

Медицинская

16 июня 2017 г.
пятница
№ 43 (7761)

газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

С Днём медицинского работника!

Ориентуры

Здесь появляется на свет счастье

Программа строительства перинатальных центров изменила ситуацию с младенческой и материнской смертностью



Председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко посетила Ростовский областной перинатальный центр. «Здесь появляется на свет счастье. У многих семей в этом центре осуществляются мечты – у них рождаются здоровые дети», – сказала она в своём приветственном слове.

Ростовский областной перинатальный центр был открыт в конце 2010 г. За 6 лет работы коечный фонд увеличился с 130 до 190 мест. В консультативно-диагностическом отделении оказали помощь 179 750 пациенткам высокой степени акушерского и перинатального риска. В отделениях центра в совокупности родились 29 314 детей, из них

Министр здравоохранения Ростовской области Т.Быковская (третья справа), председатель ФФОМС Н.Стадченко, заместитель губернатора С.Бондарев – фото на память с руководством центра

почти 2 тыс. – двойни, 39 – тройни. В ходе осмотра центра и знакомства с его работой руководитель ФФОМС отметила, что фонд много внимания уделяет строительству новых перинатальных центров.

«Но мы скрупулёзно следим и за работой уже введённых в строй современных учреждений родовспоможения, в которых сконцентрированы новейшие организационные и медицинские технологии, – подчеркнула она. – Программа перинатальных центров в корне изменила ситуацию с младенческой и материнской смертностью в нашей стране, эти показатели стали одними из лучших в мире».

Н.Стадченко обратила внимание, что областной перинатальный центр задал высокую планку для всей региональной службы родовспоможения.

Председатель ФФОМС особо отметила, что доступность этой высококвалифицированной медицинской помощи даже самому тяжёлому контингенту беременных женщин и новорождённых обеспечивается полисом обязательного медицинского страхования.

Ксения САПОЖНИКОВА,
внест. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

Фото
Виктора ИВАЩЕНКО.

Уважаемые коллеги!

По традиции в третье воскресенье июня мы отмечаем наш главный профессиональный праздник – День медицинского работника. Сердечно поздравляю всех, кто по зову сердца связал свою судьбу с благородной профессией медика.

Дорогие коллеги, своим ежедневным трудом, высоким чувством ответственности и долга, добротой и милосердием вы подтверждаете высокое звание медицинского работника.

Ни один, даже самый современный прибор не может заменить профессионализма и мастерства медиков, чуткого и внимательного отношения к пациенту, заложенного в традициях отечественной медицины.

За последние несколько лет в отечественной медицине многое изменилось: получили развитие медицинская наука и инновационные технологии в сфере здравоохранения, были построены новые высокотехнологичные центры, существенно обновлено оснащение больниц и поликлиник, значительно выросла доступность высокотехнологичной медицинской помощи. Главная заслуга во всех этих изменениях принадлежит вам.

Позвольте пожелать всем медицинским работникам нашей страны, чтобы наша работа, направленная на сохранение жизни и здоровья других людей, придала каждому врачу, фельдшеру, медицинской сестре жизненных сил и душевной крепости!

Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ.

* * *

Дорогие медики!

Сердечно поздравляю вас с профессиональным праздником – Днём медицинского работника!

В медицину приходят по призванию: ведь для того, чтобы помогать людям, мало обладать глубокими знаниями и отработанными навыками, необходима душевная щедрость, милосердие, чуткость и сердечность. Вы посвятили свою жизнь самому гуманному и благородному делу – спасению здоровья и жизни людей. По первому зову вы спешите на помощь – и в своём стремлении исцелить человека совершаете порой невозможное.

Все вы помогаете людям преодолевать душевные и физические страдания, побеждать боль, возвращаете им надежду. Ваша верность врачебному долгу заслуживает только восхищения!

Основные современные приоритеты государственной социальной политики – развитие комплекса качественных и доступных медицинских услуг, создание пациенториентированной модели здравоохранения, формирование профилактической среды, повышение уровня оплаты труда медиков. Мы вместе будем решать самые сложные и актуальные вопросы.

Искренне желаю, чтобы в ваших душах не иссякал источник доброты и человеколюбия! Пусть вам самим не изменяют крепкое здоровье и оптимизм! Мира, счастья и благополучия!

Наталья СТАДЧЕНКО,
председатель Федерального фонда обязательного
медицинского страхования.

* * *

Дорогие друзья!

Сердечно поздравляю вас с Днём медицинского работника! Ваш нелёгкий труд на благо людей был и есть каждодневный подвиг, достойный преклонения и уважения. На вас возложена миссия огромной ответственности – охранять здоровье россиян. Выбрав этот нелёгкий путь, вы всегда стремитесь помочь людям, облегчаете боль и страдания больного человека, дарите надежду на выздоровление, а порой и спасаете его жизнь.

Поэтому ваш благородный труд, сопряжённый с огромной ответственностью, пользуется уважением и почётом среди людей. Вот почему россияне благодарят медицинских работников за терпение и сдержанность, бескорыстный и неустойчивый труд, доброту и милосердие – за всё, что сохраняет миллионам людей жизнь и здоровье, дарит радость и надежду.

Желаю вам, дорогие коллеги, сохранить оптимизм и чувство гордости за свою профессию. Пусть ваш самоотверженный труд приносит радость и удовлетворение. Будьте счастливы и здоровы. Пусть вас никогда не покидает надежда на лучшее будущее, и в любом деле сопутствует успех.

Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель Профсоюза работников здравоохранения,
доктор медицинских наук,
заслуженный врач РФ.

В центре внимания

Защищая интересы медиков

На это держит ориентир Профсоюз работников здравоохранения РФ

Состоявшийся недавно V Пленум ЦК отраслевого Профсоюза определил тактику действий в условиях избранного курса Правительством РФ на минимизацию социальных обязательств государства, оптимизацию расходов в отечественной экономике, что не могло не сказаться негативно и на медицинской отрасли. В целом, по оценкам экспертов, наше здравоохранение недофинансируется приблизительно в 2 раза по сравнению с международными стандартами. Не удивительно, что вторжение в отрасль рыночных принципов привело к снижению социально-трудовых прав и социальных гарантий работников. Медицина по своей природе является стратегическим ресурсом, а потому «перемены» в ней не могут не волновать общество. Открыл пленум председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаил Кузьменко.

Не просто сфера услуг!

Главный докладчик, заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Геннадий Щербakov, напомнил слова Президента России Владимира Путина на заседании Совета при Президенте страны по стратегическому планированию и приоритетным проектам: «...нужно повышать престиж, статус, материальное положение медицинских работников, укреплять их защиту, в том числе и правовую... Здравоохранение, как образование, – это не просто сфера услуг: врачи, учителя выполняют важнейшую для будущего страны и общества работу».

(Продолжение на стр. 8-9.)

Новости

Сертификат здоровья молодой семьи

Пилотный проект, направленный на демографическое развитие Дальнего Востока России, стартовал в Амурской области – первые молодожёны из Благовещенска получили сертификат на приоритетное медицинское консультирование по вопросам планирования семьи и обследование репродуктивной системы.

– Для нас введение сертификата здоровья молодой семьи чрезвычайно важно, поскольку это не секрет, что многие пары страдают бесплодием, – прокомментировала заместитель председателя правительства Приамурья Ольга Лысенко. – Поэтому, говоря в целом о демографической ситуации в регионе, мы намерены и дальше вместе с губернатором области Александром Козловым развивать технологии и проводить те мероприятия, от которых идёт отдача. Мы считаем, что это реальная помощь молодым семьям.

Первые результаты проекта планируется подвести к концу года.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Благовещенск.

Поликлиника на колёсах

Передвижной диагностический модуль приступил к обслуживанию жителей отдалённых поселений районов Волгоградской области. Они имеют возможность пройти медосмотр у специалистов областных больниц. Учитывая, что сейчас у селян напряжённое время сельскохозяйственных работ, да и домашних животных без присмотра не оставишь, поликлиника на колёсах в шаговой доступности от дома – это для них как подарок. Каждый желающий селянин может получить консультацию у таких специалистов, как эндокринолог, кардиолог, невролог, офтальмолог, терапевт. При посещении специалистов можно определить уровень холестерина и сахара в крови, измерить артериальное давление, определить индекс массы тела, проверить органы дыхания, сделать электрокардиограмму.

В составе передвижного модуля работают аппараты УЗИ и маммограф. Все эти мероприятия проходят в рамках объявленного в Волгоградской области года сельской медицины.

Александр КУЗНЕЦОВ.

Волгоград.

Врач оказался лучшим артистом

Гастроэнтеролог Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Фёдор Рытиков получил гран-при Международного фестиваля Chorus Inside Summer, который недавно прошёл в итальянском городе Кьети.

Ф.Рытиков известен как участник телевизионных проектов «Голос», «Большая перемена», а также как вице-чемпион мира по караоке. Артист часто выступает на торжествах в своём университете, радуя зрителей удивительным даром. Кстати сказать, к победам в конкурсах и фестивалях он относится спокойно.

Вот что он рассказал о победе в конкурсе:

– Я давно хотел принять участие в этом фестивале в Италии. На сцене исторического театра в Кьети, которому, кстати, скоро исполнится 200 лет, выступал сам великий Джузеппе Верди, поэтому петь здесь – большая честь. Я участвовал в трёх номинациях, а гран-при получил за исполнение наших народных песен.

Ольга СЛАСТИКОВА.

Москва.

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

Современные технологии

Запевала
в инновационном хоре

Это – Ленинградская областная клиническая больница

Доступность и качество оказания медицинской помощи на первом её рубеже, а именно в поликлиниках, амбулаториях, фельдшерско-акушерских пунктах, останется главной заботой органов власти Ленинградской области на ближайшие годы. Такой вывод можно сделать после совещания на тему развития инновационных проектов в медицине, которое провёл губернатор области Александр Дрозденко.

Разговор главы региона с медиками состоялся не в служебном кабинете, а в стенах Ленинградской областной клинической больницы (ЛОКБ), которая ежегодно «пропускает» порядка 30 тыс. только стационарных больных. «Конечно, больше всего людей получают помощь в первичном звене. Поэтому мы форсируем инновационные проекты, такие как дистанционная диагностика, телемедицина, маршрутизация пациентов. В то же время в специализированных клиниках, межрайонных больницах и головном медицинском учреждении создаются центры высокотехнологичной помощи», – констатировал А.Дрозденко.

Запевалой в областном хоре «инновационных голосов» является, конечно же, ЛОКБ. Она – признанный лидер и в регионе, и на уровне страны по внедрению новейших, в том числе эксклюзивных, эндоскопических методик диагностики и лечения рака желудка и толстой кишки на ранних стадиях. Больница стала ядром выстраиваемой в области системы удалённых телемедицинских сеансов. С использованием информационных технологий ведущие специалисты в режиме реального времени по мере необходимости консультируют коллег уже из 17 медучреждений, расположенных на территории Ленинградской области.



Губернатор А.Дрозденко и главный врач Ленинградской областной клинической больницы Т.Тюрина у одного из недавно установленных сенсорных информационных киосков со специальным программным обеспечением в поликлинике ЛОКБ

На совещании отмечалось, что каждый год в реновацию больниц и поликлиник инвестируется около 1 млрд руб. Причём речь идёт не только о капитальном ремонте зданий и об оснащении обновлённых помещений медицинской аппаратурой и оборудованием. «Переформатируется» идеология всего жизненного пространства с целью максимального удобства для работы медицинского персонала и пребывания пациентов.

Так, за последний год изменились до неузнаваемости площади «приёмника», отделений онкогематологии, реанимации и интенсивной терапии, физиотерапии, клинко-диагностической лаборатории, входной группы вестибюля главной ленинградской больницы. Этот опыт, как правило, замечают и примеряют на себя многочисленные гости. Скажем, после посещения ЛОКБ в апреле крымской делегацией Государственного совета Республики Крым во главе с председателем Владимиром

Константиновым профильная комиссия крымских законодателей по здравоохранению сочла увиденную парадигму развития медицинской организации за образец к подражанию на полуострове...

Также на отраслевом совещании с участием губернатора командой специалистов из Комитета по здравоохранению Ленинградской области были подведены промежуточные итоги выполнения инновационных проектов «Вежливая регистрация», «Дистанционное диспансерное наблюдение». Обсудили организаторы, кроме того, ход реконструкции Ленинградского областного центра медицинской реабилитации в Коммунаре, рабочие вопросы развёртывания онкологического центра в Кузьмолово и предстоящего сооружения областной детской больницы с поликлиникой в Сертолово.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Акценты

Уникальные достижения и возможности детской онкологии, дефицит финансирования детской онкологической помощи, запущенность пациентов, роль и задачи национальной программы по борьбе с онкологическими заболеваниями в решении вопросов детской онкологии стали основными темами пресс-брифинга, который состоялся в НИИ детской онкологии и гематологии им. Н.Н.Блохина.

– Проблема детской онкологии в нашей стране до сих пор остаётся крайне острой и требует особых мер поддержки со стороны государственной власти, – отметил директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, главный онколог Минздрава России, академик РАН Михаил Давыдов.

Ежегодно в РФ заболевают раком примерно 3,5 тыс. детей. Несмотря на то, что по сравнению с заболеваемостью взрослого населения эта цифра мала, государственного финансирования на лечение таких пациентов всё равно недостаточно.

Чтобы двигаться дальше

НИИ детской онкологии и гематологии им. Н.Н.Блохина является единственным в стране, где в пределах одного медицинского учреждения может быть оказан полный объём онкологической помощи, включая все виды онкохирургических вмешательств.

– Самые последние технологии, которые применяются во взрослом институте РОНЦ им. Н.Н.Блохина, экстраполируются в детский институт. У нас практически не бывает отказных или неоперабельных детей, – рассказал директор НИИ детской онкологии и гематологии им. Н.Н.Блохина академик РАН Мамед Алиев. – Все усилия направлены на то, чтобы минимизировать потери от болезни, на улучшение возможностей ранней диагностики и мониторинг населения.

По словам главного детского онколога Минздрава России академика РАН Владимира Полякова на многочисленных професси-

ональных встречах и форумах, 2018 г. предлагается объявить годом онкологии, чтобы сконцентрировать внимание на онкологических проблемах, в том числе на детской онкологии. И, безусловно, в рамках Указа Президента об учреждении десятилетия детства в РФ институтом будут разработаны программы и определены перспективы в развитии детской онкологической службы в стране, которые позволят улучшить результаты лечения и качество жизни излеченных больных. Но реализация и выполнение поставленных задач напрямую будут зависеть от достаточного финансирования педиатрической службы. Онкология – одна из наиболее наукоёмких и одновременно наиболее затратных медицинских специальностей, требующая большого количества финансовых вливаний.

Член Комитета Совета Федерации по социальной политике

Владимир Круглый, комментируя Указ Президента РФ о стратегии десятилетия детства, сказал:

– Оказание помощи детям является безусловным приоритетом государства. И речь идёт не только об онкологии, но и о развитии педиатрической службы в целом. Готовится программа по реконструкции детских больниц в регионах. Если в территориях будет совершенствоваться медицинская помощь детям, включая онкологическую, результаты лечения и выявляемость онкологических пациентов улучшатся.

