инсульта (в процентах) на ближайшие 10 лет и сравнить его со среднепопуляционным риском на тот же период. При этом набор ФР в каждом конкретном случае сугубо индивидуальный. Следовательно, прогнозирование мозгового инсульта должно быть многофакторным, а профилактика – индивидуальной.

Крупномасштабное исследование MONICA, проводимое в 21 стране мира, показало, что общеизвестные ФР полностью не могут объяснить развитие инсультов, особенно в молодом возрасте. Сегодня благодаря совершенствованию диагностических методов улучшилось выявление и терапия инсультов у лиц молодого возраста и детей, начиная с перинатального периода. Однако ряд исследований свидетельствует о возрастающей роли «немых» инсультов у молодых лиц с отсутствующими у них «традиционными» ФР.

Более 20 перспективных эпидемиологических исследований показывают, что повышенный уровень высокочувствительного С-реактивного белка является независимым предиктором инсульта, ИМ и сосудистой смерти у практически здоровых лиц.

Среди 1462 пациентов, зарегистрированных в исследовании Framingham, каждый квартал увеличения концентрации в плазме С-реактивного белка в начале исследования был связан с повышенным риском ишемического инсульта и ТИА на 1,25 (95% ДИ 1-1,54) у мужчин и на 1,29 (95% ДИ 1,07-1,55) у женщин после 12 до 14 лет наблюдения.

У женщин риск инсульта существенно повышается после 75 лет. Но на сегодняшний день установлены некоторые причины, которые заставляют провоцировать развитие ОНМК у молодых женщин. Так, такое известное заболевание, как мигрень может быть ассоциировано с развитием инсульта. У женщин при мигрени риск инсульта возрастает в 4 раза, а в случае мигрени, протекающей с наличием ауры, – в 18 раз. Конечно, между мигренью и инсультом нет прямой зависимости, поэтому нельзя сказать, что одно из них всегда провоцирует другое, однако у них есть некоторые общие точки соприкосновения. В частности, в основе и того и другого недуга лежат сосудистые нарушения. При инсульте они более значимы, при мигрени – менее, при этом большая роль отводится изменениям гормонального статуса.

Ещё одна значимая причина – частое применение пероральных контрацептивов. Препараты с содержанием эстрогенов более 50 мг достоверно повышают риск ишемического инсульта. В последнее время результаты ряда плацебоконтролируемых клинических исследований показали, что приём пероральных контрацептивов, особенно в сочетании с курением, ожирением

и повышением АД является существенным ФР развития ишемического инсульта у женщин молодого возраста. Это связывают с повышением свёртываемости крови в результате стимуляции эстрогенами синтеза факторов свёртывания в печени и воздействием на интрацеребральные сосуды.

Результаты Британского проспективного исследования показали, что среди пользующихся пероральными контрацептивными средствами чаще встречаются тромбозы глубоких и поверхностных вен, эмболия лёгочной артерии, заболевания коронарных артерий и нарушения мозгового кровообращения, что показано и нашими исследованиями. Установлено также, что у курящих женщин, пользующихся пероральными контрацептивами, риск геморрагического инсульта увеличивается до 25%, а у лиц с мигреноподобными головными болями риск тромботического инсульта возрастает до 35%.

К существенной причине развития ОНМК относится также беременность и послеродовой период. ОНМК в различные сроки беременности, во время родов и в послеродовом периоде являются важнейшей междисциплинарной проблемой для акушеров, неврологов, реаниматологов-анестезиологов, сосудистых хирургов и врачей некоторых других специальностей. Развитие инсульта во время беременности или после родов становится тяжелейшим испытанием для женщины, ребёнка и семьи в целом. Инсульт при беременности остаётся одной из главных причин смерти женщин, и даже его угроза всегда создаёт чрезвычайную ситуацию для беременной и медицинского персонала.

Риск инсульта составляет 4-11 на 100 тыс. женщин фертильного возраста, причём он существенно возрастает в поздние сроки беременности, особенно в после-

родовом периоде. В США в 1994-2007 гг. отмечено увеличение частоты инсультов у беременных с 4085 до 6293 случаев, то есть на 47% (с 0,15 до 0,22 на тысячу родов), а в течение 12 недель после родов этот показатель вырос на 83% (с 0,12 до 0,22 на тысячу родов). Если на каждые 100 тыс. небеременных женщин фертильного возраста в США зарегистрировано 11 случаев инсульта, то на 100 тыс. родов – 34 случая; в развивающихся странах на 100 тыс. беременных приходится 208 случаев инсульта.

Причинами повышения частоты инсульта считают наличие у беременной АГ, ожирения, СД 2-го типа, врождённые пороки сердца, рост числа «возрастных» беременных и случаев многоплодной беременности в результате экстракорпоральной оплодотворения. К нормальным адаптационным механизмам гемостаза при физиологической беременности, в частности, относятся: увеличение тромбоцитарной активности; усиление прокоагулянтных свойств эндотелия; рост уровня факторов свёртывания крови; снижение антикоагулянтной активности.

Колебания параметров гемостаза при беременности в норме сопровождаются пониженной активностью фибринолитической системы. Осложнённая беременность протекает с повышением уровня комплекса плазмин/антиплазмин, Д-димера и продуктов деградации фибрина (активация фибринолиза, ответ на внутрисосудистое свёртывание).

Активность тканевого активатора плазминогена на протяжении беременности постепенно уменьшается (к периоду родов), но концентрация повышается, что уравновешивает происходящие колебания в функциональном отношении. Риск ишемического инсульта при беременности возрастает с конца II триместра в 3-4 раза,

в том числе в послеродовом периоде. При этом чаще возникает артериальная, а не венозная окклюзия. Надо помнить о высокой вероятности геморрагической трансформации ишемического очага.

Однако до настоящего времени остаются недостаточно изученными вопросы патогенеза атеросклероза, в том числе церебрального, а также роль половых гормонов в возникновении ишемического инсульта. Этим факторам принадлежит значительная роль в период возрастной гормональной перестройки – климакса. Климактерический период у женщин характеризуется развитием сложных эндокринных процессов, ведущими из которых являются синдром гипозагогенемии, изменение соотношения фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов и флюктуирующий тип расстройств в их секреции. По данным ряда авторов, синдром гипозагогенемии является фактором риска развития атеросклероза сосудов головного мозга и сердца, АГ, ожирения и инсулинорезистентности. АГ, развившаяся в климактерическом периоде, повышает риск развития инсульта и ИБС в 3 раза.

Основные изменения, которые имеют место после наступления менопаузы, заключаются в том, что снижается секреция яичниками эстрогена (Е1) и эстрадиола (Е2), прогестерона, андростендиона, дегидроэпиандростерона и в меньшей степени тестостерона. Количество Е1, продуцируемого внежелудочными тканями, в действительности может увеличиваться у женщин до менопаузы, и, поскольку это превращение отчасти объясняется жировыми накоплениями, ожирение может ассоциироваться с относительно высокими уровнями этого гормона.

Эстрогены усиливают синтез триглицеридов и оказывают меньшее влияние на их вывод из циркуляции. В климак-

терический период могут возникать изменения высшей нервной деятельности – снижение психической активности, нарушение памяти и внимания, депрессивные расстройства, раздражительность. У некоторых больных степень когнитивных расстройств может достичь уровня деменции типа Альцгеймера. Связывают эти нарушения также с дефицитом эстрогенов. Гормональный дисбаланс воздействует на гипоталамус, приводя к появлению характерных вазомоторных расстройств (приливы, сердцебиение, колебания АД), изменению пищевого поведения (в сторону булимии), нарушению потребления жидкости и соли.

Таким образом, следует ещё раз подчеркнуть, что у женщин, в том числе молодого возраста, зачастую недооценивается риск развития инсульта, что диктует совершенствование методов как первичной, так и вторичной профилактики в этом направлении. Профилактика инсульта должна осуществляться врачами первичного звена, которые при осмотре практически здоровых людей будут выявлять и учитывать все ФР и вовремя их контролировать. По результатам таких осмотров будет выявлен контингент, наиболее предрасположенный к развитию цереброваскулярных заболеваний.

Светлана БЕРНС,  
доктор медицинских наук,  
профессор.

Раиса СТРЮК,  
доктор медицинских наук,  
профессор.

Татьяна ИВАНОВА,  
кандидат медицинских наук,  
ассистент.

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

# Лекарственно-индуцированные поражения печени

(Окончание.  
Начало в № 64 от 26.08.2016.)

Таблица 3

## Тактика ведения пациентов

Лечение ЛИПП в основном заключается в отмене гепатотоксичного лекарственного средства.

Схемы терапии основных лекарственно-индуцированных поражений печени, которые оказались достаточно эффективными, представлены в таблице 3.

В заключение хотелось бы остановиться на гепатотоксичности растительных и других средств альтернативной терапии.

Бесконтрольное применение растительных и пищевых добавок (РПД) являются одной из основных причин ЛИПП во всём мире. Распространённость ЛИПП от РПД варьируется в зависимости от географии и характера их использования. На их долю приходится около 9% случаев ЛИПП в США и от 19 до 63% случаев ЛИПП в азиатских странах.

Таким образом, гепатотоксичные лекарственные средства могут вызывать различные степени повреждения печени, которые варьируют от бессимптомного повышения печёночных ферментов до острой печёночной недостаточности. Диагноз ЛИПП основывается на исключении других возможных причин поражения печени при сборе анамнеза и анализе результатов данных лабораторных и инструментальных исследований.

Назначение нескольких лекарственных препаратов пациентам с сопутствующими заболеваниями печени предполагает учёт лекарственных взаимодействий и взвешенную оценку соотношения риска и пользы от их приёма. Например, при назначении ингибиторов протонной помпы и антиагрегантов.

Необходимы дальнейшие исследования для изучения механизмов лекарственно-индуцированного поражения печени, понимание которых может способствовать прогнозированию токсичности лекарств на организм человека и привести к оптимальному набору биомаркёров для диагностики ЛИПП.

Татьяна ПОЛУНИНА,  
профессор.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

Патогенетическая терапия лекарственных поражений печени

Основные патогенетические факторы	Клинико-лабораторные признаки	Лечение
<b>1. Острые и хронические гепатиты</b>		
Увеличение ПОЛ, истощение запасов детоксицирующих веществ (глутатион и др.), образование промежуточных токсических веществ в гепатоцитах, повреждение клеточных мембран	Увеличение уровня сывороточных АЛТ, АСТ не более 5 норм, ГГТП, нормальный уровень гамма-глобулинов	Исключить воздействие токсического препарата. В течение 1-2 недель парентерально вводится S-аденозил-L-метионин 400-800 мг с последующим переходом на пероральный приём S-аденозил-L-метионина 400 мг (по 2 таб. 2 раза в день) в течение 1 месяца (до нормализации печёночных тестов)
Включение аутоиммунных механизмов	Увеличение уровня сывороточных АЛТ, АСТ, гамма-глобулинов в 1,5 и более раз, иммуноглобулинов, ЦИК	Преднизолон в течение 4 недель по схеме 30-20 – 10-5 мг/сут с еженедельным снижением дозы. С 1-й недели назначается урсодезоксихолевая кислота 10-15 мг/кг/сут в течение 2 и более месяцев
Высокий уровень активности процесса без признаков аутоиммуности	Увеличение уровня сывороточных АЛТ, АСТ в 5 и более раз или наличие признаков Hy's Rule (более чем трёхкратное повышение уровня АЛТ в сочетании с двукратным и более повышением уровня общего билирубина при отсутствии билиарной обструкции – холестаза или синдрома Жильбера при использовании лекарственных препаратов)	Преднизолон 60-30 мг с постепенным снижением дозы, продолжительность терапии до 1 месяца + S-аденозил-L-метионин 400-800 мг в/в (при существенном повышении ГГТП)
<b>2. Стеатоз, стеатогепатит</b>		
Блокада синтеза транспортных белков, участвующих в выведении липидов из гепатоцитов. Блокада ферментов, участвующих в образовании липопротеидов очень низкой плотности. Уменьшение синтеза и запасов гликогена и макроэргических фосфорных соединений	Гепатомегалия. Функциональные пробы не изменены или повышены уровни АЛТ, АСТ, ГГТП часто повышена	Белковая диета: 1,5 г/кг в сутки. При высоком уровне ГГТП (3 и более нормы) препаратом выбора является S-аденозил-L-метионин в/в 400-800 мг 1-2 недели с последующим переходом на пероральный приём S-аденозил-L-метионина 400 мг (по 2 таб. 2 раза в день) в течение 1 месяца (до нормализации печёночных тестов)
<b>3. Холестаз</b>		
Паренхиматозно-каналикулярный: Снижение текучести базалатеральной и/или каналикулярной мембраны гепатоцитов, ингибирование Na <sup>+</sup> K <sup>+</sup> АТФазы и др. мембранных переносчиков, нарушение целостности 17 анналикул	Кожный зуд не выражен. Существенное повышение уровня ГГТП, умеренное повышение ЩФ (до 2 норм), реже повышение общего и конъюгированного билирубина	S-аденозил-L-метионин в/в 400-800 мг 1-2 недели с последующим переходом на пероральный приём S-аденозил-L-метионина 400 мг (по 2 таб. 2 раза в день) в течение 1 месяца (до нормализации печёночных тестов). Возможно назначение УДХК 10-15 мг/кг/сут в течение 2-3 месяцев до нормализации биохимических показателей
Дуктулярный: нарушение целостности эпителия протоков и их проходимости, нарушение формирования мицелл желчи и изменение состава желчных кислот	Кожный зуд выражен. Существенное повышение ЩФ (более 3 норм) и ГГТП (более 4 норм)	S-аденозил-L-метионин в/в 400-800 мг 1-2 недели с последующим переходом на пероральный приём S-аденозил-L-метионина на 400 мг (по 2 таб. 2 раза в день) в течение 1 месяца (до нормализации печёночных тестов)
<b>4. Фиброз печени</b>		
Портальная гипертензия Цирроз	При морфологическом исследовании: увеличение фиброзных волокон, гибель гепатоцитов	S-аденозил-L-метионин в/в 400-800 мг 1-2 недели с последующим переходом на пероральный приём S-аденозил-L-метионина 400 мг (по 2 таб. 2 раза в день) в течение 1 месяца (до нормализации печёночных тестов)

**Угроза**

# Вирус Зика и новые патологии

Микроцефалия – это, оказывается, только вершина айсберга



Новые исследования вируса Зика выявили вызываемое им уменьшение объёма головного мозга и другие патологии

**Микроцефалия, вызываемая вирусом Зика, является лишь одним из нескольких наблюдаемых изменений головного мозга. Это показало новое исследование учёных.**

В рамках исследования оценивалось состояние беременных женщин, плодов и новорождённых, заражённых вирусом Зика, по данным компьютерной и магнитно-резонансной томографии и УЗИ. Полученные медицинские изображения головного мозга показали мальформации кортикального развития, уменьшение объёма головного мозга и вентрикуломегалию, патологическое изменение, при котором у плода происходит расширение желудочков головного мозга. Несмотря на то, что практически у всех новорождённых отмечались отклонения в размерах окружности головы, были обнаружены и случаи нормальной окружности головы младенцев с тяжёлой формой вентрикуломегалии. Результаты также показали патологии мозолистого тела – сплетения нервных волокон – соединяющих правое и левое полушария.

По мнению одного из авторов исследования, научного сотрудника бразильского Института исследований и образования и Федерального университета Рио-де-Жанейро Фернанды Товар-Молл, исследование имеет большое значение для определения степени тяжести неврологических нарушений, вызванных вирусной инфекцией, в развивающейся центральной нервной системе.

Учёные планируют проводить дальнейшие изыскания, чтобы определить, каково воздействие вируса Зика на созревание головного мозга не только в перинатальном, но и постнатальном периоде. «Микроцефалия – это только верхушка айсберга», – заявила доктор Фернанда Товар-Молл.

По официальной информации Панамериканской организации здравоохранения и Европейского центра по контролю и профилактике инфекционных заболеваний с апреля 2015 г. в Бразилии, а затем и в других странах продолжается эпидемическое распространение лихорадки Зика (ЛЗ).

В 20 странах из числа пора-

жённых отмечается увеличение числа случаев патологий нервной системы новорождённых, в 18 странах – увеличение количества неврологических расстройств, в том числе синдрома Гийена – Барре, связанное со случаями заболевания ЛЗ.

Кроме того, Роспотребнадзор сообщил о 4240 случаях завоза ЛЗ на территорию 50 стран и отдельных территорий, в том числе в 22 страны Европейского региона, США (2245 случаев завоза), Новую Зеландию (95), Австралию (20), Китай (19) и ряд других государств.

С начала эпидемии случаи передачи ЛЗ половым путём зарегистрированы в 11 странах: Аргентине, Чили, Новой Зеландии, США, Франции, Италии, Испании, Канаде, Перу, Португалии, Германии.

Общее число пострадавших лиц в странах Американского региона составляет более 578 тыс. человек, в том числе 111 333 с лабораторно подтверждённым диагнозом. При этом следует учитывать несоответствие между уровнем зарегистрированной и фактической заболеваемости вследствие бессимптомного протекания значительного числа случаев.

Наиболее сложной в эпидемиологическом плане обстановка сохраняется в Бразилии, где за время эпидемии ЛЗ зарегистрировано 1835 случаев микроцефалии и неврологических нарушений у новорождённых. Общее число случаев заболевания с подозрением на ЛЗ составляет на 26.08.2016 более 174 тыс.

Напряжённая эпидемическая обстановка сохраняется в Колумбии, Сальвадоре, Гондурасе, Венесуэле и ряде других стран региона.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сито!

**Современные технологии**

**Более 150 жителей Омска и сельских районов Прииртышья, страдающих сахарным диабетом, избежали ампутации ног, пройдя курс лечения в центре критической ишемии нижних конечностей и синдрома диабетической стопы.**

Примечательно, что при длительности такой операции от 1,5 до 4 часов оперируемый находится не только в сознании, но и активно общается с операционной бригадой. А уже на следующий день после снятия специальных повязок в месте прокола ему разрешает-

## Щадящим способом

Когда «диабетическая стопа» не пугает

Этот центр был создан в минувшем году в медико-санитарной части № 9, и только здесь могут получить специализированную медицинскую помощь больные с тяжелейшим осложнением сахарного диабета – синдромом диабетической стопы. Раньше при этой патологии была неизбежной операция с лишением оперируемого ноги или ног вплоть до бедра. Но теперь с помощью ангиографической установки хирургические вмешательства проводятся щадящим способом – без скальпеля и разрезов. При необходимости после баллонной ангиопластики в сосуды крупного диаметра имплантируется стент – металлический каркас, который не даёт сосудам снова закрываться. Весь процесс такой операции хирург контролирует по монитору.

ся полный двигательный режим. «И если раньше при сахарном диабете ампутация конечности считалась нормой, то сегодня все пациенты уходят от нас «на ногах», – не скрывает гордости главный врач клинической медико-санитарной части № 9 Юрий Шаповалов. При этом он обычно добавляет: «Спасибо за это и руководству нашей области, особенно губернатору Виктору Ивановичу Назарову».

По его инициативе в 2014 г. был приобретён современный ангиографический комплекс за 64 млн руб., выделенных из областного бюджета.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

**Работают мастера**

## Хроника успехов якутских трансплантологов

**На днях у якутских хирургов произошло знаменательное событие – они трансплантировали трупную печень молодому мужчине с терминальным поражением органа. Об этом сообщили в Министерстве здравоохранения Якутии.**

«Медики из Национального центра медицины и Центра экстренной медицинской помощи в течение суток работали не жалея себя, – отметили в Минздраве республики. – Коллективный труд неврологов, анестезиологов-реаниматологов, хирургов, специалистов лабораторий и технических служб увенчался успехом – операции выполнены на высоком уровне, с отличным результатом.

У медиков Республики Саха (Якутия) большие планы по трансплантации кадаверных органов, но остаются проблемы с финансированием.

К слову, пересадки почки в Якутии ждут 45 человек, а на гемодиализном лечении в республике находятся около 300 пациентов.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Якутск.

**Кадр**

**Руководители медицинских организаций Приамурья проявляют всё большую заинтересованность в повышении профессиональной квалификации медработников.**

В этом году был настоящий ажиотаж на факультете последипломного образования Амурской государственной медицинской академии – не было отбою от желающих пройти обучение в рамках системы непрерывного профессионального образования. Только за первое полугодие обогатились знаниями и набрались больше опыта более 700 врачей. Особенно были востребованы циклы по таким специальностям, как «терапия», «педиатрия», «хирургия», «акушерство и гинекология», «неврология», «организация здравоохранения и общественное здоровье», «клиническая лабораторная диагностика», «ультразвуковая диагностика», «экспертиза временной нетрудоспособности».