В.Поляков отметил, что успехи в лечении онкопатологии у детского населения гораздо выше, чем у взрослого. Злокачественные образования у детей имеют другой характер и большую чувствительность к лекарственной, химио- и лучевой терапии. Свою лепту вносит и повышение профессионального уровня специалистов. На базе НИИ детской

онкологии и гематологии существует мощная образовательная база Российской академии последипломного образования, где проходят первичную специализацию и усовершенствование практически все врачи, которые работают в регионах России. Однако, как сообщил М.Алиев, сейчас почти 70% детей, поступающих на лечение в институт, – это пациенты запущенные, с III и IV стадиями заболевания. И если в западных странах выживаемость таких тяжёлых больных составляет около 70-80%, то у нас – 50%. По словам М.Давыдова, не так давно треть больных погибала в первый год выявления заболевания, а сегодня показатели годичной смертности стали резко снижаться. И связано это в первую очередь с тем, что за последние 10 лет финансирование онкослужбы в России увеличилось более чем в 10 раз, но этого всё равно мало, чтобы сохранить положительную тенденцию.

Елена ЦЕБЕГЕВА.

МИА Cito!

Назрaгы

Российский вклад в мировую аритмологию

Выдающиеся российские учёные и кардиохирурги – директор Института хирургии им. А.В.Вишневского академик РАН Амиран Ревишвили, директор Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина академик РАН Александр Караськов и его заместитель по научно-экспериментальной работе член-корреспондент РАН Евгений Покушалов удостоены Государственной премии РФ в области науки и технологий за 2016 г.

Работа, получившая столь высокую оценку, заключается в научном обосновании и внедрении в клиническую практику новой концепции снижения заболеваемости и смертности пациентов с нарушениями ритма сердца. Речь идёт не просто об оригинальной теории природы аритмий, но также о разработке ин-

новационных методов диагностики и лечения патологии и об успешной трансляции данных технологий в клиническую практику.

Российские учёные-медики впервые в мире предложили и реализовали новый подход к профилактике и лечению желудочковых и желудочковых

тахикардий, фибрилляции предсердий. Ими создан уникальный, ранее не используемый в мировой практике алгоритм неинвазивной 3D-диагностики очагов нарушения сердечного ритма, разработаны новые методы малоинвазивного и неинвазивного лечения целого ряда аритмий, а также новый класс фармакологических препаратов для химической денервации левого предсердия.

Редакция «Медицинской газеты» искренне поздравляет лауреатов Государственной премии и желает новых достижений!

Решения

ОНФ считает корректировку недостаточной

Эксперты Общероссийского народного фронта (ОНФ) проанализировали доклад Правительства РФ о корректировке государственных программ для учёта развития социальных учреждений в сельской местности. По их мнению, необходимые целевые показатели, в том числе касающиеся развития социальных учреждений на селе, установлены не для всех госпрограмм. Так, в области здравоохранения не учтены критерии модернизации медицинских учреждений, их технической оснащённости и обеспеченности интернетом. В ОНФ предлагают не снимать соответствующее поручение Президента с контроля.

В докладе Правительства РФ указано, что в рамках госпрограмм уточняются целевые показатели, отражающие развитие организаций социальной сферы, в том числе в сельской местности. С 1 января 2017 г. скорректированы и установлены такие целевые показатели в государственных программах о развитии здравоохранения, образования, культуры и туризма, а также программах «Социальная поддержка граждан», развития сельского хозяйства и регулирования рынков сельско-

хозяйственной продукции, сырья и продовольствия.

Эксперты ОНФ назвали указанные Правительством меры по установлению показателей развития социальных учреждений в сельской местности недостаточными.

«Люди по-прежнему недовольны качеством оказываемой медицинской помощи, нехваткой врачей, доступностью медицинских организаций. И то, что в программе не были учтены критерии модернизации медицинских учреждений и их технической оснащённости, только

создаст новые барьеры на пути повышения эффективности работы медучреждений. Дополнительной головной болью является удалённость медицинских учреждений от некоторых населённых пунктов. Конечно, такие условия, когда пожилому человеку приходится добираться до поликлиники в соседний населённый пункт, – это неприемлемо. Поэтому ОНФ считает поручение об обеспечении доступности услуг в социальной сфере для граждан неисполненным и предлагает не снимать его с контроля», – сообщил координатор Центра ОНФ по мониторингу качества и доступности здравоохранения, депутат Государственной думы РФ, заслуженный врач РФ Николай Говорин.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Москва.

События

В знак почтения

Накануне Дня медицинского работника в стенах Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова прошла ежегодная, уже четвёртая по счёту конференция «Фундаментальная медицина – практическому здравоохранению». Смысл большого собрания медиков видится его организаторам как нелишнее засвидетельствование почтения и глубокого уважения сотрудников научно-исследовательских институтов и работников медицинских вузов к врачам-практикам.

Особенность делового разговора в преддверии профессионального праздника состоит в том, что для участия в нём приглашаются преимущественно молодые врачи.

Признанные учёные, продолжая традиции преемственности петербургской медицинской школы, вводят начинающих коллег в мир последних больших достижений

науки и клинической практики. Не стала исключением и нынешняя встреча наставников с пытливым поколением, на которой, в частности, шла речь о результатах отечественных и мировых исследований. При этом перед аудиторией предстали вовсе не «возрастные», убелённые сединами, а сравнительно молодые учёные мужи, тем не менее сумевшие достигнуть потрясающих успехов в прорывных направлениях фундаментальной и клинической медицины.

Владимир ВЕНИАМИНОВ.
МИА Сити!

Санкт-Петербург.

Статистика

«Бдительный» пол всегда на страже

По статистике Национального антинаркотического союза России, на горячую линию по вопросам зависимости звонят в основном женщины. Однако многие из них обращаются не из-за личных проблем, а для помощи своим близким.

Так, в минувшем году 60% звонков на горячую линию Национального антинаркотического союза по вопросам лечения и профилактики наркомании составили звонки женщин – в основном это молодые жительницы Приволжского и Центрального федеральных округов с высшим образованием. Всего обращений стало больше на 34% по сравнению с предыдущим годом. Растёт и число обратившихся по теме алкоголизма: этот показатель возрос на 8%, и также более половины звонков было от женщин.



Однако большинство из них звонят не из-за своей зависимости, а пытаются помочь близким. «Они первыми бьют тревогу и просят советов для своих родных. Женщин же, нуждающихся в лечении от наркологической зависимости, как правило, в четыре раза мень-

ше мужчин», – прокомментировал ситуацию главный нарколог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы профессор Евгений Брюн.

Алина КРАЗУЗЕ.
МИА Сити!

Москва.

Конкурс

Поздравляем лауреатов!



В преддверии Дня медицинского работника состоялось заседание Центральной конкурсной комиссии, которая подвела итоги Всероссийского конкурса «Лучший врач».

Много лет этот конкурс проводит Министерство здравоохранения РФ, Профсоюз работников здравоохранения РФ и «Медицинская газета». Он отмечается как самое яркое событие, когда вся страна отдаёт дань уважения людям самой гуманной и нужной людям профессии. С победой вас, дорогие лауреаты, отныне вы пополните ряды тех, кто носит высокое звание лучшего доктора России.

«Лучший анестезиолог-реаниматолог»

1-е место – Малкова О.Г., врач-анестезиолог-реаниматолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Свердловская областная клиническая больница № 1», Свердловская область, г. Екатеринбург

2-е место – Азовский Д.К., врач-анестезиолог-реаниматолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н.Сперанского» Департамента здравоохранения г. Москвы

3-е место – Никулинский И.С., врач-анестезиолог-реаниматолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Первая городская клиническая больница им. Е.Е.Волосевич», Архангельская область, г. Архангельск

«Лучший врач по диагностическим исследованиям»

1-е место – Шепелева Л.П., врач-рентгенолог, заведующая отделением лучевой диагностики государственного бюджетного учреждения Республики Саха (Якутия) «Научно-практический центр «Фтизиатрия», Республика Саха (Якутия), г. Якутск

2-е место – Кислякова М.В., врач ультразвуковой диагностики федерального государственного бюджетного учреждения «Поликлиника № 3» Управления делами Президента РФ, г. Москва

3-е место – Катёнов В.Л., врач-рентгенолог областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красногвардейская центральная районная больница», Белгородская область, г. Бирюч

«Лучший врач лабораторной диагностики»

1-е место – Корякина Л.Б., врач клинической лабораторной диагностики Центра лабораторных исследований государственного бюджетного учреждения здравоохранения Иркутска ордена «Знак почёта» областная клиническая больница, Иркутская область, г. Иркутск

2-е место – Мелкумян А.Р., врач клинической лабораторной диагностики Центра лабораторной диагностики городской клинической больницы им. Ф.И.Иноземцева Департамента здравоохранения г. Москвы

3-е место – Ключкова-Абельянц С.А., врач клинической лабораторной диагностики государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Новокузнецкая городская клиническая больница № 1», Кемеровская область, г. Новокузнецк

«Лучший невролог»

1-е место – Тертышник О.Ю., врач-невролог, заведующая консультативно-лечебным отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-практический психоневрологический центр Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва

2-е место – Клейменова И.С., врач-невролог, заведующая неврологическим отделением бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская областная детская клиническая больница № 1», Воронежская область, г. Воронеж

3-е место – Желнин А.В., врач-невролог, заведующий отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Ордена «Знак Почёта» Пермская краевая клиническая больница», Пермский край, г. Пермь

«Лучший неонатолог»

1-е место – Рудницкая Е.А., врач-неонатолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Ненецкого автономного округа «Ненецкая окружная больница», Ненецкий автономный округ, г. Нарьян-Мар

2-е место – Крикунова В.Л., врач-неонатолог, заведующая отделением новорождённых государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Мытищинская городская клиническая больница», Московская область, г. Мытищи

3-е место – Старикова И.Г., врач-неонатолог, заведующая отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Ордена «Знак Почёта» Пермская краевая клиническая больница», Пермский край, г. Пермь

«Лучший оториноларинголог»

1-е место – Буркина В.П., врач-оториноларинголог, заведующая оториноларингологическим отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Видновская районная клиническая больница», Московская область, г. Видное

2-е место – Коновалова И.В., врач-оториноларинголог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Волгоградская областная клиническая больница № 1», Волгоградская область, г. Волгоград

3-е место – Пилипенко А.А., врач-оториноларинголог, заведующий оториноларингологическим отделением бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Ханты-Мансийск

«Лучший педиатр»

1-е место – Гритчина С.Н., врач-педиатр, заведующая отделением организации медицинской помощи детям и подросткам в школах и образовательных учреждениях государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми «Ухтинская детская больница», Республика Коми, г. Ухта

2-е место – Буткач Г.А., врач-педиатр краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой центр охраны материнства и детства № 2», Красноярский край, г. Красноярск

3-е место – Белянова Е.Г., врач-педиатр государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская краевая клиническая больница» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодарский край, г. Краснодар

«Лучший психиатр»

1-е место – Кузьменкова Н.С., врач-психиатр, заведующая психиатрическим отделением бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская клиническая психоневрологическая больница», Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Ханты-Мансийск

(Окончание на стр. 4.)



Конкурс

Поздравляем лауреатов!

(Окончание. Начало на стр. 3.)

2-е место – Шамаков Р.А., врач-психиатр-нарколог, заместитель главного врача по лечебной работе государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Камчатский краевой наркологический диспансер», Камчатский край, г. Петропавловск-Камчатский

3-е место – Куцёва Н.С., врач-психиатр, заведующая психиатрическим отделением областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Старооскольская центральная районная больница», Белгородская область, г. Старый Оскол

«Лучший терапевт»

1-е место – Войщева Е.А., врач-ревматолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарская областная клиническая больница им. В.Д.Середавина», Самарская область, г. Самара

2-е место – Молчанова О.В., врач-терапевт, заведующая кафедрой внутренних болезней краевого государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровский край, г. Хабаровск

3-е место – Яровая И.В., врач-аллерголог-иммунолог, заведующая отделением государственного учреждения здравоохранения «Областная детская больница», Липецкая область, г. Липецк

«Лучший участковый педиатр»

1-е место – Зеленова Т.П., участковый педиатр государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кировской области «Яйская районная больница», Кировская область, п.г.т. Яя

2-е место – Мурадымова Л.И., участковый педиатр государственного автономного учреждения здравоохранения «Азнакаевская центральная районная больница», Республика Татарстан, г. Азнакаево

3-е место – Фомичева Т.П., участковый педиатр бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Ханты-Мансийск

«Лучший участковый терапевт»

1-е место – Реутова Л.И., участковый терапевт государственного бюджетного учреждения здравоохранения Новосибирской области «Тогучинская центральная районная больница», Новосибирская область, г. Тогучин

2-е место – Абдуллина Л.Д., участковый терапевт областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Усть-Илимская городская поликлиника № 2», Иркутская область, г. Усть-Илим

3-е место – Степаненко С.В., участковый терапевт бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Нижевартовская городская поликлиника», Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Нижневартовск

«Лучший эндокринолог»

1-е место – Мишра О.А., врач-эндокринолог, заведующая отделением эндокринологии государственного бюджетного учреждения здравоохранения г. Москвы «Городская поликлиника № 5 Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва

2-е место – Марынич Т.П., врач-эндокринолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Новокуйбышевская центральная районная больница», Самарская область, г. Новокуйбышевск

3-е место – Еленская Т.С., врач-эндокринолог государственного автономного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Кемеровская областная клиническая больница им. С.В.Беляева», Кемеровская область, г. Кемерово

«Лучший акушер-гинеколог»

1-е место – Сонова М.М., врач-акушер-гинеколог, заведующая гинекологическим отделением краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения Департамента здравоохранения г. Москвы «Городская клиническая больница им. С.И.Спасокукоцкого», г. Москва

2-е место – Бородашкин В.В., врач-акушер-гинеколог, заведующий дистанционным консультативным центром государ-

ственного бюджетного учреждения здравоохранения «Иркутская Ордена «Знак Почёта» областная клиническая больница», Иркутская область, г. Иркутск

3-е место – Николаева Л.Б., врач-акушер-гинеколог, заведующая женской консультацией государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер им. Л.С.Барбараша», Кемеровская область, г. Кемерово

«Лучший военный врач»

1-е место – Буткевич А.Ц., главный медицинский специалист, врач-хирург, ВМУ ФСБ России

2-е место – Халимов Ю.Ш., начальник кафедры, начальник клиники военно-полевой терапии федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова» Министерства обороны РФ, г. Санкт-Петербург

3-е место – Храпов Ю.В., начальник нейрохирургического отделения федерального государственного казённого учреждения «413 военный госпиталь» Минобороны России, Волгоградская область

«Лучший врач**медицинской реабилитации»**

1-е место – Сивохина Т.А., врач по лечебной физкультуре, заведующая отделением реабилитации государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Самарский областной клинический онкологический диспансер», Самарская область, г. Самара

2-е место – Епифанов А.В., начальник Центра медицинской реабилитации и спортивной медицины федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Клиническая больница № 85 Федерального медико-биологического агентства», г. Москва

3-е место – Ивасюк Г.В., врач по лечебной физкультуре краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровский край, г. Хабаровск

«Лучший врач общей практики (семейный врач)»

1-е место – Олейникова И.В., врач общей практики (семейный врач) Глебковской амбулатории муниципального бюджетного учреждения здравоохранения «Кушевская центральная районная больница», Краснодарский край, х. Глебовка

2-е место – Сухих Н.В., врач общей практики (семейный врач) государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Ильинская центральная районная больница», Архангельская область, с. Ильинско-Подомское

3-е место – Горшенина А.П., врач общей практики (семейный врач), заведующая отделением общей врачебной практики (семейный врач) государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Ступинская центральная районная больница», Московская область, г. Ступино

«Лучший инфекционист»

1-е место – Мирошник М.Р., врач-инфекционист, заведующая инфекционным отделением бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница», Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Ханты-Мансийск

2-е место – Журавлёв Я.А., врач-инфекционист, заведующий инфекционным отделением краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 10» Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровский край, г. Хабаровск

3-е место – Гуменная Э.Р., врач-дерматовенеролог, заведующая консультативно-диагностическим отделением государственного автономного учреждения здравоохранения «Республиканский кожно-венерологический диспансер № 1», Республика Башкортостан, г. Уфа

«Лучший кардиолог»

1-е место – Тавлуева Е.В., врач-кардиолог государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер им. Л.С.Барбараша», Кемеровская область, г. Кемерово

2-е место – Игнатов С.В., врач-кардиолог бюджетного учреждения Ханты-Мансийско-

го автономного округа – Югры «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр», Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, г. Ханты-Мансийск

3-е место – Григориади Н.Н., врач-кардиолог, заведующая отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Орден «Знак Почёта» Пермская краевая клиническая больница», Пермский край, г. Пермь

«Лучший онколог»

1-е место – Мамонтов К.Г., врач-онколог, заведующий онкологическим отделением рентгенохирургических методов лечения краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Алтайский краевой онкологический диспансер», Алтайский край, г. Барнаул

2-е место – Кривихина М.И., врач-онколог государственного бюджетного учреждения здравоохранения Самарской области «Самарская городская поликлиника № 6», Самарская область, г. Самара

3-е место – Хлебникова С.А., заведующая поликлиническим отделением Кировского областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Кировский областной клинический онкологический диспансер», Кировская область, г. Киров

«Лучший офтальмолог»

1-е место – Зайдуллин И.С., врач-офтальмолог, заведующий детским микрохирургическим отделением государственного бюджетного учреждения «Уфимский научно-исследовательский институт глазных болезней Академии наук Республики Башкортостан», Республика Башкортостан, г. Уфа

2-е место – Саврасова И.И., заведующая глаукомным центром бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская городская больница № 17», Воронежская область, г. Воронеж

3-е место – Мазунин И.Ю., директор областного центра лазерной микрохирургии глаза государственного бюджетного учреждения здравоохранения Нижегородской области «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко», Нижегородская область, г. Нижний Новгород

«Лучший руководитель**медицинской организации»**

1-е место – Ахмедова Л.Ф., главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области «Каргопольская центральная районная больница», Архангельская область, г. Каргополь

2-е место – Стуканов М.М., главный врач бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Станция скорой медицинской помощи», Омская область, г. Омск

3-е место – Байгильдин А.А., главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Башкортостан «Исянгуловская центральная районная больница», Республика Башкортостан, с. Исянгулово

«Лучший санитарный врач»

1-е место – Полякова М.Ф., заведующая отделом организации деятельности, контроля исполнения госзадания, гигиенического воспитания федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Липецкой области», Липецкая область, г. Липецк

2-е место – Медведева Н.В., врач-эпидемиолог, заведующая эпидемиологическим отделом федерального бюджетного учреждения здравоохранения «Центр гигиены и эпидемиологии в Кемеровской области», Кемеровская область, г. Кемерово

3-е место – Неляпина М.В., врач-эпидемиолог областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская детская поликлиника № 3 г. Старого Оскола», Белгородская область, г. Старый Оскол

«Лучший сельский врач»

1-е место – Мелешко И.Н., врач общей практики, заведующий поликлиникой краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Шарыповская районная больница», Красноярский край, с. Парная

2-е место – Боброва Е.А., врач общей практики бюджетного учреждения здравоохранения Воронежской области «Россошанская районная больница», Воронежская область, г. Россошь

3-е место – Казьмин Ю.А., врач общей практики (семейный врач) Лютовской амбулатории бюджетного учреждения здравоо-

хранения Орловской области «Ливенская центральная районная больница» (Орловская область, с. Хвощевка)

«Лучший травматолог-ортопед»

1-е место – Богданов С.Б., врач-травматолог-ортопед, заведующий ожоговым отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края, Краснодарский край, г. Краснодар

2-е место – Полляк Л.Н., заведующий травматолого-ортопедическим отделением № 1 государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», Челябинская область, г. Челябинск

3-е место – Бондаренко А.В., врач-травматолог-ортопед, заведующий вторым травматологическим отделением краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Краевая клиническая больница скорой медицинской помощи», Алтайский край, г. Барнаул

«Лучший фтизиатр»

1-е место – Викторова И.Б., врач-фтизиатр государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Новокузнецкий клинический противотуберкулёзный диспансер», Кемеровская область, г. Новокузнецк

2-е место – Данилова Т.И., врач-фтизиатр государственного казённого учреждения здравоохранения «Ленинградский областной противотуберкулёзный диспансер», Ленинградская область

3-е место – Кудоярова Э.Р., врач-фтизиатр государственного автономного учреждения здравоохранения Республики Башкортостан «Детский противотуберкулёзный санаторий «Толпар», Республика Башкортостан, Чишминский район

«Лучший хирург»

1-е место – Горюнов С.В., врач-хирург, заведующий 17-м отделением гнойной хирургии государственного бюджетного учреждения здравоохранения г. Москвы «Городская клиническая больница № 15 им. О.М.Филатова Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва

2-е место – Мухтаров Р.С., врач-детский хирург государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Салехардская окружная клиническая больница», Ямало-Ненецкий автономный округ, г. Салехард

3-е место – Пономарев А.В., врач-уролог, заведующий отделением онкоурологии акционерного общества «Медико-санитарная часть «Нефтяник», Тюменская область, г. Тюмень

«Лучший эксперт»

1-е место – Фурман М.А., врач судебно-медицинский эксперт государственного бюджетного учреждения здравоохранения Владимирской области «Бюро судебно-медицинской экспертизы», Владимирская область, г. Владимир

2-е место – Витрушин С.В., врач-патологоанатом, заведующий патологоанатомическим отделением федерального государственного бюджетного образовательного учреждения «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Томск

3-е место – Васильева Н.П., врач-судебно-медицинский эксперт, заведующая отделом государственного бюджетного учреждения здравоохранения г. Москвы «Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения г. Москвы», г. Москва

«Лучший стоматолог»

1-е место – Лаптев И.В., врач-стоматолог-ортопед, заведующий ортопедическим отделением автономного учреждения здравоохранения Воронежской области «Воронежская клиническая стоматологическая поликлиника», Воронежская область, г. Воронеж

2-е место – Гилева М.А., детский врач-стоматолог, заведующая детским отделением государственного бюджетного учреждения здравоохранения Пермского края «Краевая клиническая стоматологическая поликлиника», Пермский край, г. Пермь

3-е место – Михаско В.М., врач-стоматолог-ортопед, заместитель отделением краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярская городская стоматологическая поликлиника № 1», Красноярский край, г. Красноярск

«Лучший врач скорой**медицинской помощи»**

1-е место – Бумгартен А.Г., врач скорой медицинской помощи государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Прокопьевская городская станция скорой медицинской помощи», Кемеровская область, г. Прокопьевск

2-е место – Маликова Э.И., врач скорой медицинской помощи государственного бюджетного учреждения здравоохранения Астраханской области «Центр медицины катастроф и скорой медицинской помощи», Астраханская область, г. Астрахань

3-е место – Богданов Д.П., врач скорой медицинской помощи областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи», Смоленская область, г. Смоленск

Фотовзгляд

Необычный проект реализован в этом году Министерством здравоохранения Новосибирской области ко Дню медицинского работника – фотовыставка «Земский доктор». Никакого гламура и пафоса, а просто будни сельской медицины, ежедневная работа врачей, фельдшеров, акушеров глазами фотографа Валерия Кламма.

Архитектор по образованию, фотохудожник по профессии, он не имеет прямого отношения к здравоохранению. Возможно, именно потому работы Валерия на медицинскую тему такие искренние, честные и добрые. Он никогда не приукрашивает реальность «внутримедицинской» жизни, считает главной своей задачей – показать непростую сущность работы людей в белых халатах.

Вот как говорит о проекте «Земский доктор» сам Валерий Кламм: «Когда нам плохо, мы

Будни медика крупным планом

Так живёт «земский доктор»



Настроение – отличное! Старший фельдшер отделения скорой медицинской помощи Черепановской ЦРБ Евгений Алексеенко



Некогда позировать, больные ждут. Фельдшер скорой медицинской помощи Тогучинской ЦРБ Дмитрий Трушин



ВМП по-земски. Оперирует оториноларинголог Искитимской ЦГБ Любовь Бобрышева



Операция прошла успешно. Хирург Искитимской ЦГБ Елена Галимова

часто сердимся и на свою боль-
беспомощность, и на тех, кто нам
как-то не так помогает. Между
болеющими и лечащими порой
непростые отношения, потому что
не всё возможно, не всё зависит
от конкретного лекаря. Моим
первым фото-погружением в
медицину были съёмки в Ново-
сибирской областной больнице
в 2014 г. И в той городской ситу-
ации, и в нынешних поездках по
райцентрам и деревням региона
мне было важно попытаться пере-
дать дух профессии медика в
портретах, репортажных кадрах,
каких-то говорящих деталях.
Быть понятыми – это важно для
лечащих. И для всех нас».

**Елена БУШ,
корр. «МГ».**



Занятие по лечебной физкультуре ведёт заведующая врачебно-физкультурным диспансером Искитимской ЦГБ Наталья Кулинич



Есть на селе молодые доктора! Акушер-гинеколог Черепановской ЦРБ Мухбира Шухратбек-Кизи



И полечит, и утешит. Фельдшер Людмила Абышева (село Лебедево, Тогучинская ЦРБ)

Фельдшер Верх-Мильтюшихинской участковой больницы Черепановской ЦРБ Екатерина Желак работает здесь почти полвека!

Медицинская статистика отмечает увеличение числа иностранцев, приезжающих на лечение в Россию. Если раньше в это трудно было поверить, то теперь – это реальность. На такую тенденцию обратила внимание министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в ходе работы итоговой коллегии медицинского ведомства. Это становится ещё более значимым фактом, когда иностранцы приезжают на лечение в региональные клиники. «МГ» уже рассказывала о Центре патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных и двигательных нарушений Министерства здравоохранения Республики Марий Эл. Профессор Виктор Севастьянов, возглавляющий лечебное учреждение, не раз консультировал больных из зарубежья. На лечение в марийский центр приезжают даже пациенты из благополучной Европы.

Заграница нам не помогла

Двадцать лет назад гречанка Виолетта Абави с молдавскими корнями впервые приехала в этот тихий регион России, чтобы проконсультировать свою дочь, родившуюся с явными отклонениями. Марика имела плохое зрение, с трудом училась ходить. С годами обнаружилось серьёзное отставание в умственном развитии.

– Мы обращались в греческие клиники, побывали даже в Англии, Италии и Германии, – рассказывает В.Абави, приехавшая на очередной курс лечения в Йошкар-Олу. – Я всюду умоляла, просила помочь моей дочери. Но никто нам не ставил точного диагноза. От безысходности стала знакомиться и с возможностями лечения в других странах. Случайно узнала о докторе В.Севастьянове. Он тогда возглавлял отделение в Республиканской детской больнице. Мне показался рассказ о его работе обнадеживающим и правдивым. Стали собираться в дальний путь. Переехав в Грецию из Молдавии, русский язык, естественно, знала с детства. Лечащий греческий врач, узнав о наших планах, только покачал головой: вылечить, мол, такого ребёнка невозможно. И намекнул, что лучше от него отказать, родить второго.

Не буду описывать, как мы приехали в 1991 г. в этот Поволжский регион. Осмотрев Марику, профессор В.Севастьянов сказал: «Мы поможем вашему ребёнку выздороветь». Было решено пройти несколько назначенных курсов.

Потом родился сын. Казалось, вот уж он будет здоровым! Но бывает же такое невезение, что и второй ребёнок у Виолетты родился проблемным. На очередной курс пришлось взять и его. Так профессор В.Севастьянов стал лечить двоих детей из Греции.

С помощью собственных методик

– Поскольку в данном случае заболевание наблюдалось у сестры и брата, то мы заподозрили ауто-сомно-доминантное заболевание нервной системы, – вспоминает профессор В.Севастьянов. – В те времена мои исследования заинтересовали известнейшего невролога академика А.Вейна. Я приехал в Москву, чтобы познакомиться его с некоторыми их результатами. Именно он посоветовал обратиться по вопросу лечения таких больных, как Марика, к руководителю отдела нервно-мышечной патологии Всероссийского миастенического центра (в те времена НИИ общей патологии и патофизиологии РАМН) профессору Борису Гехту. Он занимал лидирующие позиции в изучении патологии периферического нейромоторного аппарата, развития различных форм патологии мотонейронов, нервно-мышечной передачи, периферических нервов и мышц. Борис Моисеевич помог оптимизировать параметры

Наши коллеги

Маленькие-большие победы

С Днём медицинского работника поздравляют российских врачей и иностранцы



Профессор В.Севастьянов с врачами центра на сеансе телемедицины с Национальным научно-практическим центром нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко консультируют пациента

электростимулов для лечения пациентов с этим заболеванием. И мы стали применять не только медикаменты, но и собственные методики.

После 2000 г. семья из Греции стала приезжать в Йошкар-Олу один раз в год. Таким образом, суммировав все курсы, – лечение продолжалось целые годы. Но оно того стоило. Дети стали лучше видеть и учиться в школе. Сын Виолетты позже овладел профессией повара и преуспел на этом поприще.

– Чудеса случаются редко, – уверен В.Севастьянов. – Чтобы лечение подействовало, нужно минимум 3-5 курсов, после которых может последовать улучшение состояния. Не редкость, когда надо пройти 8 курсов лечения. Но не у всех родителей хватает терпения, времени, наконец, денег, чтобы столько потратить на борьбу за здоровье своего ребёнка. Когда родители с первых посещений центра видят улучшение состояния детей, то это лучшая мотивация продолжить лечение. Тогда они приезжают и второй, и третий, и десятый раз. Гораздо труднее с теми, кому можно помочь, но для этого вместе с больным ребёнком и его близкими надо пройти более длинный путь.

Профессор В.Севастьянов всегда старается назначать самые

современные лекарства. Ведь методы лечения совершенствуются. Но, к сожалению, медикаменты за последние годы серьёзно повысились в цене. Понимая, что родителям будет трудно привести ещё раз больного ребёнка, он советует им обратиться в благотворительные фонды за помощью. Сегодня центр в Марий Эл сотрудничает с 42 из них. Сотрудники центра стараются помочь, правильно оформить родителям просьбу о выделении средств на лечение их ребёнка. И это срабатывает.

Ни для кого не секрет, что очень сложно качественно назначить терапию ребёнку, страдающему патологией, которая зачастую считается incurable, если все назначения соизмерять с тарифами по ОМС. Достаточно сказать, что один препарат, например ретиналамин, стоит порядка 4 тыс. руб. А ведь ещё надо провести различные процедуры, которые также требуют материальных затрат. Плюс питание, оплата центром потребляемого электричества, коммунальных услуг, зарплата медицинских работников и обслуживающего персонала.