## Ажиотаж на факультете

Врачи стараются повышать свою квалификацию

За этот же период более 50 человек прошли профессиональную переподготовку, то есть получили новые специальности по таким видам, как «общая врачебная практика», «ультразвуковая диагностика», «организация здравоохранения и общественное здоровье», «колопроктология», «эндоскопия», «гастроэнтерология», «функциональная диагностика».

«Факультет последипломного образования Амурской академии ориентирован на совершенствование и расширение форм и методов повышения квалификации медицинских работников через

систему непрерывного профессионального образования, – говорит декан факультета Светлана Медведева. – В последнее время мы всё активнее используем современное оборудование и тренажёры симуляционно-аттестационного центра нашего медицинского вуза. Это позволяет обеспечить максимально достоверные условия реализации клинических сценариев и получение при этом объективной оценки достигнутого уровня профессиональной подготовки каждого специалиста. Тематика предлагаемых циклов обучения связана с использованием инновационных

технологий в профессиональной деятельности медицинских работников. Возможность многократной отработки практических навыков и компетенций под контролем опытного тренера – залог успешной профессиональной деятельности каждого врача, а значит, и медицинской организации в целом».

По словам Светланы Медведевой, в этом году на базе симуляционно-аттестационного центра АГМА прошли обучение около 100 докторов. Наиболее востребованными были такие циклы, как «Диагностика и лечение острого коронарного синдрома», «Жиз-

неугрожающие нарушения ритма сердца», «Клиническое акушерство», «Неотложная помощь на догоспитальном этапе». Всё это, безусловно, положительно скажется на улучшении качества оказания медицинской помощи населению.

Не менее жарким для факультета обещает стать и предстоящий 2017 г. – уже сегодня от медицинских организаций области поступило более 600 заявок на повышение профессиональной квалификации специалистов.

Николай ИГНАТОВ.

Благовещенск.

### Не без Минздрава

– Появлению пластической хирургии в реестре клинических специальностей отраслевого ведомства нашей страны предшествовала долгая и многотрудная работа, в результате которой мы с коллегами пришли к выводу, что путь в пластическую хирургию возможен исключительно через обучение в ординатуре. Никаких альтернатив здесь быть не может, – открыла мероприятие директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова. – Мы пришли к единому знаменателю в вопросе подготовки пластических хирургов. Консенсус таков: пластическая хирургия – это самостоятельное клиническое направление, основой которого являются реконструктивные вмешательства, выходящие далеко за рамки эстетической составляющей. В сухом остатке мы получили единый федеральный образовательный стандарт, утверждённый Министерством образования и науки РФ, согласованный с Минздравом России. Это – согласительный документ, в рамках которого каждая образовательная организация, обладая правом автономии в соответствии с законодательством РФ, имеет возможность разрабатывать и реализовывать собственную образовательную программу. Всё это даёт возможность профессиональному сообществу наконец-то решить, а какие конкретно критерии необходимы для формирования специалиста – пластического хирурга, отвечающего вызовам времени.

Т.Семёнова акцентировала внимание аудитории на том, что именно профессиональное сообщество должно решать – что должно находиться в компетенции пластического хирурга. «К сожалению, на сегодняшний день в этой клинической области не всё однозначно. Мы находимся лишь в начале большого пути, однако существенные изменения в позитивную сторону – не за горами», – полагает она.

### Слово главного специалиста

– В основе подготовки современного пластического хирурга лежит междисциплинарный подход. Наша молодая специальность развивается с огромной скоростью: за образовательными мероприятиями в области эстетической медицины просто не успеть, – отметила главный пластический хирург Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, заведующая кафедрой пластической, реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук Наталья Мантурова. – В ходе таких мероприятий тщательно разбирается и подвергается дискуссии огромный спектр технологий в области пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. Главной целью таких мероприятий, наряду с образовательной составляющей, является максимальная индивидуализация подхода специалиста к пациенту, который, вне всякого сомнения, обеспечивает самое высокое качество оказываемых услуг. Нам не нужны «хирурги одной операции».

Как известно, современная модель пластического хирурга подразумевает не только клинический профессионализм. Эксперт убеждена: по-настоящему хороший специалист должен быть не только хирургом, но и психологом, а также обладать художественным вкусом – зачастую мотивация людей, приходящих на консультацию

Не все знают, что до 2009 г. в нашей стране не было специальности «пластическая хирургия», несмотря на обилие врачей в этой области. Традиционно, до этого времени пластические хирурги нашей страны не имели единого стандарта подготовки. В эту область клинической медицины попадали, как правило, из других хирургических дисциплин: общей хирургии, челюстно-лицевой, травматологии и ортопедии, акушерства и гинекологии, урологии, оториноларингологии и т.д. И только в течение 6 последних лет пластическая хирургия вошла в официальный реестр клинических специализаций, утверждённых Минздравом России.

В этой связи в отечественных медицинских вузах на факультетах дополнительного профессионального образования стали появляться кафедры пластической и эстетической хирургии,

### Деловые встречи

# Ремесло с оттенком искусства

## Подготовка пластических хирургов требует междисциплинарного подхода

к пластическому хирургу, продиктована отнюдь не проблемами со стороны физического здоровья. В ряде случаев целью визита пациента к специалисту в области эстетической медицины является улучшение качества жизни за счёт изменений во внешнем облике. Именно в этой связи высокопрофессиональный хирург должен чётко понимать психологический портрет пациента. Это немаловажный аспект деятельности «эстетов от медицины».

– Что касается непосредственной подготовки специалистов в нашей области, то, с моей точки зрения, кафедра пластической хирургии должна иметь множество клинических баз. Повторюсь: наша специальность – продукт симбиоза различных хирургических специальностей. В основе успехов пластического хирурга на профессиональном поприще лежит междисциплинарный подход к образованию. Очень многое зависит от профессорско-преподавательского состава. Полагаю, что отечественное здравоохранение не нуждается в большом количестве пластических хирургов. Точных цифр на этот счёт у нас пока нет, однако я думаю, что вскоре будет подсчитана и научно обоснована реальная потребность каждого региона нашей страны в пластических хирургах, – добавила Н.Мантурова. – Что касается непосредственно ординатуры, то данный вопрос также пока не решён окончательно. Мы полагаем, что продолжительность обучения нашей специальности на этапе последипломного образования будет составлять 5 лет, из которых первые 2 года молодые доктора будут самым тщательным образом изучать общехирургические вопросы, закрепляя полученные знания на практике под руководством старших коллег. Кстати говоря, наша специальность, пройдя всё необходимое для регистрации в системе ВАК, включена и в научный реестр.

### Прививая эстетику

Как уже было сказано выше, современному пластическому хирургу необходимо обладать не только знаниями и практическими навыками по основной специальности, но и должной психологической, а также общеэстетической подготовкой. В этой связи для клинических ординаторов, проходящих обучение на кафедре пластической хирургии РНИМУ, открылись специальные курсы по эстетике.

– Наш совместный проект с кафедрой, возглавляемой Н.Мантуровой, пока находится в стадии разработки. Его цель – дать ординаторам базовые знания по истории искусства, – рассказала заведующая отделом образовательно-выставочных проектов Государственного музея изобразительных искусств им. А.С.Пушкина Сурия Садекова. – К данной работе привлечены не только наши сотрудники, но и, что называется, практикующие художники и искусствоведы. Большую часть программы займут практические занятия по рисунку и лепке. Очень надеюсь, что мы сможем внедриться в образовательную программу эстетических хирургов, подготовка которых в экономически развитых странах происходит не только в операционной, но и в творческой мастерской. Я не медик, однако полагаю, что пластическая хирургия – это не ремесло, а искусство.

### Клинические прения

**Алексей БОРОВИКОВ, член Международной конфедерации эстетической медицины:**

– Курсы по эстетике – это, конечно, замечательно, однако, я считаю, в первую очередь следует уделить куда большее внимание непосредственно практической подготовке молодых специалистов. Я много общаюсь с молодыми врачами и вынужден констатировать, что их подготовка в вузе, мягко говоря, оставляет желать лучшего. Прежде чем приобщать их к «высокому», необходимо довести до ума «земное». На вузовском этапе медицинского образования, как мне известно, всё меньше и меньше времени уделяется работе с больным. Пациент эстетического хирурга – это такой же больной, не обладающий искусством общения с которым, ничего не достигнуть. Что же касается видоизменения подтверждения своей профессиональной квалификации от сертификации к аккредитации, то пока я тоже не могу сказать ничего позитивного. Однако самый объективный судья в этом вопросе – время. Быть может, я ошибаюсь.

**Александр НЕРОБЕЕВ, заведующий кафедрой пластической и челюстно-лицевой хирургии Российской медицинской академии последипломного образования, профессор:**

– Ситуация с молодыми врачами в нашей специальности неоднозначная. Главной про-

занимающиеся подготовкой нового поколения специалистов в этой области. Однако существовавшие до последнего времени образовательные программы в сфере эстетической медицины требуют значительной редакции, основательной переработки и множества дополнений. Таков вывод экспертов.

Подготовить пластического хирурга, отвечающего всем требованиям нынешней эпохи, весьма непросто. Тема подготовки высокопрофессиональных кадров и стала лейтмотивом проведения в столице «круглого стола» на тему «Чему должны учиться в вузах пластических хирургов» (главным образом – на этапе последипломного образования), состоявшегося в рамках недавно стартовавшего в нашей стране под эгидой Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов социального проекта «Медицина красоты».



Наталья Мантурова

блемой, с моей точки зрения, является неполное понимание ими будущей профессии. Как уже говорилось ранее, эстетическая составляющая – лишь небольшая часть пластической хирургии. В этой связи я глубоко сожалею, что свежеспечённые доктора интересуются лишь эстетикой. Я неоднократно повторял и повторяю: прежде чем перейти к косметическим операциям, необходимо иметь за плечами многолетний опыт в общей хирургии. Конечно, 5-летнее обучение в ординатуре – позитивно: общехирургические азы так или иначе будут изучаться, однако я полагаю, что этого мало для того, чтобы приступить к эстетическим вмешательствам. За такой срок руку, как говорится, не набьёшь. По крайней мере мой личный, почти полувековой хирургический опыт свидетельствует об этом. И ещё. Я глубоко убеждён, что всякая область практической медицины есть не что иное как ремесло. И наша специальность – не исключение.

**Игорь ГОЛУБЕВ, заведующий травматолого-ортопедическим отделением микрохирургии и травмы кисти Центрального НИИ травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова:**

– Пластическая хирургия – медицина гармонии, в основе которой лежат строгие каноны. К сожалению, нынешняя подготовка пластических хирургов в подавляющем большинстве случаев неудовлетворительная. Знания молодых врачей весьма поверхностные. Однако главное, на мой взгляд, не в этом: современная молодёжь интересуется исключительно тем, что приносит

материальный доход. Это весьма отрицательно влияет на развитие пластической хирургии. Главным образом – реконструктивной её составляющей. Мало кто хочет осваивать данные технологии. С моей точки зрения, 98% выпускников ординатуры по пластической хирургии профнепригодны.