Последовательная реабилитация

– Комплексное воздействие самых современных медикаментов,

воздействующих и на гипоталамус, различных физиотерапевтических технологий, уникальные методики лечения с использованием лазерного излучения, электростимуляции, занятия с психологами и педагогами, музыкотерапия, занятия с хореографом дают положительные результаты при лечении детей, имеющих серьёзные заболевания зрения, слуха, страдающих синдромом Дауна, отстающих в развитии, – вступает в разговор заведующий кафедрой неврологии Московского государственного медикостоматологического университета им. А.И.Евдокимова, профессор, учёный, имеющий уникальный опыт клинко-инструментального исследования смерти мозга Игорь Стулин. – Эффективность именно подобного подхода к каждодневной практике демонстрирует руководитель Центра патологии речи и нейрореабилитации, нейросенсорных и двигательных нарушений Минздрава Марий Эл профессор В.Севастьянов. В его клинике в 50-60% случаев такое лечение даёт результат, позволяя частично восстановить зрение и слух. К сожалению, дети с подобными отклонениями в здоровье неизбежно отстают в своём развитии. Поэтому ещё одна важная особенность клиники профессора

В.Севастьянова – здесь лечат малышей с нарушениями слуха, зрения, речи, двигательной активности. То есть подобная всесторонняя помощь оказывается в одном лечебном учреждении. А не так, как бывает: одно заболевание лечат в неврологическом, другое – в оториноларингологическом, третье – в офтальмологическом, а порой вообще советуют госпитализироваться в психиатрическое отделение. Здесь крайне редко говорят родителям «это не наш пациент», не отказывают в госпитализации, несмотря на то, что ребёнок страдает очень серьёзными заболеваниями. Вера профессора В.Севастьянова и его коллектива в выздоровление, применение ими самых современных медикаментозных методик, уникальных технологий терапевтического лазерного лечения, использование многоканальной программируемой электростимуляции дают долгожданный результат. Жаль, что таких клиник, где очень серьёзно занимаются лечением с последующей реабилитацией, в нашей стране ещё недостаточно. За границей, в Швейцарии, уже начали разрабатывать медикаментозную реабилитацию тяжёлых пациентов детского возраста.

В клинике В.Севастьянова надежда обретает реальность. Очередь сюда больных из других регионов России и стран достигает до 3 лет, хотя профессор консультирует больных и некоторым назначает лечение в домашних условиях.

В последние годы отечественное здравоохранение делает ставку на интенсивные методы лечения. А реабилитация детей, страдающих хроническими заболеваниями, требующая больших денег и времени, до сих пор не рассматривается как важный приоритет. В результате состоятельные люди куда только не летают, чтобы их детям помогли нормально развиваться. Это уже не только Европа, Израиль, но и Китай, который становится также популярным направлением медицинского туризма. Хотя курс лечения в клинике, аналогичной центру В.Севастьянова, стоит в Поднебесной не так дорого, если сравнивать со Старым континентом – около 600 тыс. руб. Но гречанка В.Абави ни о каком Китае и слышать не хочет, для неё лучшая клиника мира находится в Йошкар-Оле.

– Разговаривала с соседкой по палате и вспоминала себя, – вздыхая говорит она. – Двадцать лет назад с таким же, как казалось, неизлечимым ребёнком я приехала в этот маленький российский город. И именно он подарил мне уверенность, что мои дети не вырастут инвалидами. Профессор В.Севастьянов немногословен, но он умеет подобрать слова, которые дают уверенность в успехе лечения. Несколько месяцев назад он позвонил в очередной раз нам в Грецию, чтобы узнать, как здоровье у детей, приедут ли они на очередной курс реабилитации. Мне кажется, таким людям Бог должен подарить вечность. Как он любит своих маленьких пациентов, как внимательно ими занимается, насколько профессионально относится к проблеме каждого. Таких врачей помнят тысячи спасённых пациентов.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Москва – Йошкар-Ола.

ИЗ ДОСЬЕ «МГ»:

В 2017 г. Нью-Йоркская академия наук отмечает 200-летний юбилей. Это одна из старейших исследовательских организаций США, которая за годы своего существования заняла прочные позиции на мировой научной арене. Изначально основанная как Лицей естественной истории для поддержки науки в Нью-Йорке, сегодня академия видит свою миссию в том, чтобы продвигать научные исследования и знания во всём мире, поддерживать научную грамотность, а также содействовать решению глобальных проблем общества с помощью научно обоснованных решений. Осуществляется эта миссия, в том числе, посредством предоставления экспертам в самых разных областях знаний возможностей для продуктивного диалога. Для этого создаются рабочие группы, организуются семинары, «круглые столы», междисциплинарные конференции в Нью-Йорке и по всему миру.

Под эгидой организации действует несколько программ, направленных на создание исследовательских сообществ в таких междисциплинарных областях, как системная биология, новые инфекционные заболевания, геномная медицина, предсказательная токсикология, рак и передача сигналов, экологическая наука и устойчивость, физика конденсированного состояния вещества, количественные финансы и многие другие.

В разные годы членами академии были такие выдающиеся деятели мировой науки, как Томас Эдисон, Луи Пастер, Чарльз Дарвин, Маргарет Мид, Александр Белл и Альберт Эйнштейн. Сегодня президентский совет академии включает 30 лауреатов Нобелевской премии, а также руководителей организаций, филантропов и глав национальных агентств по финансированию науки. Академия насчитывает более 20 тыс. членов из 140 стран мира.

К своему 200-летию академия выпустила юбилейное справочное издание, содержащее общую информацию о действующем персональном составе организации, а также, по согласованию с членами, их контактные данные. Среди выдающихся учёных разных отраслей науки, фотографии которых опубликованы на страницах издания, есть главный врач Центра патологии речи и нейрореабилитации нейросенсорных и двигательных нарушений Министерства здравоохранения Республики Марий Эл, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач Республики Марий Эл и РФ Виктор Севастьянов, который уже более 20 лет является действительным членом Нью-Йоркской академии наук. Взаимодействие с ней даёт возможность принимать участие в конференциях, проводимых академией, получать современную научную литературу о новых научных разработках, проектах.

Авторитетное мнение

Академик РАН Михаил ДАВЫДОВ:

Наша супер-задача —
минимизировать потери

Время «разбрасывать полномочия» прошло. Настало время их собирать

В июне профессиональное сообщество российских онкологов на IX съезде в Уфе должно будет рассмотреть и принять программу Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на период 2018–2030 гг. Событие беспрецедентное: долгосрочной государственной антираковой программы в нашей стране никогда не было.

Помимо этой темы в интервью «МГ» главный онколог Министерства здравоохранения РФ, директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, академик РАН Михаил ДАВЫДОВ прокомментировал и другие не менее важные события и явления в отечественной медицине.

Время «собирать полномочия»

— Михаил Иванович, возможна ли вертикаль контроля и управления в онкологической службе страны? И нужна ли она? Вопрос не праздный: если Федеральный закон № 95-ФЗ о разграничении сфер ответственности между федеральным центром и регионами в каких-то областях экономики и сыграл положительную роль, то точно не в здравоохранении. Медициной управляют губернаторы в соответствии со своими представлениями и с возможностями регионального бюджета.

— Вы затронули очень болезненную тему. Уже много лет идеологические, кадровые и в значительной степени финансовые вопросы здравоохранения решаются на уровне региональных властей. Полномочия главных специалистов Минздрава России в этом смысле резко ограничены.

Мы можем взаимодействовать с коллегами из регионов на уровне методических рекомендаций, клинических консультаций, советов. В то же время прямая вертикаль подчинённости, управления и контроля нет. Но она нужна. Федеральное Министерство здравоохранения и его институт главных специалистов должны выстраивать и реализовать под своей эгидой не только стратегию лекарственного обеспечения, но и решение кадровых вопросов, материально-технического оснащения учреждений онкологического профиля в соответствии с тем, как понимаются эти задачи в федеральном масштабе, а не местечковом.

— Под словами «кадровый вопрос» вы имеете в виду назначение главных онкологов в субъектах РФ и главных врачей онкодиспансеров?

— Да. Многие из них не имеют специальности «онколог» и вообще никакого отношения к данной области медицины, а назначаются по иным критериям, которые определяют местный минздрав и губернатор.

— Как должно быть в идеале?

— В идеале кандидатура должна быть согласована с главным специалистом Министерства здравоохранения РФ. А определять идеологию и кадровую политику онкологической службы в стране в целом, в том числе в регионах, и нести за это ответственность должно головное профильное учреждение — национальный онкологический центр.

— Есть ли среди главных специалистов-онкологов в субъектах РФ такие, кто открыто не справляется со своей работой, и вы рекомендуете губернаторам пересмотреть персоналий?

— Таких эпизодов не было, но это не значит, что в этом смысле всё благополучно. Всем губернаторам были разосланы письма с предложением согласовывать кандидатуры вновь назначаемых руководителей онкологической службы региона с главным онкологом Минздрава России. Никто не отреагировал на наше предложение: пока не было ни одного согласования. Мы не стали давить дальше, потому что понимаем: здравоохранение — зона компетенции губернаторов, и формально они действуют в рамках закона. Но ошибки при кадровых назначениях в такой особой области медицины, как онкология, потом дорого обходятся и региону, и отрасли, и больным.

— Честно говоря, в такой ситуации само существование института главных специалистов

Минздрава России выглядит странным. Вы можете убеждать коллег, уговаривать, увлекать своим примером, но не можете контролировать и спрашивать с них за результаты работы. К примеру, почему в Санкт-Петербурге, Архангельской области, Красноярском крае показатель выявления злокачественных новообразований на ранних стадиях в 2016 г. достиг почти 53%, а в Бурятии — всего 43%?

— Да, есть успешные регионы, и есть откровенные аутсайдеры. Нам надо умудриться в условиях действующего закона о разграничении полномочий между центром и регионами, разного уровня экономического развития регионов, разного уровня технологической и кадровой оснащённости онкологических учреждений решить стоящую перед нами супер-задачу: сделать так, чтобы любой онкобольной мог на любой территории Российской Федерации получить одинаковую по уровню, объёму и качеству высококвалифицированную медицинскую помощь. Иными словами, мы должны минимизировать потери от онкологических заболеваний, повысив раннюю диагностику и эффективность лечения.

— Эта задача будет решена с принятием Национальной противораковой стратегии?

— Что касается национальной стратегии, нам предстоит не просто формально утвердить её на съезде онкологов, но и получить под неё финансирование. Так что всё самое сложное ещё впереди.

Программа пройдёт экспертизу в Минздраве, Минфине России, разных департаментах Правительства РФ. Одновременно вся целиком она не может быть финансово поддержана, потому что таких средств у государства просто нет. Она будет поддержана этапно. Собственно, она и реализовываться должна этапно, ведь, по сути, Национальная противораковая программа представляет собой совокупность региональных противораковых программ. У каждого из субъектов РФ свои приоритетные задачи, и сроки достижения результатов разные, поэтому мы говорим об этапности.

К примеру, перед нами стоит задача сократить срок от постановки диагноза до начала оказания больному специализированной помощи. Это очень сложно сделать, потому что многие регионы — примерно половина — не имеют своей онкоморфологической службы. Там онкологические клиники пользуются услугами областных патологоанатомических бюро, что совершенно неприемлемо. В итоге затягиваются сроки выполнения морфологических исследований, страдает точность диагностики, а, следовательно, запоздывает начало лечения.

Нужно создать в каждом областном онкологическом диспансере собственную онкоморфологическую службу. Главный патологоанатом Минздрава России академик Г.Франк уже неоднократно об этом говорил.

— Программа наверняка устанавливает и некие индикаторные показатели эффективности работы онкослужбы? Ответственным за их достижение будете вы как главный специалист. А как же рычаги влияния, которых у вас, по сути, нет?

— Рычаги влияния сейчас формируются. Главные специалисты федеральных округов и главные специалисты регионов с принятием программы должны будут находить-

ся с нами в более тесном взаимодействии. Плюс к этому, работает постоянно действующая комиссия Министерства здравоохранения РФ по онкологии, которая мониторит ситуацию в территориях и выявляет болевые точки.

Хотя, повторюсь, ситуация на самом деле непростая. Оперативность решения вопросов онкослужбы в регионах оставляет желать лучшего при том, что ни один губернатор публично не сказал: не хочу и не буду развивать эту область здравоохранения. Однако контроль эффективности её работы, по большому счёту, не везде должностной, решение кадровых вопросов тоже небезупречное.

В качестве положительного примера могу привести Республику Чувашия, где глава региона принимает активнейшее участие в организации работы онкологической службы, её совершенствовании, и служба действительно на очень хорошем уровне.

Тональность общения огорчает

— К вопросу о взаимодействии. Федеральные медицинские центры других профилей уже столкнулись с проблемой, когда регионы не хотят направлять сюда своих пациентов, так как «за пациентом уходят деньги». В свою очередь, самим федеральным учреждениям стало невыгодно брать высокотратных больных из регионов, потому что стоимость квоты ограничена, а лечение такого пациента, как правило, выходит за рамки одной квоты. В итоге интересы учреждений иногда становятся выше интересов больного. Онкологической службы это тоже коснулось?

— Регионы охотно направляют к нам умирающих больных, носителей. Особенно когда родственники начинают давить на местных медиков, те дают безнадёжному больному квоту: поезжай в Москву, в онкоцентр. Это мы видим часто, и тут впору ставить вопрос о компетентности главного врача регионального онкодиспансера, который такого больного отправляет в столицу на лечение вместо того, чтобы оказать ему паллиативную помощь на месте либо вызвать специалистов из федерального центра к себе. Но отсутствие прямой субординации, о чём мы уже сказали выше, не даёт мне, как главному специалисту, права такой вопрос поставить.

А вообще с момента появления лозунга «деньги идут за пациентом» произошла деморализация системы здравоохранения страны. Советский врач не должен был думать о том, что сколько стоит, его задача была — оказать больному помощь. А российский врач должен считать, по какому каналу финансирования госпитализировать пациента, чтобы его лечение было оплачено выгоднее: по ВМП, по ОМС или по ОМС-ВМП? Другими словами, врачи бросились зарабатывать деньги, что неизбежно отражается и на тональности отношений «пациент-врач», и, естественно, на результатах.

Форма и принципы финансирования в российском здравоохранении сегодня предельно неадекватные, с моей точки зрения. Страховая



«Бей своих» — плохой лозунг

— Михаил Иванович, как вы относитесь к идее популяризации российской медицины и медицинской науки? Недавно в эфире одной телепрограммы её ведущий настойчиво пытался убедить своего гостя — известного российского уролога профессора Дмитрия Пушкаря — и вместе с ним зрителей, что за границей медицина хорошая, а у нас плохая. Журналист пожаловался, что, когда он порвал связку, играя в теннис, ему пришлось оперироваться в Европе. Но когда профессор Д.Пушкарь спросил, обращался ли его визави за консультацией к российским специалистам, тот честно сказал: «Нет». Как, по-вашему, на чём основано это предвзятое недоверие? Не кажется ли вам, что мы мало рассказываем о достижениях наших врачей и учёных?

— Достижения российской медицины в разных её разделах разные. К примеру, безусловное мировое лидерство в онкохирургии принадлежит нашим федеральным онкоцентрам. В том, что касается рукотворчества хирургов, нам действительно есть чем гордиться. Не все, кто восторженно смотрит в сторону Запада, знают, что мы иногда повторно оперируем онкобольных, которые уже проходили лечение в Германии, Израиле и других странах. Я сам неоднократно проводил показательные операции для японских, немецких, французских, американских хирургов.

В некоторых разделах они просто не делают того, что делаем мы. К примеру, буквально вчера в РОНЦ впервые в мире выполнили операцию повторной пластики пищевода при злокачественном новообразовании.

— Впервые в мире?

— Мы не нашли в литературе информации о подобных вмешательствах. Данному пациенту 4 года назад уже была проведена операция по поводу рака пищевода, выполнена пластика, но возник рецидив опухоли в этой зоне. Никто в мире не берётся оперировать таких больных повторно, а мы взялись. В первый раз ему выполнили протезирование пищевода желудочной трубкой, а повторную пластику я сделал из толстой кишки. Результат хороший.

Есть у отечественной медицины преимущества и по другим разделам. Но есть и тормоза. К сожалению, мы не имеем сегодня собственного радиологического оборудования, и в этом разделе технологически отстаём от западных стран. Остро стоит задача импортозамещения, но её реализация невозможна за один день, слишком большое — лет на сорок — произошло отставание, в течение которого мы не развивали данную отрасль науки и промышленности.

Также мы слишком долго подступались к тому, чтобы начать разработки новых лекарств, в частности противоопухолевых: в стране фактически не было фармацевтической промышленности. Сейчас она восстанавливается, и уже начались по-настоящему новаторские научные исследования.