**Владимир ВИССАРИОНОВ, руководитель курса пластической хирургии Института пластической хирургии и фундаментальной косметологии, профессор:**

– Мне думается, что для полноценной подготовки пластического хирурга требуется вся жизнь. Я работаю в этой области 40 лет и не всегда уверен в принятом решении. Безусловно, единый стандарт подготовки – это шаг в позитивном направлении. Посмотрим, к чему это приведёт. Кроме того, по моему мнению, подготовка пластических хирургов должна носить «целевой» характер. На основании реальной потребности в кадрах тот или иной регион должен оплачивать обучение будущих специалистов. В данном случае я имею в виду тех пластических хирургов, которые будут работать в государственных учреждениях. Наряду с этим я полагаю, что наличие кафедр пластической и эстетической хирургии при каждом медвузе – лишнее. С моей точки зрения, достаточно нескольких таких кафедр.

\* \* \*

Отвечая на вопрос обозревателя «МГ», а на основании чего, собственно говоря, будет осуществляться приём выпускников медвузов в ординатуру на бюджетные места, Н.Мантурова заявила: «Что касается нашей кафедры, то педагоги проводят собеседования со всеми желающими, по результатам которых решается вопрос о зачислении. И то, как студент учился, в данном случае не самое главное. В этом вопросе мы уделяем куда больше внимания тому, как молодой человек представляет себе будущую профессию. По результатам такого общения, как правило, можно судить о многом. Профессионализм, как правило, приходит с годами, однако, такие качества как, например, тяга к непрерывному образованию или умение «прочитать» пациента, должны быть сформированы к окончанию вуза. Подчас я могу сразу сказать: быть или не быть молодому человеку пластическим хирургом».

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».

Как известно, до 95% врачебных назначений приходится на долю лекарств. С развитием фармакологии расширяются возможности лечения, соответственно, меняется и тактика фармакотерапии. Для того, чтобы лечение было наиболее адекватным и своевременным, учитывающим индивидуальные особенности пациента, необходимо чаще обновлять Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Исключение из списка устаревших, малоэффективных препаратов и замена их на более современные инновационные лекарства должны осуществляться с учётом мнения практикующих врачей и пациентского сообщества. К такому консолидированному мнению пришли участники «круглого стола» «Лечить пациента, а не болезнь: жизненно и важно», состоявшегося в столице.

### Цена вопроса

Идея персонализированного подхода к больному не нова, ещё в XIX веке основоположник отечественной медицины Сергей Петрович Боткин заложил в основу лечения принцип качества жизни больных. Об этом напомнила профессор кафедры онкологии Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова Татьяна Семиглазова. Она подчеркнула, что современные подходы к лечению в онкологии соответствуют этой парадигме.

– По сути, у каждого больного свой рак. Сегодня мы вступили в эру таргетной терапии, биологически направленной, когда определённый препарат действует на конкретную цель, – отметила эксперт. По её словам, крайне важно, чтобы лечение было начато как можно раньше. Если пациент на первом этапе терапии получает препарат, который блокирует основные причины развития опухолевого процесса, значимо увеличивается период ремиссии и, соответственно, улучшается качество жизни. Тем самым, по сути, закладывается вектор эффективности всего последующего лечения.

При последнем пересмотре Перечня ЖНВЛП рассматривались 36 препаратов-кандидатов таргетного действия для лечения различных видов рака, из них 30% были включены в список. Как отметила эксперт, это большое достижение: «Очень важно, чтобы Перечень ЖНВЛП расширился, тогда у врачей появится возможность индивидуально назначать эффективное лечение», – уверена Татьяна Семиглазова.

Участники «круглого стола» сошлись во мнении, что высокая цена инновационного препарата не должна быть препятствием его попадания в перечень. Необходимо считать все затраты, связанные с терапией и последующим сопровождением таких больных (развитие осложнений, последующие госпитализации, инвалидизация и т.д.). Грамотный фармакоэкономический анализ показывает, что иногда более дорого-

тики и среди них мало лекарств, способных преодолеть устойчивость к бактериям. По мнению эксперта, в перечень необходимо включить ещё минимум 4 препарата, а в идеале, лучше довести эту цифру до 50.

Что касается лечения тяжёлых грибковых инфекций – ситуация ещё более удручающая. По данным исследований, летальность от грибкового сепсиса составляет 50%, то есть умирает каждый второй больной. К сожалению, выбор

вовремя и в необходимом объёме. Для человека, у которого имеется хроническое заболевание, требующее пожизненного лечения, это, в буквальном смысле, вопрос жизни и смерти.

По словам Аиды Бабаевой, главного внештатного специалиста ревматолога Южного федерального округа, заведующей кафедрой факультетской терапии Волгоградского государственного медицинского университета, федеральные и ре-

### Жизненно необходимые

За расширение Перечня ЖНВЛП высказались и представители пациентских организаций.

– В онкологии и онкогематологии все таргетные препараты назначаются по жизненным показаниям. Но, к сожалению, быть жизненно важным и находиться в соответствующем перечне не одно и то же. Во многом, подобная ситуация обусловлена экономическими

### «Круглый стол»

# Равнение на пациента

Эксперты настаивают на увеличении числа инновационных препаратов в Перечне ЖНВЛП



стоящий препарат закупать выгоднее и эффективнее, чем дешёвый.

### Преодолеть резистентность

По мнению профессора кафедры госпитальной терапии № 2 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Сергея Яковлева, необходимо расширение перечня за счёт включения в него также ряда антимикробных препаратов, поскольку из-за высокой устойчивости к антибиотикам и противогрибковым средствам пациентам требуется самый широкий спектр выбора.

Сейчас в России зарегистрировано около 100 антибиотиков по международным непатентованным наименованиям (не учитывая противотуберкулёзные и препараты для местного применения). Но в действующем Перечне ЖНВЛП всего 40 антибактериальных препаратов. В основном, это базовые антибио-

терапии в данном случае невелик. Сегодня в арсенале врачей всего лишь 6 системных противогрибковых препаратов, 5 из них включены в перечень.

– Среди прочих в перечень включены 2 препарата, которые борются с грибковым сепсисом в условиях реанимации, но нам нужен и 3-й, самый эффективный из них. Речь идёт о цене жизни людей, – считает Сергей Яковлев.

Закупить антибиотики или противогрибковые препараты, которых нет в больничном формуляре, можно через врачебную комиссию, но это занимает минимум 1,5-2 дня, в то время как при развитии септического шока каждый час отсрочки терапии подходящим препаратом увеличивает риск летальности на 7%.

– В итоге, мы получим этот препарат, но уже для другого больного. Тот, кому он был необходим, просто не доживёт до этого момента. Поэтому жизненно необходимо, чтобы эти лекарства были в списке, – резюмировал эксперт.

### Парадоксы терапии

Включение препарата в список является своеобразной гарантией для пациента, что он его получит

национальные власти многое делают для того, чтобы поддержать таких больных, в том числе, страдающих ревматологическими заболеваниями. – Генно-инженерная терапия, другие препараты таргетного действия, которые являются инновационными, сейчас прочно входят в клиническую практику, и пациенты имеют возможность лечиться, – сказала она.

Однако эксперт упомянула и о «парадоксах терапии». Самая многочисленная группа больных, которые имеют право на льготное лекарственное обеспечение за счёт средств федерального бюджета – инвалиды. И получается так, что больной должен получить этот статус, чтобы иметь возможность лечиться. Есть категория социально значимых заболеваний, но это уже финансовая обязанность регионов и, как показывает практика, они с этой функцией не всегда справляются.

Кроме того, существует адресная помощь. Врач имеет право выписывать препарат по торговому названию и назначать лекарственный препарат, не входящий в Перечень ЖНВЛП, но на доказательство необходимости подобного шага уходит слишком много времени. «Если большинство необходимых препаратов будут в списке ЖНВЛП, это намного упростит решение вопросов закупок и назначения их пациентам, вне зависимости от того, являются ли они инвалидами как в рамках федеральной, так и региональной льготы», – уверена Аида Бабаева.

причинами, – отметила президент Всероссийского общества онкогематологии «Содействие» Лилия Матвеева. – Как представители пациентской организации мы участвуем в работе комиссии по формированию перечней, и, зачастую видим, что многие препараты, которые действительно важны для пациента, в него не попадают.

– Список, который сегодня существует, ограничивает возможности врача как в области лечения, так и при назначении поддерживающей терапии, – считает президент правления Ассоциации онкологических больных «Здравствуй!» Ирина Борова. «Наша медицина зажата рамками списков, финансирования. Доктор должен лечить пациента, а не вычислять, насколько эффективно финансово он может это сделать. Но реально, сейчас это происходит именно так», – пояснила она.

Подводя итог встрече, эксперты были единодушны в том, что современные препараты необходимы пациентам. Перечень должен стать тем инструментом в работе врачей, который позволит им одновременно выбирать оптимально подходящую терапию для конкретного больного. Кроме того, включение в перечень инновационных препаратов, помимо влияния на основные показатели здравоохранения может стимулировать производство новейших препаратов в России и развитие локальной фармацевтической отрасли.

Ирина СТЕПАНОВА,  
корр. «МГ».

### Фармаконадзор

## Рекомендации зарубежных регуляторных органов

#### Тестостерон

Регуляторный орган США – Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) принял решение о дополнении инструкции по медицинскому применению лекарственного средства, содержащих тестостерон информацией о риске развития сердечно-сосудистых осложнений при фармакотерапии, таких как инфаркт миокарда и инсульт.

Источник: <http://www.fda.gov>  
**Эмтрицитабин, рилпивирин, тенофовир**

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) принял решение о дополнении инструкции по медицинскому применению ЛС, содержащих эмтрицитабин, рилпивирин, тенофовир информацией о риске развития осложнения фармакотерапии, такого как DRESS-синдром (лекарственная реакция с эозинофилией и системными симптомами).

Источник: <http://www.fda.gov>  
**Левокарнитин**

Управление по контролю ка-

чества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) принял решение о дополнении инструкции по медицинскому применению лекарственных средств, содержащих левокарнитин, информацией о возможном увеличении международного нормализованного отношения (МНО) при совместном использовании с варфарином. Специалистам здравоохранения рекомендуется мониторировать уровень МНО у пациентов, принимающих варфарин после начала терапии левокарнитин с целью коррекции дозы.