Словом, своих ругать нельзя — своих надо поддерживать. При этом, конечно, нужно видеть собственные изъяны и оперативно их исправлять.

Беседу вела Елена БУШ,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Повестка заседания «О состоянии и уровне оценки труда работников здравоохранения в современных условиях» назрела и связана с выполнением Указа Президента РФ от 7 мая 2012 г. Если вспомнить ситуацию тех дней, то медицинское сообщество ждало больших изменений, так как внимание было обращено на значимость их труда. Все надеялись на обнадеживающие перемены в оценке труда, кадрового сбережения и престижа профессии медика. Решение этих вопросов в конечном счёте влияло бы на повышение качества и доступности медицинской помощи российским гражданам.

Одной из целей Майских указов был рост благосостояния врача, медицинской сестры, санитарки. За последние годы среднестатистический уровень номинальной заработной платы у этих категорий работников вырос. По итогам 2016 г. у врачей средняя зарплата составила 50 тыс. руб., у среднего медицинского персонала – 28 тыс., а у младшего медперсонала – 18 тыс. Но при этом надо иметь в виду, что коэффициент совместительства в здравоохранении составляет, по данным Минздрава России, 1,4, а на практике – 2 и более, обратил внимание докладчик.

Не один год продолжаются споры между властью и медицинскими работниками, которые упорно опровергают рапорты чиновников об успешном выполнении Майских указов, что их реальные размеры заработной платы не имеют ничего общего со среднестатистическими. Объективным подтверждением стали данные, полученные по результатам социологического опроса 1,5 тыс. врачей, медсестёр, санитарок в рамках научно-исследовательской работы, проведённой по заказу профсоюза Академией труда и социальных отношений. Так, зарплата по основному месту работы около трети врачей укладывается в пределах от 10 тыс. до 19,9 тыс. руб., ещё около трети врачей – от 20 тыс. до 29,9 тыс. При этом доля медицинских работников, которые полностью удовлетворены своей зарплатой по основному месту работы, не превышает 3%. А общий уровень негативных оценок заработной платы среди участников исследования составил 86-94%, то есть подавляющее большинство.

Настораживающим фактом является снижение за последние 4 года фактических размеров заработной платы у каждого третьего из числа опрошенных. Динамическая оценка официальных статданных, которую регулярно проводит ЦК Профсоюза, также свидетельствует об уменьшении в 2016 г. по ряду субъектов РФ размеров оплаты труда по категориям работников. Исполнение указов осуществляется в основном за счёт возрастающей нагрузки на медицинских работников, дополнительных видов работ в условиях кадрового дефицита. Среди участников социологического опроса доля работающих свыше 60 часов в неделю с учётом дополнительной занятости достигает более 40%.

Президент в своём указе называет в качестве ориентира среднюю заработную плату в привязке к региону. Но в Правительстве своя новация – в 2015 г. устанавливается иной ориентир – так называемый среднемесячный доход от трудовой деятельности, что автоматически понизило величину этого ориентира на 11-15%.

Экономическая политика исполнительной власти ведёт к открытому занижению цены труда, что подтверждается в том числе изменением сроков достижения целевых показателей «дорожных карт», их корректировка с определением итогового периода не в 2017 г., а в 2018 г., то есть на один год позднее. При этом изменения в соответствующие распоряжения Правительства РФ не внесены, в рамках социального партнёрства они не обсуждались. Неоднократ-

ные возражения на этот счёт отраслевого профсоюза правительством во внимание не были приняты.

Таким образом, констатировал докладчик, долгожданные 200% от средней зарплаты в экономике региона врачи дождутся на год позднее, лишь в 2018 г.

Что происходит с совершенствованием систем оплаты труда?

За 2016 г. не выполнены региональные «дорожные карты» в отношении врачей в 21 субъекте РФ, среднего медицинского персонала – в 13, младшего медицинского персонала – в 34. Анализируя ход выполнения Указа № 597, нельзя не отметить ещё одну важнейшую

В центре внимания

Защищая интересы медиков

На это держит ориентир Профсоюз работников здравоохранения РФ

его составляющую. Это совершенствование самих систем оплаты труда, на что была направлена соответствующая программа, утверждённая Правительством страны. Она состояла в установлении базовых окладов в бюджетной сфере по профессиональным квалификационным группам, а также в увязке через «эффективный контракт» размеров заработной платы с результатами качественного труда как работников, так и коллектива учреждения в целом. Но все предпринятые профсоюзом попытки побудить Минтруд России к решению этих вопросов до сих пор не дали положительного результата. Обозначенный программой 2015 г. как срок утверждения базовых окладов Правительством страны не выполнен.

Надо отдать должное, в течение 2 лет профсоюз совместно с Минздравом России проводит целенаправленную работу по совершенствованию систем оплаты труда, исходя из увеличения гарантированной части (должностного оклада) в структуре зарплаты, что должно стать основой для утверждения единых базовых окладов. В 72 субъектах структура заработной платы пересмотрена. Но, к сожалению, в условиях отсутствия дополнительных финансовых средств лишь в 25 из них удалось в полном объёме достичь рекомендованного соотношения составных частей зарплаты.

В подавляющем большинстве регионов оклады для младшего медицинского персонала не достигают МРОТ, а в 32 – даже и для врачей.

Докладчик обратил внимание заместителя министра здравоохранения Российской Федерации Сергея Краёвого, присутствовавшего на пленуме, на совершенствование систем оплаты труда федеральных бюджетных и автономных учреждений, в том числе образования, науки, санаторно-курортных. Здесь серьёзный провал – до настоящего времени не пересмотрены утверждённые ещё в 2008 г. примерные положения по оплате труда. А ведь решение этого вопроса – только в компетенции Минздрава России.

Серьёзной ревизии в структуре заработной платы подверглись и выплаты компенсационного характера, в том числе за вредные и опасные условия труда. Это вызывает справедливое недовольство в коллективах. Для их разрешения требуется совместная проработка вопросов на уровне Профсоюза и его организаций, Минздрава и Минтруда России.

Не менее актуальной, подчеркнул докладчик, сохраняется проблема, связанная с минимальной гарантией в уровнях оплаты тру-



М. Кузьменко

го требования должно быть оценено соответствующим образом. Но при этом ЦК Профсоюза считает также необходимым учитывать, что допущенные нарушения в оформлении медицинской и отчётной документации могут быть обусловлены и объективными причинами, связанными и с уровнем материально-технического оснащения, и со значительным кадровым дефицитом, и с чрезмерной интенсификацией труда врача, медсестры, их психоэмоциональными нагрузками, с огромным объёмом документации, и с проблемами в компьютеризации и т.д.

В докладе был поднят вопрос о разработке отраслевой рамки квалификаций как составляющей части в системе Профессиональ-

цинской общественности. А реализация Майских указов Президента является приоритетом в деятельности отраслевого профсоюза и его организаций в лечебных учреждениях. Поэтому так обстоятельно и доказательно обсуждались на последнем профсоюзном форуме состояние и уровень оценки труда работников и финансового обеспечения отрасли. Из доклада очевидно, что не всё намеченное выполнено. Это же констатировалось и в развёрнутом постановлении пленума ЦК Профсоюза. Поправить положение может усиление координации деятельности всех профсоюзных организаций, повышение эффективности его взаимодействия с социальными партнёрами, используя при этом



Г. Щербаков

ных стандартов специалистов в сфере здравоохранения.

Профсоюзы неоднократно призывали остановить распространение мер жёсткой экономии на социально значимые институты, уделить внимание достойной оценке труда работающих.

Принимая во внимание состояние и уровень оценки труда работников здравоохранения в современных условиях, президиум ЦК Профсоюза считает необходимым обратиться в адрес Президента страны с просьбой его личного содействия в принятии конкретных решений по регулированию обозначенного вопроса.

Масштабность задач, стоящих перед здравоохранением в современных условиях, требует внесения принципиальных изменений в механизм управления отраслью, воссоздания на новой основе элементов централизации этой стратегической сферы деятельности, по сути, обеспечивающей национальную безопасность.

Профсоюз выступает за социальное партнёрство во всех его формах, и на всех его уровнях и дальше будет энергично защищать права и интересы работников здравоохранения. Делается немало, но предстоит сделать ещё больше, заключил докладчик.

Что делать?

ЦК Профсоюза работников здравоохранения на своих пленумах не раз поднимал вопросы обеспечения социально-экономических и трудовых прав и интересов врачей, среднего и младшего медицинского персонала амбулаторно-поликлинического и стационарного звена с участием широкой меди-

законные права и полномочия отраслевого профсоюза в защите и отстаивании интересов работников здравоохранения.

Что предлагается?

Выборным органам организаций профсоюза принять активное участие в осуществлении контроля за реализацией Указа Президента РФ от 07.05.2012 «О реализации государственной социальной политики», Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 гг., утверждённой распоряжением Правительства РФ федеральной и региональных «дорожных карт» по повышению эффективности здравоохранения.

ЦК Профсоюза, выборным органам его региональных организаций продолжить работу с органами законодательной и исполнительной власти в рамках формирования бюджетов всех уровней бюджетной системы на 2018-2020 гг., исходя из необходимости повышения уровня финансового обеспечения деятельности здравоохранения и оплаты труда работников.

По итогам первого полугодия 2017 г. совместно с органами управления здравоохранением и фондами ОМС провести мониторинг ситуации о состоянии оплаты труда работников в ходе исполнения принятых бюджетов. По результатам их анализа рассмотреть возможность и целесообразность подготовки предложений в Российскую и региональные трёхсторонние комиссии по регулированию социально-трудовых отношений, Госдуму России, органы законодательной власти субъектов РФ

о внесении соответствующих изменений в бюджеты, в первую очередь, связанных с индексацией фондов оплаты труда, а также финансового обеспечения повышения уровня МРОТ с 1 июля 2017 г.

Продолжить работу по совершенствованию систем оплаты труда работников, внесению изменений и дополнений в нормативные правовые акты Минздрава России, Роспотребнадзора, субъектов РФ, соответствующие региональные соглашения, исходя из необходимости увеличения гарантированной зарплаты (должностного оклада), обеспечения гарантий работников, осуществляющих свою деятельность во вредных (опасных) и иных условиях труда.

Председателям, выборным органам региональных организаций профсоюза рекомендовано активизировать свою деятельность по защите и финансовому обеспечению трудовых, профессиональных, социально-экономических прав и интересов работников в условиях проведения мероприятий по реформированию здравоохранения, реструктуризации сети учреждений и их штатной численности.

Оперативно информировать ЦК Профсоюза о проблемах и нерешённых вопросах обеспечения профессиональных, трудовых прав, повышения уровня оплаты труда работников здравоохранения в рамках реализации планов мероприятий («дорожных карт»).

Активизировать работу по контролю за правильностью исчисления заработной платы работников, реализацией комплекса мер в совершенствовании системы оплаты труда работников учреждений, принятию мер по устранению выявленных нарушений в оплате труда.

Главная задача – работа с органами законодательной и исполнительной власти федерального уровня по разработке и утверждению Комплексной федеральной программы кадрового обеспечения здравоохранения, а также по внесению соответствующих дополнений, предусматривающих комплекс мер социальной поддержки медицинских работников, в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Совместно с Минтрудом и Минздравом России профсоюз продолжает подготовку предложений в Единые рекомендации РТК по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2018 г. для обеспечения единых подходов при формировании условий и размеров оплаты труда с учётом специфики деятельности в сфере здравоохранения.

В постановлении пленума речь также идёт о формировании наказов кандидатам в Президенты РФ, в которых были бы поставлены проблемы социально-экономической защищённости прав и интересов медиков.

Вся надежда на Президента РФ

На пленуме ЦК Профсоюза было принято обращение к Президенту России «Об оплате труда работников здравоохранения». В нём чрезвычайно тщательно и детально изложена ситуация, сложившаяся с оценкой труда медицинских работников.

«Подводя итоги пятилетнего периода реализации вашего Указа от 7 мая 2012 г., можно без преувеличения отметить, что впервые за много лет он определил не только реальные шаги по повышению уровня оплаты труда медицинских работников, но и вызвал среди них широкий положительный резонанс в понимании значимости их труда в российском обществе. С сожалением мы вынуждены констатировать, что меры по его реализации часто направлены на получение формальных, а не истинных результатов оценки труда работников здравоохранения.

При этом ряд решений напрямую искажает смысл Указа. В их числе применение Правительством РФ с 2015 г. показателя «среднемесячный доход от трудовой деятельности по субъекту РФ» взамен обозначенного в вашем Указе целевого показателя «среднемесячная заработная плата по субъекту РФ». В результате существенно уменьшена, а по оценкам экспертов Минэкономки России – не менее чем на 11%, исходная величина, относительно которой определяются индикативные показатели увеличения зарплаты отдельных категорий работников во всех регионах. С учётом изменений сложившиеся по итогам 2016 г. соотношения среднемесячной заработной платы по категориям медицинских работников к показателю среднемесячного дохода от

ков принципиально не меняется. А дальнейшее обострение проблемы и без того крайне низкого уровня материальной оценки труда работников сферы здравоохранения на фоне роста интенсификации их труда не позволит решить и кадровое обеспечение отрасли, что, в свою очередь, сопряжено с ухудшением качества и снижением доступности оказываемой медицинской помощи населению. В этой связи профсоюз считает необходимым принятие на федеральном уровне Комплексной программы по совершенствованию кадровой политики в сфере здравоохранения, ориентированной не только на совершенствование подготовки кадров, повышение квалификации специалистов, но и на решение вопросов достойной оценки их труда, соответствующей

пределения медицинских работников, ставшего острой проблемой в последние годы.

Также Е.Сучкова проинформировала, что прирост субвенции территориальным фондам в 2017 г. утверждён в Федеральном законе о бюджете фонда. Также запланированы необходимые средства на прирост субвенций территориальным фондам на 2018 г. для того, чтобы уже с 1 января 2018 г. заработная плата медицинских работников соответствовала целевым значениям, обозначенным в указе.

Е.Сучкова обратила внимание участников пленума на работу страховых представителей, которые начали свою деятельность с середины 2016 г. «Страховые представители, от оператора контакт-центра до эксперта качества

уборщицы от фирм-исполнителей, которые часто нанимают своих сотрудников из числа мигрантов.

– Мы знаем, что это большая тема, – ответил он. – Но у нас нет нормативного документа, который даёт жёсткие требования к штатному расписанию. Действующее законодательство предоставляет руководителю медицинской организации самостоятельно принимать решение по формированию её структуры, определять численный состав работающих. Таким образом, это устанавливает руководитель медицинского учреждения.

Кроме того, Сергей Краевой напомнил, какие изменения произошли в здравоохранении за последние годы. Но, безусловно, руководство отрасли признаёт, что проблем ещё очень много.

Оплата труда – тема неисчерпаемая

Общий интерес всегда вызывают выступления из регионов, основная мысль которых на этот раз была в том, что профсоюз не может позволить снизить жизненный уровень работников здравоохранения страны. Председатель Оренбургской областной организации профсоюза Людмила Варавва подчеркнула, что говорить о повышении качества медицинской помощи без увеличения уровня оплаты труда бессмысленно. Это должны понимать организаторы здравоохранения.

На первый взгляд, Оренбуржье имеет хорошую обеспеченность врачами на 10 тыс. населения, если исходить из среднероссийских показателей. Однако плотность населения в каждой территории разная. И без поправочного коэффициента, сопоставление цифр обеспеченности ни о чём не говорит. На самом деле врачей в городах и районах области не хватает. По официальным данным, коэффициент совместительства достигает 1,4, а по некоторым специальностям доходит до 2.