Источник: <http://www.fda.gov>  
**Такролимус**

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) принял решение о дополнении инструкции по медицинскому применению лекарственных средств, содержащих такролимус, информацией о возможном взаимодействии с ЛС лимонника конусотычинкового (schisandra sphenanthera), что приводит к ингибированию метаболизма с

потенциальным повышением концентрации такролимуса в крови.

Источник: <http://www.fda.gov>  
**Абиратерон**

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) принял решение о дополнении инструкции по медицинскому применению ЛС, содержащих абиратерон, информацией о риске развития осложнений фармакотерапии, таких как миопатия и рабдомиолиз.

Источник: <http://www.fda.gov>  
**Каптоприл**

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) принял решение о дополнении инструкции по медицинскому применению ЛС, содержащих каптоприл, информацией о возможном увеличении риска отёка Квинке, при совместной терапии с темсиролимусом, сиролимуусом и эверолимусом.

Источник: <http://www.fda.gov>

Ирина АНДРЕЕВА.

По материалам журнала «Безопасность и риск фармакотерапии».

### Статистика

## Большая разница

За первое полугодие 2016 г. в Россию было ввезено 3,76 млн кг субстанций для производства лекарственных препаратов на сумму 253 млн долл. Такие данные приводятся в отчёте компании DSM Group.

Это на 35% больше в натуральном выражении, чем за аналогичный период 2015 г. Эксперты отмечают, что в годовом исчислении вес импортируемых фарм субстанций

составил 6,94 млн кг. В денежном выражении объём ввоза субстанций уменьшился на 10%.

– Разнонаправленная динамика стоимостного и натурального объёма связана с увеличением поставок субстанций из Китая, средняя стоимость одного килограмма которых составляет около 19 долл. Субстанции из Европы в среднем стоят около 480 долл. за килограмм, – поясняет генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк.

### ТОП 10 стран-импортёров субстанций лекарственных препаратов в Россию, доля в кг

Страна происхождения	Доля, 1П 2015	Доля, 1П 2016	Прирост, 1П 2016/2015
Китай	77,1%	78,9%	38,3%
Индия	14,3%	11,6%	10,0%
Франция	2,2%	2,4%	46,5%
Германия	1,4%	1,8%	66,1%
США	0,2%	1,0%	545,1%
Испания	1,0%	0,9%	30,8%
Словения	1,1%	0,8%	2,2%
Израиль	0,2%	0,7%	296,3%
Австрия	0,5%	0,5%	51,4%
Италия	0,6%	0,5%	8,2%

Идеи

## В целях распознавания

**Новое компактное устройство, разработанное учёными Гарвардской медицинской школы (США), поможет быстро выявить больничные инфекции, наиболее сложно поддающиеся лечению.**

По официальной статистике, госпитальные инфекции поражают 1 пациента из 15, находящихся на стационарном лечении. Терапия «больничных» инфекций непроста – штаммы, которые их вызывают, как правило, устойчивы к антибиотикам. Нередко заражение госпитальными инфекциями, например, вызванными метициллинрезистентным штаммом золотистого

стафилококка, оказывается губительным для пациента.

Лечение оказывается тем эффективнее, чем раньше обнаружена инфекция. Для получения результатов стандартных тестов обычно требуется 3-5 дней. За этот период инфекция успевает распространиться в организме.

Исследователям удалось разработать эффективный тест для быстрого обнаружения опасных возбудителей – результат можно получить уже через 2 часа после проведения анализа. Устройство позволяет выявлять 5 патогенных микроорганизмов – Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneu-

moniae, Acinetobacter baumannii и Pseudomonas aeruginosa.

Для идентификации бактерий не требуется их культивации – достаточно присутствия в анализируемом растворе единичных бактериальных клеток. Устройство было протестировано на 9 пациентах – быстрый тест дал такие же результаты, как и стандартные методики обнаружения патогенов.

Учёные очень надеются, что новый тест способен обнаружить лекарственную устойчивость штаммов – это позволит избежать назначения неэффективных лекарств.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации newscientist.com

Почему бы и нет?

## Белковый клубок

**Учёные Университета Суссекса (Великобритания) разработали новый белок, который может пролить свет на развитие болезни Альцгеймера. С их точки зрения, у людей с данным заболеванием бета-амилоидные белки приклеиваются друг к другу и образуют амилоидные клубки. Так формируются отложения между нейронами в мозгу. Считается, что скопление данных белков провоцирует клеточную смерть и когнитивный упадок.**

При этом оказывается, что склеенные белки и отдельные белки обладают разными свойствами. Новый, созданный учёными белок,

очень напоминает бета-амилоидный по размеру и форме. Но в нём две другие аминокислоты. Поэтому новый белок не может формировать клубки и не токсичен для клеток. Таким образом, перед нами мощное средство для исследования заболевания. Если учёные поймут, как остановить склеивание белков и почему они убивают нейроны, им удастся остановить развитие болезни Альцгеймера.

Любопытно, что пластырь с женским половым гормоном эстрогеном снижает риск развития слабоумия после наступления менопаузы. Благодаря эстрогену в мозгу уменьшается количество амилоидных отложений, характерных для деменции.

В клинике Мэйо проанализировали данные 68 женщин в возрасте от 42 до 59 лет с целью оценить эффекты гормональной терапии вскоре после начала менопаузы.

Как известно, в период менопаузы уровень эстрогена снижается. 21 женщина пользовалась пластырем с эстрогеном, 17 – таблетками с этим гормоном, а 30 получали плацебо.

Три года спустя всем участницам была проведена позитронно-эмиссионная томография, которая показала, что у тех, кто использовал пластырь, амилоидных отложений в мозгу оказалось меньше по сравнению с принимавшими плацебо. Наиболее заметно это было у женщин с геном APOE E4, связанным с болезнью Альцгеймера. Таблетки с эстрогеном риск деменции не снижали.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению The Hindu.

Исследования

## «Плохой» холестерин – друг долголетия

**Международная группа исследователей установила, что люди с высоким уровнем «плохого холестерина» на самом деле живут так же долго, как их сверстники с низкой концентрацией в крови липопротеинов низкой плотности.**

Авторы обзора проанализировали прошлые исследования, в которых приняли участие в общей сложности 68 тыс. человек старше 60 лет, и поставили под сомнение гипотезу, согласно которой люди с высоким уровнем холестерина имеют больший риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний

и должны принимать статины, чтобы снизить концентрацию липопротеинов.

Каждая работа демонстрировала либо отсутствие связи между «плохим холестерином» и смертью от нарушений функций сердца и сосудов, либо обратную корреляцию. Последнее означает, что высокий уровень липопротеинов низкой плотности часто сопутствует более длительной жизни. Это может объясняться тем, что холестерин может защищать человека от таких неврологических заболеваний, как болезнь Паркинсона или синдром Альцгеймера.

В дальнейшем планируется вы-

яснить, почему «плохой холестерин» является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у молодых людей, но не у пожилых.

Липопротеины низкой плотности являются переносчиками холестерина, который часто именуется «плохим холестерином» из-за того, что он связан с риском развития атеросклероза. В противоположность им липопротеины высокой плотности существенно снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Игорь САВЕЛЬЕВ.

По материалам British Medical Journal.

Взгляд

**Специализированные клетки головного мозга «предсказывают» гидратирующий эффект питья, отключаясь задолго до того, как всасываемая жидкость изменит состав крови, сообщают исследователи Калифорнийского университета Сан-Франциско.**

Это противоречит современным представлениям о регуляции жажды нейронами субфорникального органа, одной из структур головного мозга, обеспечивающих связь между центральной нервной и кровеносной системами. Считается, что эти нейроны контролируют питьё, обнаруживая вызванные жидкостью изменения в кон-

## Пить или не пить?

центрации или объёме крови. Но таким механизмом трудно объяснить очень быстрое утоление жажды, пояснил главный автор исследования Захари Найт, отметив также, что ни одна из современных теорий не может объяснить, почему большинству из нас хочется запивать еду.

«Вы выпиваете стакан воды и сразу же чувствуете, что утолили жажду, но на самом деле на то, чтобы вода дошла до кровотока, нужно больше 10 минут, – говорит Найт. – Вы едите что-то солёное и тут же испытываете жажду, хотя еда ещё у вас

во рту. Модель жажды как ответа на изменения в составе крови объяснить эти явления не может», – подчёркивает физиолог. Применив метод оптогенетики, благодаря которому специфическая исследуемая популяция нейронов в головном мозгу мышей начинает светиться при активации, авторы определяли активность нейронов субфорникального органа в то время, когда животные пьют воду.

Как показало исследование, нейронная активность в субфорникальном органе прекращается сразу, как только мыши начинают

Однако

## Почти тотально – фатально

**90% больных раком лёгких – курильщики, показало исследование, проведённое индийскими учёными. Соответственно, данное заболевание очень распространено среди мужчин.**

Исследователи проанализировали данные пациентов мужского пола, больных раком лёгких, лечившихся в 4 индийских больницах в 2012-2014 гг. Почти 30% составляли участники в возрасте от 45 до 60 лет; 90% из них состояли в браке. Некурящими оказались всего 10-15%. В среднем дебют вредной привычки приходится на 16-20 лет, а стаж курения составляет 15-20 лет.

К сожалению, данное заболе-

вание часто выявляли слишком поздно. Так, примерно у 60% больных была IV стадия заболевания, а средняя продолжительность жизни составила около 12 месяцев.

Кстати, исследователи из Университета Питтсбурга утверждают: экстракт водяного кресса (жеруха обыкновенная) защищает курильщиков от влияния канцерогенов и уменьшает риск развития рака лёгких. Добавки с экстрактом растения снижают активность никотинпроизводящего нитрозаминкетона, а также обезвреживают бензол и акролеин.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам The Times of India.

Ракурс

## Лекарство внутри

**В Университете Мичигана (США) нашли белок, который выступает в роли мощной защиты от свободных радикалов, провоцирующих клеточные повреждения, старение и смерть. Данный белок активируется излишним количеством свободных радикалов.**

Мутации в гене, связанном с этим белком, как ранее было установлено, провоцируют редкое нейродегенеративное заболевание. По словам учёных, лизосомы, клеточные органеллы, составляют центр переработки клетки и нужны для очистки клетки от повреждённых или отмирающих элементов.

Когда лизосомы фиксируют избыток свободных радикалов, они активируют кальциевый канал в своей оболочке. Это приводит к экспрессии множества генов и выработке более сильных лизосом. Новые лизосомы переходят в режим повышенной активности, чтобы убрать повреждённые части клеток.

В свою очередь, свободные радикалы провоцируют старение. Если использовать соединения, напрямую активирующие кальциевый канал, то можно снизить уровень окислительного стресса, побороть болезни и затормозить старение.

Василий СЕВАСТЬЯНОВ.

По материалам The First Post.

что поступающий по оптоволокну свет может их активировать или отключить, подавляя активность нервных клеток, когда мышам вернули доступ к воде.

Несмотря на обезвоженность, мыши к воде не бросились, но как только световое воздействие на субфорникальные нейроны было снято, животные начали жадно пить. Подобным образом было показано, что, если отключить эти же нервные клетки во время еды, то мыши, продолжая есть, перестанут пить – в отличие от своих собратьев в контрольной группе.

Владимир ПОЗДНЯКОВ.

По материалам Nature.

На самом деле

# Рожать следует вовремя

## Об «иностранным следе» при проведении процедуры искусственного оплодотворения в Израиле

**«Молодых мам» пожилого возраста с каждым годом становится всё больше. Благодаря процедуре экстракорпорального оплодотворения матерью возможно стать и после 70 лет. Возраст беременности не помеха? Или только кажется, что не помеха?**

В прошлом году в Медицинском центре «Меир» в Кфар-Сабе своего первенца родила 65-летняя израильтянка от 67-летнего мужа после 46 лет безуспешных попыток забеременеть. Правда, беременность стала возможной только после вживления этой женщине донорских клеток, купленных в Румынии. «Иностранный след» при проведении процедуры искусственного оплодотворения в Израиле проявляется всегда, когда речь идёт о роженицах после 54 лет. Потому что именно после этого возраста местным законом наложен запрет на использование донорских клеток израильских гражданок. При том, что покупка такого родового материала за рубежом разрешена.

В нынешнем году врачам медицинского центра «Каплан» в Реховоте удалось спасти ребёнка впервые рожавшей 60-летней женщины. Эта роженица страдала тяжёлой преэклампсией, подвергавшей опасности жизни ребёнка и матери. При преэклампсии у беременной возникают гипертензия, задержка в организме жидкости и появление большого количества белка в моче. Такое

состояние может привести к разрушению красных кровяных телец, нарушению функции печени, судорогам и другим тяжёлым осложнениям. В случае ненадлежащего лечения эта стадия переходит в эклампсию – состояние, угрожающее жизни плода и матери.

Доктор Яэль Неэман провёл операцию кесарево сечение по медпоказаниям. В принимавшую роды бригаду входили два гинеколога, два педиатра, акушерка и три медсестры. Девочка родилась здоровой весом 2,2 кг.

Доктор Илия Бар из Центра искусственного оплодотворения в Рамат-Гане, с одной стороны, гордится возможностями современной медицины дарить радость материнства по возрасту фактически бабушкам. Но с другой – она не скрывает своей озабоченности таким «постарением» возраста матерей. Конечно, роды 60-летней женщины с тяжёлой преэклампсией – особый случай, ибо никакой родовой материал роженице извне предоставлен не был. Но при постановке «на поток» «молодых мам» едва ли не «золотого возраста» желание рожать начинает возобладать над здравым смыслом.

В наши дни 60 лет для многих женщин – то же самое, что несколько десятков лет назад – 40. И в самом деле, в 1956 г. средняя продолжительность жизни израильтянок составляла 48 лет. Сегодня – 84 года. Разница

огромнейшая!

Тем не менее известный израильский гинеколог Нога Порат, председатель Общества по гинекологической помощи, в беседе с корреспондентом «МГ» подчеркнула: «В немалом количестве поздних родов ребёнок зачинается с помощью не только донорских яйцеклеток, но и донорской спермы. В таких случаях родившийся ребёнок биологически, а точнее генетически к тем, кто будет именоваться его «родителями» никакого отношения не имеет. Кто-то должен взять на себя ответственность и вообще запретить фактически бабушкам проходить процедуры искусственного оплодотворения. Возрастные границы сдвинулись, но и у поздних родов есть пределы разумного».

Продолжая свою мысль, доктор Порат говорила о том, что даже если женщина в 60 лет чувствует себя на 25, физиологию она обмануть не может. Пик женской фертильности приходится на 35 лет, после чего качество яйцеклеток ухудшается. Иногда резко. По мнению Ноги Порат, с которой солидаризуется и Илия Бар, в возрасте после 40, а тем более 45 лет лучше пойти на усыновление или удочерение ребёнка, чем рожать самой, используя для зачатия донорские яйцеклетки.

**Захар ГЕЛЬМАН,**  
соб. корр. «МГ».

Иерусалим – Кфар-Саба.

Ну и ну!

# Сколько можно сидеть?



Учёные из нескольких университетов в США провели масштабное исследование, чтобы выявить, насколько критичен для человека сидячий образ жизни и какое в среднем время в день (вне сна) можно проводить без физической активности, не причиняя вреда здоровью.

Актуальность исследования несомненна, так как в современном

мире большинство видов деятельности не подразумевают активного движения, как правило, люди сидят за компьютером в течение всего рабочего дня и выходят разве что на обед или перекур.

Были проанализированы медицинские данные 700 тыс. человек за 11 лет, особое внимание обращалось на их образ жизни и наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы, которые при недостатке физической актив-

ности развиваются быстрее. Выяснилось, что люди, которые сидят (или лежат) по 12 часов в день, на 14% более подвержены развитию таких болезней, чем те, у кого на это уходит 2,5 часа в день. В зоне риска находятся и люди, проводящие в сидячем положении по 10 часов в день – а это практически все офисные работники, которые сидят в офисе, едут домой на машине, вечером смотрят телевизор, сидя на диване, и т.д.

Снижают ли риск развития сердечных заболеваний динамические паузы – когда человек, сидевший за компьютером, прервётся и сделает несколько упражнений? Или, например, если офисный работник каждое утро бежит? Как это повлияет на его здоровье, принесёт ли ему пользу в долгосрочной перспективе? Исследователи не ответили на эти вопросы, но предположили, что для сердца лучше, если люди будут иметь возможность периодически отвлекаться на физическую активность во время работы.

**Валерий ПОЗДНЯКОВ.**

По информации medportal.ru

Дословно

**В Университете Мичигана (США) профессор психологии Бренда Воллинг решила выяснить, как помочь мужчинам стать более чуткими и отзывчивыми по отношению к детям.**

чем больше у отцов падал уровень тестостерона после разлучения с детьми, тем терпеливее и отзывчивее они были, поддерживая малышей в их попытках освоить новое действие и успокаивая их,

# Чуткость отцов

Обычно у мужчин, имеющих детей, уровень тестостерона в среднем ниже, чем у тех, кто ими ещё не обзавёлся. Но проводившиеся ранее исследования не всегда подтверждали наличие связи между уровнем мужского гормона и вовлечённостью отца в воспитание. Для того чтобы выявить эту зависимость, учёные проделали несколько экспериментов.

Отцов и их годовалых детей разлучали на 3 минуты. Дети начинали плакать, а вернувшиеся папы их успокаивали. Затем взрослые в течение 15 минут обучали детей чему-нибудь сложному, а за ними наблюдали сотрудники университета, оценивая, насколько заботливо они это делали.

До начала экспериментов и после них у всех мужчин взяли пробы слюны и измерили содержание в ней тестостерона. Выяснилось, что

если они расстраивались из-за неудач.

Таким образом, низкий уровень тестостерона у мужчины положительно влияет на развитие его ребёнка. Б.Воллинг также сослалась на работы своих коллег, которые, во-первых, выяснили, что чем чаще отцы успокаивали своих детей в первый год их жизни, тем лучше они себя ощущали в новом качестве и тем спокойнее их жёны реагировали на плач. Во-вторых, гормональные изменения у мужчин начинаются ещё в процессе ожидания ребёнка, и те будущие отцы, уровень тестостерона у которых падал сильнее, позже гораздо больше занимались домашней работой и детьми.

**Алина КРАУЗЕ.**

По информации medicaldaily.com

Эксперименты

# Вторая жизнь мозга

**Если методика, предложенная специалистами из Калифорнийского университета Лос-Анджелеса (США), начнёт использоваться в клинической практике, то есть вероятность, что тактика лечения пациентов, получивших тяжёлые повреждения головного мозга, изменится.**

Мартин Монти и его коллеги смогли «перезапустить» головной мозг находящегося в коме 25-летнего пациента, воздействуя на него ультразвуковыми волнами. Это позволило на работу таламуса – части головного мозга, отвечающей за переработку информации.

Эксперт поясняет, что ранее для того, чтобы нейроны вновь заработали, врачам приходилось проводить сложную и довольно опасную процедуру – глубокую стимуляцию головного мозга, в ходе которой в таламус имплантировали электроды. Подход же, предлагаемый исследователями из Калифорнии, не предполагает проведения операции и является неинвазивным.

В ходе проведения процедуры они использовали направленную ультразвуковую пульсацию низкой интенсивности – такой подход применялся для лечения больных

с тяжёлыми травмами головного мозга впервые.

Процедура оказалась действительно эффективной. Спустя 3 дня после её проведения молодой человек, который до этого находился в коме и демонстрировал лишь минимальные признаки сознания и понимания речи, полностью пришёл в себя и понимает всё, что ему говорят. Сейчас он способен отвечать на вопросы «да» и «нет», кивая или мотая головой.

Врачи, впрочем, отмечают, что процедуру предстоит ещё опробовать и на других пациентах, чтобы подтвердить её эффективность. Поиском способа вывода пациентов из комы занимается не одна группа учёных. Недавно стало известно о том, что очнулась 22-летняя девушка, впадшая в кому 16 лет назад.

Это стало возможным благодаря совместной работе польских и японских учёных – пациентке имплантировали электроды в шейный отдел позвоночника. Такие стимуляторы ЦНС были установлены 6 пациентам, находящимся в коме, ещё в мае 2016 г. Двое из них уже очнулись.

**Ян РИЦКИЙ.**

По информации medicaldaily.com

Тайное и явное

# В полку вирусов прибавило

**Учёные из Исследовательского института инфекционных заболеваний Вооружённых сил США обнаружили неизвестный ранее вирус с необычными свойствами.**

Мультикомпонентный вирус Guaico Culex (GCXV) был обнаружен в организме комаров, обитающих в Тринидаде (ранее считалось, что такие вирусы способны заражать лишь растения и грибы). Его «засекли» при изучении вирусов, переносимых комарами. Исследования проводились в целях предотвращения эпидемий, подобных эпидемии вируса Зика в Бразилии.