Программа «Земский доктор» позволила привлечь на работу на село молодых врачей. Но многие из них женщины. Законодательство позволяет им, устроившись на работу в ЦРБ, уйти в декретный отпуск. Между тем ни один из нормативных документов не запрещает засчитывать время ухода за ребёнком в стаж отработки за полученные подьёмные в миллион рублей.

Ещё одна проблема – не удаётся серьёзно поднять уровень гарантированной части оплаты труда, в Оренбургской области для врачей он составляет 11 тыс. руб. Причина – не хватает денег.

Внимания Минздрава России требует и заболеваемость среди медицинских работников, увеличившийся их выход на инвалидность. О борьбе за права медицинских работников в своих регионах рассказали председатели профсоюзов: Калужской областной организации – Лидия Галкина, Владимирской областной организации – Светлана Солохина, Псковской областной организации – Анжелика Шундер, Крымской республиканской организации – Ольга Турчанинова, Хабаровской областной организации – Ольга Адмидина.

Обсуждение основного доклада и выступлений вызвало настоящую полемику, поскольку в каждом регионе есть десятки проблем, которые решаются с большим трудом. А такой откровенный разговор о них сегодня редко услышишь на совещаниях высокого уровня. Профсоюз последовательно и настойчиво защищает интересы медицинских работников. Это ещё раз показал пленум, обсудивший одну из самых острых проблем отечественного здравоохранения.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.



Во время заседания

трудовой деятельности по России оказались завышенными по сравнению с расчётными показателями по «старой» методике, исходя из среднемесячной заработной платы в стране.

Принципиально важным является также вопрос о неправомерности включения при исчислении средней заработной платы ряда выплат, относящихся к мерам социальной поддержки, в том числе компенсации по оплате жилищно-коммунальных услуг, имеющих систематический характер, что напрямую противоречит нормам Трудового кодекса РФ».

В обращении также говорится, что одним из источников финансового обеспечения повышения уровня оплаты труда работников продолжает оставаться оптимизация сети учреждений здравоохранения и штатной численности. Реализация данного направления ещё более усугубляет существующий дефицит кадров специалистов и приводит к значительному росту интенсификации труда работников. В этих условиях расчёт среднемесячной заработной платы медицинских работников, учитывающий все виды дополнительных работ, также формирует необъективную, формально-арифметическую статистику и не позволяет оценить реальный размер оплаты за осуществление трудовой функции в пределах установленной продолжительности рабочего времени.

Озабоченность профсоюза вызывает и перенос итогового срока реализации Указа. В 2016 г. субъектам РФ было дано указание о корректировке сроков достижения целевых показателей по категориям медицинских работников с окончанием в 2018 г.

В обращении к Президенту России Профсоюз работников здравоохранения РФ вынужден констатировать, что реальное положение с обеспечением социально-экономических прав работни-

ков социальной значимости и ответственности их профессиональной деятельности.

Профсоюз, изложив свою позицию, выразил надежду на личное содействие Президента РФ в инициировании принятия конкретных решений по материальной заинтересованности медицинских работников в достижении высоких конечных результатов труда, что отразится на доступности и качестве медицинской помощи.

Что сказали руководители ФФОМС и Минздрава

За счёт субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования оплачивается порядка 80% стоимости всей медицинской помощи, оказываемой россиянам. На это обратила внимание в своём выступлении заместитель председателя фонда ОМС Елена Сучкова.

– ОМС сегодня – основная ресурсная база отечественного здравоохранения, это государственная гарантия стабильного финансирования медицинской помощи, – сказала Е.Сучкова. – Базовая программа ОМС является фундаментом современной системы охраны здоровья, охватывая практически все виды медицинской помощи: первичную медико-санитарную, включая профилактическую, специализированную и высокотехнологичную, скорую медицинскую помощь. Субвенции территориальным фондам ОМС для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации только за последние 5 лет увеличились в 2,4 раза: с 640 млрд руб. в 2012 г. до более 1,5 трлн в 2016 г.

Заместитель председателя ФОМС особо подчеркнула роль Федерального фонда в укреплении кадрового потенциала системы здравоохранения, в устранении территориального дисбаланса рас-

медицинской помощи, другие обеспечивающие функционирование организационных инноваций специалисты – это новые работники нашей отрасли: сотрудники контакт-центров, диспетчеры, логистики, специалисты информационных технологий, высококвалифицированные медицинские эксперты.

За прошедший год мы наполнили кадрами обновлённую схему работы с застрахованными лицами, запустили во всех регионах контакт-центры, обеспечили техническую и методическую настройку информационного взаимодействия участников ОМС. С 2017 г. к работе приступили более 6,5 тыс. страховых представителей», – сказала она.

В завершение своего выступления Е.Сучкова выразила благодарность от Федерального фонда за плодотворное сотрудничество Центральному комитету Профсоюза работников здравоохранения и лично его председателю – Михаилу Кузьменко. «Именно по предложению ЦК Профсоюза мы внесли изменения в нормативную базу, снижающие размеры штрафных санкций, применяемых к медицинским организациям за некоторые установленные правовыми актами нарушения при оказании ими медицинской помощи», – отметила она, добавив, что по другим предложениям ЦК Профсоюза работников здравоохранения работа продолжается.

Заместителю министра здравоохранения РФ Сергею Краевому был задан вопрос относительно численности младшего медперсонала. По данным Росстата за первые три квартала 2016 г., количество младших медицинских работников в России сократилось на 41 тыс. человек. Чаще всего эти функции передают на аутсорсинг. Тем самым выводятся эти сотрудники из числа медицинских работников. Но в результате в поликлиниках и больницах работают

Ориентир

Одна жизнь на двоих

В Санкт-Петербурге успешно прошла трансплантация костного мозга ребёнку от донора из Самары

«Последнее время я чувствую себя хорошо и верю, что скоро станет лучше благодаря тебе. Завтра уже пересадка, и я рада, что это так скоро...» — этими словами заканчивается письмо пациентки детской онкогематологии к своему донору. Недавно в НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачёвой (Санкт-Петербург) была проведена трансплантация костного мозга от донора из регистра Самарской станции переливания крови. Самарский донор оказался совместим с пациенткой — девочкой 2001 года рождения с диагнозом острый лейкоз — по генетическим параметрам на 100%. Донором стал молодой человек, Александр Емельянов, вступивший в самарский регистр потенциальных доноров костного мозга в 2014 г. и сдавший кровь и её компоненты более 38 раз, ему 26 лет, родился в селе Обшаровка Самарской области, имеет два высших образования и добродушный характер. Никакой личной информации о пациентке донор не знал: «Вся информация конфиденциальная, анонимная, было только сказано, что это девочка 15 лет, и сообщили диагноз. Уже после операции мне передали от неё письмо. Это был трогательный момент», — рассказал А.Емельянов.

В России, как и во всём мире, число онкобольных, к сожалению, неуклонно растёт. Иногда детский рак трудно распознаваем, не всегда вовремя его обнаруживают, он может скрываться под маской каких-либо инфекционных заболеваний, особенно у часто болеющих детей. Число детей, рождающихся абсолютно здоровыми, уменьшается, как следствие развиваются сопутствующие заболевания, в том числе и новообразования.

«В России ежегодно регистрируется около 3,5 тыс. больных злокачественными новообразованиями детей, в Самарской области за последние годы — 15 детей на 100 тыс. населения, то есть примерно 80 детей в год», — отметил Андрей Шамин, заведующий онкогематологическим отделением Детской городской клинической больницы № 1 им. Н.Н.Ивановой.

Для многих пациентов с гематологическими, онкологическими и наследственными заболеваниями трансплантация костного мозга — долгожданный и порой единственный шанс на выздоровление. Найти генетического двойника для больного очень сложно, поскольку совпадения происходят в одном случае из 100 тыс. В настоящее время поиск донора в международном регистре и получение для трансплантации материала стоит около 20 тыс. евро для одного пациента. На поиск и активацию доноров в иностранных регистрах



Выделение ДНК из лейкоцита в иммунологической лаборатории

уходит много средств и времени, а большинство больных нуждаются в срочной пересадке. Именно поэтому гематологи, осуществляющие трансплантацию, инициировали создание Объединённой базы российских потенциальных доноров костного мозга, которая включала бы доноров с характерными для России многочисленными генотипами. Такой Национальный регистр был создан в 2013 г. на базе Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова. Создание российского регистра экономически обоснованно, так как позволит значительно снизить затраты на поиск неродственного донора и заготовку трансплантата. Работа регистра осуществляется при поддержке «Русфонда», который оплачивает все расходы, связанные с пребыванием донора в городе, где производится заготовка трансплантата.

Иммунологическая лаборатория Самарской областной клинической станции переливания крови (Самарская служба крови) 09 сентября 2014 г. вошла в Объединённый российский регистр доноров костного мозга и заручилась поддержкой Русфонда, взявшего на себя обязательства по закупке расходных материалов для проведения типирования. Начиная с 1980 г., станция уже ведёт

Marrow Donor Search). Специалисты Службы крови Самары ведут постоянную работу по обновлению и пополнению регистра людьми, желающими вступить в ряды потенциальных доноров костного мозга.

«Мы целенаправленно привлекаем к участию в донорстве костного мозга людей, которые уже стали донорами крови. Они уже люди необыкновенные, неравнодушные, уже помогают, сдавая кровь и её компоненты, поэтому им проще принять ответственное решение и согласиться на донорство костного мозга. Кроме того, регулярные доноры крови — это здоровый, проходящий обследование при кроводачах контингент. Именно поэтому я считаю целесообразным, что работа по ведению и пополнению регистра потенциальных доноров костного

68 336 протипированных донора и уже осуществлено 157 трансплантаций костного мозга, из них от самарских доноров уже две. В число пользователей информации о донорах из регистра входят 10 крупнейших российских ЛПУ, осуществляющих аллогенные (неродственные) трансплантации костного мозга.

«Человек, вступивший в регистр потенциальных доноров, должен понимать всю ответственность своего поступка. Сдать пробирку на типирование для вступления в регистр — это не просто анализ, который канет потом где-то приклеенный в карточку. В дальнейшем за этим анализом возможен запрос, и тогда донору предстоит сделать следующий шаг — шаг навстречу предполагаемой операции. Поэтому если люди относятся к этой процедуре легкомысленно и подписывают согласие на вступление в регистр ради интереса, то это очень грустно», — сказала Ирина Воронова, заведующая лабораторией иммунологического типирования тканей Самарской службы крови.

Самарский донор уже вернулся домой, полный сил и уверенности, что он не сделал ничего особенного: «Мне иногда становится неудобно, когда начинают благодарить за то, что я согласился стать донором. Я считаю, это была моя обязанность. В донорстве костного мозга нет ничего страшного — страшнее было отказаться и не дать шанса другому человеку». После проведения процедуры Александр сказал врачам, что чувствует себя прекрасно и будет рад в будущем познакомиться с девочкой, которая нуждалась в его помощи: «Очень интересно, как прошла трансплантация и помогла ли она. Теперь у меня есть ещё одна сестра — «сестра по крови».

Надеемся, что в дальнейшем число самарских доноров, спасших жизнь тяжелобольным людям, будет только расти с каждым годом.

Наталья ЗАЙЦЕВА,
внешт. корр. «МГ».

Самара.



Заведующий лабораторией и донор после приезда из Санкт-Петербурга

работу по типированию потенциальных доноров костного мозга, с той поры, когда была создана зональная иммунологическая лаборатория. На сегодняшний день в регистр станции переливания крови входят 4,5 тыс. добровольцев, из них 1750 обследованы по 5 локусам системы HLA, именно они вошли в Объединённый российский регистр (BMDS — Bone

мозга возложена на специалистов учреждений службы крови, которые ежедневно ведут приём и отбор доноров на процедуру сдачи крови», — отметила Елена Кудинова, заместитель главного врача по медицинской части Самарской областной клинической станции переливания крови.

На сегодняшний день в общероссийском регистре состоят

Новости

Донорство костного мозга в России не особенно популярно. Во всероссийском регистре доноров стволовых клеток числится всего порядка 65 тыс. человек. Для сравнения: в США регистр насчитывает около 10 млн человек, в Германии — 7 млн. Вокруг донорства стволовых клеток бытует много мифов и страхов. А между тем для людей с онкологическими или аутоиммунными заболеваниями трансплантация — чаще всего последний шанс, чтобы выжить.

В регистре доноров стволовой клетки Челябинской областной станции переливания крови (ЧОСПК) состоят 4153 потенциальных донора. Среди южноу-

Поделились клетками

ральских добровольцев, прошедших донорство для пересадки стволовой клетки пациентам в ведущих трансплантационных клиниках России, 17 мужчин и 5 женщин, возраст доноров — от 20 до 50 лет.

По данным ЧОСПК, в 2016 г. донорами стволовой клетки стали 2 южноуральца. В этом году уже 2 донора прошли донорство в НИИ детской гематологии и трансплантологии им. Р.М.Горбачёвой. Они поделились своими стволовыми клетками с ребёнком, проходящим лечение в Челябинской областной детской больнице, и взрослой пациенткой НИИ им

Р.М.Горбачёвой. По результатам дополнительного исследования, в московском Гематологическом научном центре ещё один донор из Челябинской области готовится к донорству стволовых клеток для взрослой пациентки.

«Донорам стволовой клетки не надо переживать за своё здоровье», — рассказывает заведующая отделом молекулярно-биологической диагностики ЧОСПК Татьяна Суслова. — Сама процедура напоминает сдачу крови, только занимает больше времени. При этом клетки в организме донора восстанавливаются в течение 2-3 недель. В качестве подтверж-

дения безопасности процедуры можно привести пример, когда молодая женщина, ставшая неродственным донором стволовой клетки для девочки из Магнитогорска, через 2 года после донорства благополучно стала мамой».

Для пополнения южноуральского регистра доноров стволовых клеток трансфузиологи проводят донорские акции и ведут персональную работу с регулярными донорами крови. Так, в 2017 г. в сёлах Кунашак, Усть-Багаряк, Муслимово и других населённых пунктах Кунашакского района, где проживают татары-мишари, имеющие очень редкий генотип

крови, состоялась донорская акция «Спасибо, добрые сердца!». В регистр доноров стволовой клетки вошли 16 представителей этой национальной группы.

Напомним, что челябинский регистр доноров стволовой клетки создан в 2007 г. Он является одним из самых крупных в России и известен на международном уровне. При поддержке благотворительных организаций ЧОСПК получила возможность не только проводить исследования донорской крови методом молекулярного HLA-типирования, но и расширить региональный регистр благодаря современным технологиям.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Социальная работа, в основе которой на протяжении веков лежат глубокие традиции благотворительности и милосердия в общественной и духовной жизни нашей страны, направлена на усиление или восстановление социального функционирования посредством поддержки, защиты и реабилитации, то есть оказание помощи лицам, не способным в силу возраста, недугов, инвалидности или иных субъективных и объективных причин собственными силами обеспечить себе условия для полноценной жизни.

Этапы становления

Как профессиональная деятельность социальная работа в РФ конституировалась лишь в 1991 г. постановлением Госкомтруда СССР № 90 от 23.04.1991. Квалификационный справочник должностей, руководителей, специалистов и служащих был дополнен квалификационной характеристикой «специалист по социальной работе». Эта должность, эквивалентная принятой в международной практике должности «социальный работник», была установлена для всех отечественных отраслей, включая здравоохранение.

В том же году, согласно приказу Госкомобразования СССР № 376 от 7 августа, в России началась подготовка специалистов по социальной работе и социальных работников в учреждениях высшего и среднего профессионального образования.

За прошедшие четверть века с учётом богатого зарубежного опыта в России была создана теоретическая и организационно-методологическая база для развития отечественной социальной работы, постоянно совершенствовалась система профессиональной подготовки кадров – специалистов, а в настоящее время – бакалавров и магистров социальной работы.