Генетический материал вируса Guaico Culex по непонятным пока причинам разделён на пять частей, каждая из которых индивидуально

упакована. Для заражения необходимы четыре из них. Учёные полагают, что пятая частица используется в качестве запасной либо определяет, насколько смертельным окажется вирус после заражения.

Вирус Guaico Culex является близким родственником сегментированных джингменвирусов, которые могут заражать обезьян. Свидетельства его присутствия были обнаружены в организме угандийского красного колобуса, не являющегося человекоподобной обезьяной. Большинство вирусов, заражающих таких обезьян, могут представлять опасность и для людей.

**Яков ЯНОВСКИЙ.**

По информации sciencealert.com

Античный театр способствовал пониманию собственной души, экстраполируя чужие приключения и переживания на психику зрителя. Для большей эффективности психотерапевтического аспекта театра следовало продолжить логическую цепочку, предоставив индивиду возможность пережить собственную психологическую проблему, не прибегая к посредничеству уже готовой пьесы.

Этот шаг сделал Якоб Леви Морено.

### Игра в Бога

Он родился в Бухаресте 18 мая 1889 г.

Якоб был старшим среди шести братьев и сестёр. Детство его окутано символикой легенд, опубликованных им самим. При взгляде из сегодняшнего дня они прочитываются как знак свыше. И, как говорят итальянцы, «Se non e vera, e ben trovato» («Если и неправда, то хорошо придумано»). Однажды маленький Якоб предложил сверстникам поиграть в Бога и ангелов, отведя себе роль именно Бога. Дети соорудили «небо» из старой мебели. (Эта конструкция стала прообразом классического макета театра психодрамы, представлявшего собой многоуровневую круглую сцену, похожую на многоярусный пирог или пирамиду). На вершине зиккурата восседал Якоб, остальные бегали вокруг, махали руками и пели, изображая ангелов. Кто-то спросил: «Почему Бог не летает?» Якоб попытался «лететь», но упал, сломав руку. Морено считал этот случай первым опытом психодрамы и позже часто определял свой метод как «психотерапию павших богов». Лёгкий флёр парафренических конструкций, отсвет зарниц бреда величия витает над этими легендами, смешиваясь с правдой, выдумкой, гиперболами.

В 1895 г. семья Леви переехала в Вену, а через 10 лет – в Берлин. Родители развелись. 14-летний Якоб, ставший на сторону отца, остался в Вене. Примерно в эти же годы он начал ощущать себя пророком, а возможно – Мессией. Если кто-нибудь окликал его по имени, он даже не оборачивался, реагируя лишь на обращение «ты». Он оставил школу, проводя время в уединении и размышлениях, читая мистическую литературу, отвергнув финансовую помощь богатых дядьев. Период бурного сексуального интереса сменился полным прекращением отношений с женщинами. Морено облачился в тёмно-зелёную мантию и «принял на себя роль пророка», не обращая внимания на то, что его внешний вид и поведение выглядят даже не экстравагантно, но – патологически. «Я стал пророком не в один момент. Это был медленный постепенный рост, можно увидеть, что многое было предопределено ещё в моём раннем детстве. Этим объясняются моя твёрдость и настойчивость и то, почему у меня не было психических отклонений, которые меня разрушали бы». Знаменательно то, что слово «пророк» Морено не заключает в кавычки. В 1920 г. он опубликовал работу «Слова Отца», ставшую манифестом философии его творчества. В книге Морено признался в том, что ещё в детстве «слышал голоса», но держал это обстоятельство в тайне, опасаясь быть осмеянным или признанным психически больным.

### Встреча с Фрейдом

В 1909 г. Морено поступил в Венский университет, где изучал философию и медицину. Его обращение к психиатрии относится к 1913-1914 гг. С этим периодом времени связан ещё один апокриф – о встрече Морено и З.Фрейда,



в творении: Морено считал этот божественный акт не завершённым, полагая, что сила (Бог), создавшая Вселенную, продолжает действовать совместно с человеком, если тот готов к такому творческому процессу. Лишь в ходе такого со-творения может осуществиться встреча человека и Бога, которую Морено считал целью психодрамы.

Психотерапевтический эффект психодрамы основан на возможности многоуровневого общения: встреча с собой; встреча с «Ты» внутри сообщества; встреча с членами крупных социумов в реальности или на сцене;

### Театр как терапия

Важным этапом развития концепции Морено стала его работа с проститутками Вены. Группы встречались несколько раз в неделю, обсуждая корпоративные проблемы. В 1915-1916 гг. он работал в австрийском лагере для беженцев (Миттендорф), сделав вывод о том, что узников в бараках следует распределять с учётом национальности, конфессии, политических взглядов и пр., дабы их жизнь стала более комфортной. Это было началом социометрии. В 1917 г. Морено окончил Венский университет, получив диплом врача, а уже в 1921 г. начал регулярно применять психодраму. 1 апреля 1921 г. в Венском театре комедии

канонем социометрии. В 1936 г. в городе Бикон Морено открыл психиатрическую лечебницу Бикон-Хилл, ставшую лабораторией и учебным центром. С 1937 г. издавал журнал «Социометрия: журнал межличностных отношений». В 1941 г. в госпитале Сент-Элизабет им был открыт театр психодрамы, где появилась должность специалиста по психодраме, после чего метод постепенно вошёл в арсенал многих психиатрических больниц и психологических факультетов. В 1942 г. Морено создал в Нью-Йорке Институт социометрии и Театр психодрамы. Тогда же он основал Общество психодрамы и групповой психотерапии, издававшее журнал «Социатрия».

### Имена и судьбы

# Новый Вавилон

## Его пытался построить знаменитый психиатр, основатель психодрамы Якоб Морено

после лекции которого студенты столпились вокруг лектора, и Фрейд спросил у Морено, чем тот занимается. «Доктор Фрейд, – ответил я, – я начал там, где вы закончили. Вы работаете с людьми в искусственной обстановке вашего кабинета, я встречаю их на улицах и у них дома, в их естественном окружении. Вы анализируете их сновидения и мечты, я пытаюсь сделать их реальными, чтобы они могли мечтать снова. Я учу людей играть Бога...» Фрейд посмотрел на меня озадаченно и улыбнулся...» В ответе сквозят элементы будущей философии встречи человека с Богом, ставшей основой психодрамы. Ситуация, конечно, теоретически не невозможная, но практически – маловероятная.

Полемикой с Фрейдом пронизаны многие работы Морено, противопоставлявшим пассивность психоанализа активности психодрамы, даровавшей пациенту роль демиурга, имеющего возможность более полно исследовать свои чувства, способствуя самоактуализации. В психоанализе пациент обращался к психоаналитику, который, по сути, выступал в роли равнина-толкователя, трактуящего нерушимые каноны Талмуда и Торы. В психодраме пациенту отводилась роль «Бога» – творца собственной судьбы. Заманчиво интерпретировать диалог австрийских докторов как специфический вариант эстафеты-полемик «Ветхого Завета» – догматичных скрижалей психоанализа, опирающихся на фатальный детерминизм, определяемый структурой личности по Фрейду и – «Нового Завета» Морено, в большей мере ориентированного на спонтанные решения личности, не предрешённые ни биологически, ни социально (видимо, статуя Христа не случайно фигурирует в его воспоминаниях: если Фрейд был Моисеем психотерапии, то себе Морено, как кажется, отвёл роль Мессии).

Новый пророк продолжил идеи своего предшественника (не отвергая, например, фрейдовскую скрижаль о переносе), дополнив их, в частности, фактором спонтанности – адекватной реакции на новые условия или новой реакции на условия старые. Поддавление спонтанности ведёт к неврозу, бесконтрольность – к психозу. Важно то, что она позволяет человеку участвовать

встреча с миром в его социальном и космическом значениях. В этом контексте становится понятным утверждение Морено о том, что «подлинно терапевтический метод не может иметь своим объектом меньше, чем человечество». Вся конструкция сходна с вертикальной восходящей спиралью, неувидимо напоминая ярусы зиккурата Вавилонской башни.

Если в античном театре катарсис испытывали зрители, и он был вторичен по отношению к сюжету, а в теории Фрейда катарсис был вторичен по отношению к последующему анализу, то в психодраме он обрел первостепенное значение, распространяясь на исполнителя, разыгрывающего драму и одновременно избавляющегося от неё. Если психоанализ углублялся в ранние импресии пациента, то психодрама исследовала его внутриличностные и межличностные конфликты, не без оснований полагая: то, что проявляется в мизансцене, обнаруживает экзистенциальную проблему. К.Станиславский говорил о воображаемой «четвёртой стене», ограждающей сцену от зала. Морено предложил иной концепт: «не разрушая стену», уничтожить её целесообразность, открыв ту дверь, которая, в конце концов, окажется незапертой, и – следовательно – выйти наружу, как сделал он сам, по сути, покинув семью и перемыслив религию. Кто-то сумел найти дверь, подобно Морено; кто-то – продрался напролом, оставив на ограде ключья одежды и собственной кожи, как Х.Сутин; кто-то – перелетел через стену, как М.Шагал...

Морено воспроизводит диалог с Фрейдом, словно давая понять, что уже в 20-летнем возрасте точно знал, куда идёт, и его концепция существовала уже тогда. На самом деле, психодрама формировалась в течение многих лет. Её созданию способствовал интерес Морено к театру. В студенческие годы будущий реформатор психотерапии провёл несколько «стихийных психодрам», организовал детскую театральную группу, разыгрывавшую импровизации в парке Вены. Наблюдая за детьми, он обратил внимание на психотерапевтический эффект внутренней свободы, рождающейся в спонтанности игры.

состоялась первая социодрама с попыткой вовлечения в процесс зрителей. Вначале Морено относился к своему театру, как к виду развлечения, не думая о нём как о методе личностных изменений и гармонизации личности. Идея психодрамы тогда была подчинена развитию духовности и реализации творческого «Я». Свой театр Морено считал видом драматического религиозного опыта. Но уже один из первых экспериментов инсценировки фантазий пациента продемонстрировал возможности метода именно как терапевтического средства («Казус Барбары», 1922). К Морено обратился муж актрисы, имевшей ампулу положительного героина. Но наедине с ним она становилась форменной фурией: бранилась, дралась. Врач предложил Барбаре сымпровизировать роль проститутки, конфликтующей с сутенёром, которым в итоге она была «убита». Публика была шокирована, но поведение актрисы в быту изменилось: скандалы стали кратковременными и не столь яростными.

В 1925 г. Морено решил уехать из Европы, выбрав Америку. В том же году умер отец психотерапевта, и Якоб Леви взял его имя в качестве фамилии («Морено» по-еврейски – «учитель»). Тогда доктору было 33 года – цифра вполне символическая, как и сам псевдоним). Заключив в 1928 г. фиктивный брак, он получил американское гражданство.

Свой метод Морено строил как религиозное учение или финансовую пирамиду, постепенно расширяя её влияние и постоянно вовлекая прозелитов в круг adeptов. В 1929 г. он приступил к осуществлению масштабной программы психодрамы в любительской труппе Карнеги-холла. В 1931 г. в театре «Гильдия» состоялась официальное открытие «Театра импровизации». В этом же году Морено основал журнал Impromptu, посвящённый спонтанному театру (вышло 2 номера) и провёл социометрические исследования в тюрьме Синг-Синг, предложив Американской психиатрической ассоциации систему классификации заключённых. Тогда впервые в истории психиатрии прозвучал термин «групповая психотерапия». В 1934 г. он опубликовал монографию «Кто выживет?», ставшую

С 1950 г. Морено сам пустился странствовать по свету, посетив Францию, Великобританию, Германию, Австрию, Испанию, Италию, СССР, рекламируя метод и попутно почти повсюду оставляя учеников – преподавателей психодрамы, апостолов новой религии. Концепция «психотерапевтического лечения всего человечества» всё больше походила на финансовую пирамиду, религиозное движение, пуская корни в разных странах, вовлекая в хоровод всё большее число людей... Наконец, метод обрёл мировой масштаб, и в 1957 г. Морено стал первым президентом Международного совета по групповой психотерапии. В 1961 г. он создал Всемирную академию психодрамы и групповой психотерапии. Первый международный конгресс по психодраме прошёл в Париже (1964). Привлечение новых сторонников к методу вначале шло почти по экспоненте, но затем «график прироста» обрёл более плавный характер, закономерно перейдя в пологую траекторию плато. Любая пирамида эффективна до тех пор, пока в ней в геометрической прогрессии присоединяются новые фигуры. Метод Морено, пройдя пик популярности, занял вполне достойное место в ряду прочих психотерапевтических методов, но не обрёл тех вселенских масштабов, которые виделась его автору. Стратегия кампании покорения мира превратилась в тактику боёв местного значения.

Последним крупным трудом Морено стала его автобиография, над которой он начал работать в 1971 г. В 1974 г. доктор перенёс несколько инсультов. Понимая, что не сможет более работать плодотворно, он отказался от пищи и пил лишь воду. 14 мая 1974 г. Морено умер. Эпитафия на его могиле (разумеется, заблаговременно придуманная им самим) гласит: «Здесь лежит человек, который принёс в психотерапию шутку и смех». Как тут не вспомнить о том, что дата рождения метода Морено приходится на 1 апреля!

Вертикальная спираль Вавилонской башни, которая поднялась бы до неба, осуществив встречу с Богом, так и не была достроена.

**Игорь ЯКУШЕНВ,**

доцент Северного государственного медицинского университета. Архангельск.

В конце рабочего дня, когда Алексей Леонтьевич уже собирался покинуть редакцию, позвонил его давний приятель из Москвы, профессор, заслуженный деятель науки, с которым они давно общались на «ты». Но в этот раз москвич поздоровался подчеркнуто официально по имени-отчеству, уточнил дату последнего срока подачи статьи в журнал, зачем-то сказал, что правила оформления материалов посмотрел на сайте журнала.

Последнее сообщение особенно удивило редактора журнала, поскольку пару дней назад он лично отправил ему эти самые правила электронной почтой. Но ещё большее изумление вызвали последующие слова московского профессора, сказанные после довольно длительной паузы, явно с обидой в голосе:

– Алексей Леонтьевич, мне всегда нравилось ваше остроумие – это, как я лично убежден, один из очевидных показателей высокого интеллекта. Но скажите, пожалуйста, каким образом в Санкт-Петербурге стало известно об инциденте с моими учениками в московском метро после защиты диссертации?

Алексей Леонтьевич опешил от такого вопроса и ответил, что в последнее время вообще ничего не слышал о каких-либо инцидентах ни в московском метро, ни в других видах транспорта, тем более с учениками профессора, которых он знает только как соавторов профессора в их совместных публикациях.

– Я понимаю, вам, интеллигентному человеку, неудобно называть источник информации, – сказал

## На литературный конкурс

Анатолий ИВАНОВ

# Универсальные правила



москвич, опять же с обидой в голосе, и холодно попрощался.

Озадаченный редактор возобновил работу уже отключенного компьютера, быстро разыскал в отправленных документах своё электронное послание в Москву с названием «Правила», раскрыл текст на экране и... минуту-другую

ошалело смотрел на экран, затем стал судорожно хохотать, вначале почти беззвучно, а затем в полный голос, до слёз и икоты. Благо все сотрудники редакции уже разошлись по домам, и никто не мог помешать редактору научного медицинского журнала посмеяться от души над своей профессиональной ошибкой.

## Правило № 2

Ты пассажиром стал с утра,  
И вот какая мысль мудра:  
Не должен всех повергнуть ты

в шок

Твой слишком резкий запахок.

## Правило № 3

Приглуши в метро мобильник,  
Его звон, как подзатыльник.

И не кричи на весь вагон,  
Что водки лучше самогон.

## Правило № 4 (самое главное)

Без меры выпил, весь в грязи,  
К тому же пахнешь чесноком, –

Метро ты мимо проползи,  
А дальше путь держи пешком.

Представив себе реакцию московского профессора на подобные поучения, Алексей Леонтьевич поспешил связаться с ним по телефону, принёс свои глубокие, искренние извинения и подробно рассказал о своей досадной профессиональной ошибке, связанной с тем, что оба материала в электронной памяти компьютера именовались как «Правила».

Москвич не только принял извинения, но и сам вдоволь посмеялся над комедийностью ситуации. Более того, он поблагодарил Алексея Леонтьевича за удачные (а главное, полезные для жизни) стихотворные правила. Оказывается, он зачитал их своим ученикам, новоиспечённым кандидатам наук, задержанным в нетрезвом состоянии в московском метро после банкета, и сообщил им, что уже широкие круги научно-медицинской общественности знают об их недостойном для молодых учёных и врачей поведении, добавив при этом, что первой откликнулась культурная столица России – С.-Петербург.

Санкт-Петербург.

## Умные мысли

### Пока, покемоны

Вернулся муж домой.

И сразу повод для расследования:

– Что вы делаете в нашем шкафу?!

– Извините. Я за покемоном гонялся...

– Покемоны в моей квартире!? Жена, как это понять?!

– Не знаю. Я сама гонялась за покемоном и он привёл меня домой.

### История будущего

Преподаватель истории рассказывает ученикам:

– В следующей войне будут участвовать только самолёты-беспилотники.

Учащиеся просят уточнить:

– Без лётчиков? Без стрелков?

– Именно так. На каждый беспилотник подвешат атомную, водородную или электронную бомбу и запустят в сторону неприятеля.

### Дырки

Дырки – везде.

Даже в космосе. Там на благоприятной почве они разрослись до размеров чёрных дыр.

Но более всего повезло дыркам, которые поселились в сыре.

Сыр с дырками – это круто. И для сыра и для дырок.

Настоящие гурманы сыр и дырки кушают раздельно.

### Я – везде

Деньги я зарабатываю в рабочем посёлке. Семейное хозяйство веду в спальном районе.

Деньги трачу в зоне казино.

Все мои развлечения в зоне отдыха.

Жизнь – повсеместна.

# Житейские миниатюры

Виктор КНЯХИН

## Искусство и жизнь

Слишком много разговоров про ответственное сельское хозяйство. И о том, как освещали, и как помогали деревне искусство и литература.

Знатоки и настоящие любители пришли к выводу: колхозную деревню спасли фальшивые «Кубанские казаки». А развалили правдивые «Деньги для Марии».

## Театр на весь космос

Памятка для инопланетного зрителя.

«Театры планеты Земля начинаются с вешалки. И нельзя предугадать, что сыграют для вас гардеробщицы. И присутствующие здесь же вооружённые охранники. Но будьте готовы к самым различным формам театрального искусства. Приятного вам общения с искусством планеты Земля».

## Будущее планеты Земля

Самые «продвинутые» уничтожат себя и себе подобных. А оставшимся в живых, «тупым» – придётся включать свои скудные умственные ресурсы и начинать новый виток развития цивилизации.

## Что не то, то – то

Что не правда, то полуложь.

Что не полуложь, то четверть-ложь.

Что не четверть-ложь, то одна восьмая лжи.

Что не одна восьмая лжи, то виногрет правды.

## Муз-скандал

На репетиции оркестра разгорелся творческий спор.

Скрипка посмотрела в ноты, потом на барабан и заявила:

– Тебя тут не стучало!

Барабан не остался в долгу. Он ткнул скрипку в ноты:

– Тебя самой тут не скрипело!

Саксофон попробовал потушить излишний шум:

– Господа! Это не по-музыкальному!

Вмешательство не понравилось скандалистам:

– Ты тут не ной! – посоветовали они Саксофону.

## Писатели, которые разные

Книги Васи Демопалина удостоены всех мыслимых и немислимых литературных премий. Они продаются во всех книжных магазинах.

Книжные магазины регулярно разоряются и закрываются.

Костя Мамародин литературных премий не получает. Своими творениями он торгует в электричках.

Ещё ни одна электричка не разорилась, не закрылась.

## Мир ног

Вы всё сами видели. Ежедневно. На всех улицах.

Только не надо давить на мораль. Все-му есть объяснения. Известно ли вам, что такое красивые стройные ноги? И как они достаются хозяйке. Что делается ради такой красоты? Во сколько эта красота обходится?

Ежедневный массаж – это раз. Фитнес-клуб три раза в неделю – это два. Ежедневные домашние тренажёры – это три. Далее по списку: диета вообще и диета жиросжигающая. Дополнительные специальные добавки по рецепту и графику, подкалывание знакомым тренером. И постоянные опасности от случайной травмы.

На всё это уходит куча денег и безмерное количество времени.

Не говоря о моральных травмах от всяких уличных «лекторов».

И после всего этого, что?!

Натягивать джинсы, чтобы никто не видел ног, как результат изнурительных и разорительных усилий?!

Не дождётеся!

Все обязаны видеть и знать, что труды не прошли даром.

И уличная демонстрация – это отчёт о проведённой работе над собой.

И естественное украшение городских улиц. А если мыслить по-государственному – такие ноги следует поддерживать и финансировать.

г. Талдом, Московская область.

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, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

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 № 16-08-00385 Тираж 28 481 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханан (Германия) (1049) 618192124.

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.