Одной из особенностей современного этапа развития отечественной социальной работы является формирование отдельных её направлений с учётом объектов (дети, лица пожилого возраста, инвалиды, семьи с детьми, лица БОМЖ, освободившиеся из мест лишения свободы), а также по отраслевому признаку (социальная работа в системе социальной защиты, образования, здравоохранения, пенитенциарной системе, силовых структурах и др.). В соответствии с данными направлениями определены и профили подготовки бакалавров и магистров социальной работы. Так, в частности, их профессиональная подготовка для работы в медицинских организациях ведётся в рамках профиля «социальная работа в здравоохранении», «медико-социальная работа с населением».

Правовые основы участия социальных работников в охране здоровья граждан были заложены Законом РФ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», ст. 20 «Право граждан на медико-социальную помощь», в котором определено их участие в профилактике, реабилитации, а также организации мер социального характера по уходу за больными и нетрудоспособными лицами.

Развитию социальной работы в здравоохранении способствовало создание Научно-методического совета по социальной работе в здравоохранении, а также введение должности главного специалиста по социальной работе в здравоохранении (приказ Минздрава России № 301 от 13.10.1997, не утративший до настоящего времени).

Социальная работа в здравоохранении или медико-социальная работа рассматривается как деятельность медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленная на сохранение, укрепление и восстановление здоровья.

На стыке отраслей

Как правило, большинство пациентов медицинских организаций в силу тяжёлого заболевания, инвалидности сталкиваются с множеством проблем не только медицинского, но и социального, психологического и иного характера (ущемление трудовых прав, потеря работы, снижение материального уровня жизни, невозможность выполнения прежних социальных функций и изменение

ность осуществляется профессиональным социальным работником на индивидуальном и групповом уровнях посредством повышения уровня информированности пациентов по вопросам здоровья, формирования умений и навыков здорового образа жизни, гигиенического обучения и воспитания, содействия в усилении медицинской активности профилактического характера, особенно у представителей групп высокого социального риска заболеваний.

циональные обязанности, права и полномочия таких специалистов с учётом профиля медицинской организации, а также потребностей её пациентов и их семей в социальной помощи.

В настоящее время на этапе модернизации отечественной системы здравоохранения, перенесении основного объёма медицинской помощи, оказываемой пациентам, на амбулаторное звено, роль профессиональных социальных работников должна возрасти, что

том числе при оказании медико-социальной помощи пациентам и их семьям.

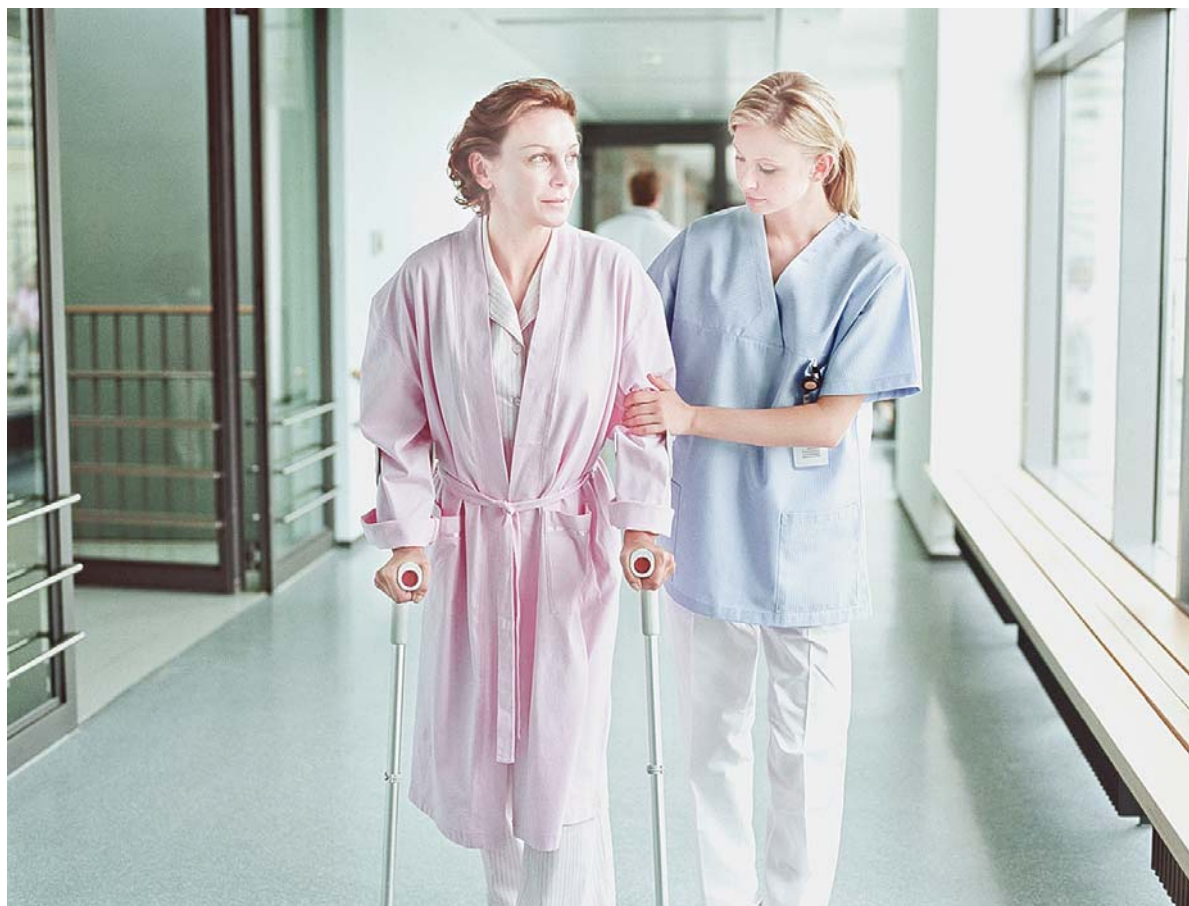
Из личного опыта

К сожалению, в обществе в целом и во врачебном сообществе в частности до настоящего времени сложилось весьма «узкое» понимание сущности социальной работы как деятельности по социальному обслуживанию лиц пожилого возраста и инвалидов.

Проблемы и решения

Особое врачевание

Социальная работа: прошлое, настоящее и будущее



социального статуса, конфликты в семье, снижение уровня самооценки и др.), которые усугубляют медицинские проблемы. Для самого больного, а также его семьи зачастую возникает «замкнутый» круг взаимно потенцирующих друг друга проблем, с которыми трудно справиться в рамках только узкопрофессиональной врачебной деятельности.

По этой причине деятельность социальных работников в медицинских организациях в составе полипрофессиональных бригад специалистов позволяет существенно улучшить социальную составляющую здоровья – повысить качество жизни пациента и его семьи, обеспечивая помощь в реализации его права на социальную защиту по причине утраты здоровья, обеспечив комплексом мер социальной поддержки, реализуя мероприятия в рамках социальной реабилитации и абилитации, социальной терапии, социального сопровождения, социального патронажа и иных технологий медико-социальной работы.

Велика роль профессиональных социальных работников в осуществлении мер по профилактике заболеваний, особенно социально значимых. Профессиональные социальные работники выполняют функции «учителя здоровья», способствуя формированию здоровьесберегающего поведения детей и подростков, лиц старших возрастных групп, семей с детьми, лиц с хронической патологией, инвалидов и др. Данная деятель-

К настоящему времени рядом приказов Минздрава России нормативно закреплена и на практике накоплен опыт участия профессиональных социальных работников в оказании медико-социальной помощи пациентам и их семьям в медицинских организациях психиатрического, онкологического, наркологического профиля, а также службы охраны материнства и детства, планирования семьи, системы паллиативной медицинской помощи – утверждена тарифно-квалификационная характеристика и Положение о специалисте по социальной работе, участвующем в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи, Положение об организации деятельности социального работника кабинета медико-социальной помощи женской консультации, а в штатное расписание центров/больниц паллиативной медицинской помощи также введена должность специалиста социальной работы.

Что день грядущий нам готовит?

Вместе с тем следует констатировать, что дальнейшее развитие социальной работы в медицинских организациях других профилей без соответствующей нормативной правовой базы затруднительно. Помимо формального включения в штатное расписание медицинских организаций различного профиля должности «специалист социальной работы» требуется разработка документов, определяющих функ-

позволит обеспечить комплексный подход и высокое качество медико-социальной помощи, оказываемой в медицинских организациях данного типа мультипрофессиональными бригадами специалистов.

Кроме того, подготовка бакалавров и магистров социальной работы с медицинским профилем активно ведётся во многих вузах (факультетах) социальной работы страны. Безусловно, их подготовка в медицинских вузах имеет куда большие преимущества, поскольку студенты – будущие социальные работники – имеют уникальную возможность наряду с изучением базовых дисциплин получать знания, а также овладевать умениями и навыками профессиональной социальной работы при изучении таких профильных курсов/дисциплин, как «медико-социальная работа в онкологии», «медико-социальная работа в наркологии», «медико-социальная работа в психиатрии», «медико-социальная работа в системе паллиативной медицинской помощи» и др., на базе профильных кафедр вуза и их клинических баз – медицинских организаций.

Наряду с отработкой навыков социальной работы с пациентами медицинских организаций в ходе практических занятий по дисциплине, а также различных видов практик (учебной, производственной, преддипломной) у будущих социальных работников происходит формирование понимания их важной профессиональной роли в охране здоровья населения, в

В связи с этим представляется важным популяризировать социальную работу в первую очередь во врачебном сообществе. Здесь представляет интерес опыт Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова. С 2013 г. в качестве дисциплины по выбору предложен курс «Основы социальной работы», изучение которого позволяет будущим врачам ознакомиться с историей, теорией и технологиями социальной работы, а также её особенностями в медицинских организациях.

Безусловно, активное участие профессиональных социальных работников в работе научных конференций по актуальным проблемам медицины также способствует не только пониманию врачами сущности и возможностью социальной работы в медицинских организациях нашей отрасли, но и позволит формировать механизмы взаимодействия врачей и социальных работников в охране здоровья населения.

Таким образом, для дальнейшего развития социальной работы в здравоохранении, на наш взгляд, необходимо:

– Совершенствование нормативной правовой базы социальной работы при оказании медицинской помощи больным различного профиля.

– Внесение поправки в Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части определения понятия «медико-социальная помощь» как правовой нормы, имевшейся в прежнем Законе РФ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993) и создающей правовые основы для участия профессиональных социальных работников в охране здоровья граждан.

– Возобновление деятельности Научно-методического совета по социальной работе в здравоохранении и главного специалиста по социальной работе в здравоохранении Минздрава России.

– Проведение научных исследований, посвящённых развитию теории и практики социальной работы в различных сферах охраны здоровья, а также формированию механизмов взаимодействия врачей и профессиональных социальных работников в процессе оказания медико-социальной помощи пациентам и их семьям в медицинских организациях.

– Изучение и научное обоснование содержательной и технологической составляющей медико-социальной работы в первую очередь с гражданами, страдающими социально значимыми заболеваниями.

Елена ВОРОБЦОВА,
доцент кафедры социальной
медицины и социальной работы
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И. Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

Непривычная фиолетовая подсветка украсила в один из майских вечеров 140 мировых достопримечательностей, среди которых – копенгагенская Русалочка, римский Колизей, Эйфелева башня, фонтан Кибелы в Мадриде, Дворцовый мост в Санкт-Петербурге и др. Таким образом организаторы акции в честь Всемирного дня воспалительных заболеваний кишечника пытались привлечь внимание общества к проблемам своевременной диагностики, правильного лечения и улучшения качества жизни пациентов с этим заболеванием.

Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) – общее название для группы хронических болезней, при которых развивается воспаление в стенке кишечника, причина которого до конца не изучена. Различают два основных типа ВЗК: болезнь Крона и язвенный колит. Ими болеют около 5 млн человек по всему миру, причём в основном это 20-40-летние люди, а у четверти пациентов он диагностируется в возрасте до 20 лет.

По словам специалистов, из-за трудностей с диагностированием, редкими обращениями больных за медицинской помощью и т.п. достоверной статистики по обоим заболеваниям в мире нет. Частота язвенного колита, по данным разных исследователей, составляет от 21 до 268 случаев, а болезни Крона – от 9 до 199 случаев на 100 тыс. населения. Наиболее подвержены ВЗК жители северных территорий: Скандинавии, Северной Америки, Канады.

В России количество пациентов с этими типами заболевания составляет около 31 тыс. человек (при этом язвенный колит встречается в 3 раза чаще). Ежегодно число заболевших увеличивается на 11,2%.

Особенностью нашей страны является троекратное преобладание тяжёлых осложнённых форм ВЗК с высокой летальностью, что связано с поздней диагностикой. При установлении диагноза болезнь Крона в период до 3 лет частота осложнений составляет 55%, при более поздней диагностике – в 100% случаев.

Появление специального Всемирного дня ВЗК не случайно: по тяжести течения, частоте осложнений и негативному влиянию на качество жизни болезнь Крона и язвенный колит занимают одно из первых мест среди болезней желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). При этом болезни эти очень коварны, поскольку маскируются под другие заболевания ЖКТ; периоды обострения сменяются ремиссиями – и пациенту кажется, что он уже абсолютно здоров; довольно долго до установления диагноза человек может испытывать иллюзию выздоровления и не обращаться за медицинской помощью. Это осложняет своевременную диагностику и, соответственно, отдаляет начало лечения. Поэтому нередко к моменту правильной постановки

Слово о болезни

Фиолетовая Русалочка

Коварство этой патологии переходит все пределы...



Вклад Т.Шашуриной в поддержку пациентов с ВЗК неограничен

диагноза болезнь приобретает тяжёлые формы.

Так, например, анализ эпидемиологических исследований в Новосибирске показал, что у лиц с болезнью Крона срок установления диагноза с момента появления первых симптомов заболевания составляет 6,5 лет.

Трудность диагностики ВЗК заключается также и в том, что единого «золотого стандарта» не существует. Диагноз устанавливают на основании оценки клинической картины болезни, данных комплекса эндоскопических, радиологических, гистологических и биохимических исследований. Таким образом, своевременная постановка диагноза у пациента, страдающего болезнью Крона, зачастую зависит от конкретного гастроэнтеролога, который правильно составит план обследования и проанализирует всю полученную информацию.

«Из-за несвоевременного обращения за помощью и поздней диагностики у взрослых пациентов с ВЗК преобладает среднетяжёлая и тяжёлая формы заболевания, что составляет две трети от всех случаев», – комментирует руководитель Санкт-Петербургского городского центра воспалительных заболеваний кишечника гастроэнтеролог Анастасия Сегаль.

Пациенты страдают от болей в животе, диареи, потери аппетита, слабости, высокой температуры и других неприятных симптомов. К числу осложнений ВЗК относятся кровотечение из прямой кишки, кишечная непроходимость, развитие онкологических процессов, воспаление брюшной полости из-за попадания в неё кишечного содержимого через дефект в стенке

И здесь можно не опасаться гипердиагностики: главное, чтобы терапевт при малейшем подозрении на ВЗК отправил пациента к гастроэнтерологу.

К сожалению, в существующих нормативно-правовых актах не обозначен порядок организации медицинской помощи больных с ВЗК, не утверждены стандарты оказания медицинской помощи при язвенном колите и болезни Крона. Однако многие специалисты знакомы с особенностями данной патологии; для них проводятся различные обучающие занятия, школы, выпущены методические пособия и т.п.

Но наиболее действенную помощь способны оказать именно специализированные центры, где есть практически междисциплинарная команда: гастроэнтерологи, хирурги, диетологи, медицинские



Впервые на один вечер Дворцовый мост в Санкт-Петербурге стал фиолетовым

кишки. Чаще всего на время обострений им приходится полностью менять образ жизни: они не могут полноценно работать и вести активный образ жизни.

«Диагностика ВЗК – настоящий вызов для медиков. Во-первых, симптоматика болезни проявляется очень индивидуально. Кроме того, точная постановка диагноза предполагает целый комплекс дорогостоящих и часто физически неприятных исследований: эндоскопических, радиологических, гистологических и лабораторных. Таким образом, врачу нужно не только своевременно предположить правильный диагноз на основе весьма размытой картины заболевания, назначить комплекс диагностических процедур, но и убедить пациента пройти все эти исследования», – подчёркивает А.Сегаль.

психологи, эндоскописты, эндокринологи, дерматологи и другие, считает А.Сегаль.

В подобных центрах пациент может длительное время находиться под наблюдением и в любой момент получить помощь, ведь язвенный колит и болезнь Крона – заболевания хронические и могут обостряться много раз в течение жизни. При этом эффективность работы данных центров должна обеспечиваться адекватным размером тарифов стоимости оказания медицинской помощи, в том числе на лекарственную терапию генно-инженерными биологическими препаратами.

Терапия ВЗК – это не только медикаментозное и хирургическое лечение, но и полное изменение образа жизни, включая постоянную лечебную диету. Цель лечения состоит в купировании симптомов,

в достижении ремиссии, предотвращении рецидивов и перехода в тяжёлую форму с последующим оперативным вмешательством, так как полное исцеление с помощью медикаментозной терапии на данный момент недостижимо.

И если язвенный колит ещё имеет шансы на излечение с помощью удаления толстой кишки, то пациенты с болезнью Крона обречены на пожизненный приём препаратов.

По словам руководителя пациентской Межрегиональной общественной организации «Доверие» Татьяны Шашуриной, сейчас существует достаточно большой спектр лекарственных средств, способных повлиять на течение болезни и изменить качество жизни пациента в лучшую сторону.

«В Россию всё быстрее стали доходить препараты, которые уже показали хороший эффект в зарубежной практике, и это не может не радовать», – говорит она. – Ведь для наших пациентов каждый день – это вызов. Помимо самого заболевания, существует комплекс других проблем, которые существенно осложняют их и без того трудную жизнь – от постановки диагноза до обеспечения лекарственной терапией. Из-за тяжёлого течения заболевания значительно ухудшается качество жизни, они оказываются изолированными от общества и впадают в депрессию».

Специалисты отмечают: отсутствие единого взгляда на проблему ВЗК среди практикующих врачей, несвоевременная и поздняя диагностика, неадекватное лечение приводят к развитию осложнений, выходу на инвалидность лиц трудоспособного возраста и летальному исходу. Таким образом, болезнь Крона и язвенный колит имеют не только медицинское, но и важное социальное значение. Не случайно совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника было посвящено в прошлом году заседание Экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике.

Актуальность проблемы ВЗК в медицинской практике и в жизни общества не подлежит сомнению. Это подтверждается неизвестной этиологией, ростом заболеваемости среди лиц трудоспособного возраста, отсутствием специфического лечения, рецидивирующим течением, развитием угрожающих жизни осложнений, необходимостью проведения длительной, часто пожизненной, дорогостоящей терапии и неблагоприятным медико-социальным прогнозом.

Цель Всемирного дня ВЗК – не только в выражении сочувствия и солидарности. Главное: призвать представителей государства, бизнеса и пациентских организаций объединить усилия для совершенствования своевременной диагностики и адекватного лечения данных пациентов; вернуть этих преимущественно молодых людей обществу.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Новые подходы

Разработан способ определения биологического возраста человека по показателям сердечно-сосудистой системы. Об этом сообщили учёные из Национального исследовательского технологического университета «МИСиС».

Ни для кого не секрет, что биологический возраст отражает степень старения организма. Для здорового среднестатистического человека он соответствует его хронологическому возрасту, однако в процессе жизни эти две цифры могут начать расходиться. Причиной тому – вредные привычки, проявления всевозможных заболеваний, а также влияние окружающей среды.

«На сегодняшний день не существует единого способа определения биологического возраста.

Предиктор старения

И учёные, и медики находятся в поиске такого критерия, который бы отражал состояние если не всего организма в целом, то по крайней мере отдельных его органов и систем. Наиболее точные методики, базирующиеся на данных о состоянии ДНК клеток (так называемые эпигенетические часы), которыми сейчас пользуются, позволяют предсказывать возраст со средней ошибкой менее 3 лет. Однако они требуют дорогостоящего оборудования и не используются в медицинской практике. Исследователи из Института молекулярной биологии РАН и

Московского физико-технического института предложили методику базирующуюся на информации, которую может получить любая современная клиника при обследовании пациента», – говорится в сообщении.

Наряду с этим в вузе уточнили, что авторы исследования в качестве источника информации об организме выбрали 4 параметра сердечно-сосудистой системы: минимальную толщину средней стенки сонной артерии, скорость пульсовой волны, диаметр сонной артерии (степень стеноза) и индекс аугментации – отношение пиков

давления в пульсовой волне. Все они широко используются для диагностики и являются индикаторами атеросклероза, артериальной гипертензии, кальциноза и некоторых других патологий системы кровообращения.

«В основе исследования лежали данные УЗИ сонной артерии человека и тонометрии. С помощью машинного обучения была получена формула, способная предсказывать возраст у здоровых людей с точностью в 6,9 года для мужчин и 5,9 – для женщин. Были проведены тесты на здоровых и больных гипертонией и диабетом 2-го типа.

Результаты тестирования показали, что биологический возраст у людей с заболеваниями в среднем на 3 года выше реального возраста», – рассказали в университете.

Со ссылкой на статистику Всемирной организации здравоохранения в МИСиС отметили, что заболевания сердечно-сосудистой системы становятся основной причиной смерти в процессе старения. «Таким образом, разработанная учёными методика является эффективным методом определения биологического возраста. Возможность в медицинской практике быстро и надёжно узнавать биологический возраст сыграет большую роль в развитии методик борьбы со старением в дальнейшем», – подчёркнули учёные.

Ян РИЦКИЙ.
МИА Сити!

Ракурс

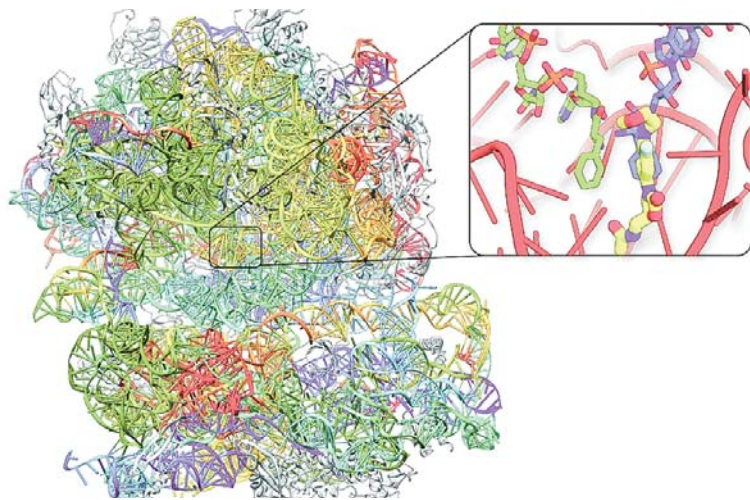
Множество антибиотиков возникло в результате того, что их приходится постоянно «усиливать», чтобы преодолеть сопротивление болезнетворных микробов. Одним из первых механизмов «неприятя» стало открытие фермента пенициллиназы, ген которого может передаваться от клетки к клетке. Много позже открыли протеин Mdr, обеспечивающий мультилекарственную резистентность, откуда и его название. Этот фермент есть и в клетках нашей печени, через мембраны которых он выводит токсические вещества, что, кстати, приводит и к резистентности опухолевых клеток. Однако недавно выяснилось, что всё далеко не так просто.

И.Мечников получил свою Нобелевскую премию за открытие им макрофаги, поедающие болезнетворные микробы. Оказалось, что они «информируют» лимфоцитарные Т-хелперы, помогающие запустить иммунный ответ, с помощью белков взаимодействия лейкоцитов (белых клеток крови, отвечающих за воспаление), получивших название интерлейкины (IL). Сотрудники Токийского института технологии отключили ген одного из стимулирующих воспаление интерлейкинов, в результате чего резко снизилось число макрофагов, а также стволовых регенеративных клеток (макрофаги предупреждают их апоптоз, или запрограммированную клеточную смерть). Из этого был сделан вывод, что в некоторых случаях плохая борьба организма с инфекциями может быть связана с проблемами в геноме макрофагов.

Известно, что печень обладает способностью к хорошей регенерации, чему способствует эволюционно консервативный протеин Hnf – ядерный фактор печени, – представляющий собой белок включения геномной активности (транскрипционный фактор). Сотрудники Университета Дьюка в городе Дарем (Durham), штат Северная Каролина, выяснили, что кишечные микробы могут подавлять активность гена Hnf в клетках слизистой кишечника, тем самым контролируя поведение организма-хозяина, начиная от рыбки и кончая мышью.

Ада Йонат из Института Вейцмана получил в 2009 г. Нобелевскую премию по химии за расшифровку атомной структуры рибосомы, син-

Как справиться?



Рибосома и зелёная молекула антибиотика

тезирующей в клетке белки, что позволило создать несколько новых антибиотиков. К ней обратились учёные из Университета Монаш в Мельбурне, ищущие «управу» на золотистый стафилококк, устойчивый к метициллину, вызывающий лихорадку Ближнего Востока. Вместе они выяснили, что устойчивость микроба возникла в результате нехватки одной аминокислоты в рибосомальной протеине, в результате чего меняется конфигурация «кармана» для молекулы антибиотика. Учёных поразил тот факт, что исчезнувшая аминокислота находится на расстоянии 2,4 нанометра от кармана, что далекоовато по молекулярным масштабам. Своё открытие авторы охарактеризовали как «неортодоксальный механизм резистентности».

Первые антибиотики нарушали включение белков в микробную оболочку. Однако несколько лет назад было выяснено, что наномодный графен тоже действует разрушающим образом на оболочки палочек и кокков, «извлекая» из них молекулы фосфолипидов, два слоя которых и образуют клеточную мембрану. Сотрудники IBM использовали для характеристики процесса свой суперкомпьютер Blue Gene (синий ген). Благодаря ему они показали, что графеновая плёнка входит вертикально в мембрану, проводя сквозь неё молекулу антибиотика, который

и убивает микробную клетку. Так что вполне может статься, что IBM вслед за графеновыми чипами начнёт производить и антибиотики принципиально нового поколения.

Трудно поверить, что три четверти века назад учёные ничего не знали об антибиотиках, открытых в ходе изучения явления антибиоза, то есть антагонистических отношений разных организмов. Считается, что первые случаи применения «всесоюзного» в то время пенициллина, продукта грибка-кистевика (Penicillium), случились в Оксфорде и Нью-Джерси. В Англии у констебля случилось заражение, когда он случайно укололся шипом розы. Дело быстро пошло на поправку, но чудо-препарата банально не хватило. И по другую сторону океана сепсис возник у матери троих детей, которая снова забеременела, но это уже был 1942 г., и пенициллин получали уже промышленным способом. Когда А.Флемингу вручали Нобелевскую премию, его вклад в победу сравнивали с несколькими дополнительными дивизиями (злые языки при этом утверждали, что столько было возвращено в строй солдат, подцепивших сифилис).

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nature Nanotechnology.

Почему бы и нет?

Только в США ежегодно происходит 73 тыс. заражений Escherichia coli O157 (кишечной палочкой), около 80% из которых заканчиваются летальным исходом. Более качественные тесты для проверки пищи могут помочь избежать части заражений этими и другими микроорганизмами, заявили исследователи из Массачусетского технологического института в США, разработавшие возможное решение проблемы. Новый тест основан на технологии капель, которые могут прикрепляться к белкам бактерий, а затем сливаться в единое целое. Это взаимодействие, удешевит и ускорит проверку пищевых продуктов на безопасность.

Внедряясь в бактерию

Работа велась в лаборатории Тимоти Свогера, профессора химии. Учёными 2 года назад был разработан простой способ получения комплексных капель, в том числе так называемых частиц Януса. Эти капли состоят из двух одинаковых полушарий из гидро- и флюорокарбона. Флюорокарбон плотнее гидрокарбона, поэтому на поверхности он всегда располагается снизу.

Исследователи отметили уникальные оптические свойства таких капель и решили проверить, нельзя ли их использовать в качестве сенсоров. В нормальном состоянии из-за особенностей преломления света внутри капли Януса прозрачны, если смотреть на них сверху, и непрозрачны, если смотреть сбоку.

Чтобы превратить их в сенсоры, специалисты создали поверхностную молекулу, содержащую моносахарид – маннозу, и усовершенствовали её, чтобы она прикреплялась к гидрокарбонной части капли. Эта молекула может соединяться с лектином, который можно найти в некоторых штаммах кишечной палочки. Если капли «находят» нужные штаммы кишечной палочки, они «прилипают» к ним, а затем собираются вместе. Это изменяет их пространственную ориентацию, и они становятся видимыми сверху.

Профессор Свoger пояснил, что он и его коллеги использовали лектин-карбогидратный механизм прикрепления, который сами бактерии применяют для распознавания себе подобных. Чтобы проверить действие сенсоров, они поместили капли Януса на дно чашки Петри с QR-кодом,

который можно было отсканировать с помощью смартфона. При контакте с бактериями капли слились воедино, и код нельзя было считать.

В настоящее время проверка продуктов на безопасность включает в себя помещение их образцов в лабораторные условия с целью выяснения, не будут ли в них расти колонии бактерий. Однако это довольно долгий процесс – он может занимать до 2-3 дней. Быстрые, но при этом более дорогие способы основаны на анализе бактериальной ДНК или взаимодействии бактерий и антител.

Научная группа из Массачусетского технологического института планирует создать матрицу из нескольких небольших ячеек, в каждой из которых будут частицы Януса, «настроенные» на определённый патоген, и на дне каждой ячейки будет свой QR-код. Для того чтобы узнать, нет ли в пище патогенов, будет достаточно поместить её образцы в эти ячейки и использовать смартфон для считывания этих QR-кодов. Никаких дополнительных инструментов или специального образования для этого не потребуется.

Чувствительность новых сенсоров не уступает методам, которые используются при проверке пищи сейчас, но исследователи планируют и дальше совершенствовать своё изобретение, а затем создать компанию, которая займётся коммерциализацией технологии.

Герман АКОДИС.

По информации
Science Daily.

Исследования

Это тайна, которой окутаны корзины с грязным бельём, рюкзаки со спортивной формой и раздевалки тренажёрных залов по всему миру. Наверное, все обращали внимание на то, что некоторые вещи в нашей спортивной сумке пахнут куда хуже, чем другие. И, вероятно, большинство хоть раз задавались вопросом – почему?

Отправляясь в спортзал, каждый решает по-своему, что лучше надеть: это может быть старая растянутая майка десятилетней давности, футболка из коллекции прошлого сезона или же специальная спортивная одежда с конкретными функциями, разработанная с помощью новых технологий.

Последние исследования основаны на сравнении разных тканей и материалов, которые становятся особенно пахучими после контакта с телом.

Учёные из Университета Альберты в Канаде и Бельгийского университета в Генте привлекли к своей работе самых квалифицированных «нюхачей», которых попросили проверить на запах разные вещи, снятые с людей после занятий спортом.

Специалисты пришли к выводу, что синтетические материалы пахнут гораздо сильнее, чем натуральные – такие как хлопок или шерсть.

Почему после тренировки одежда так дурно пахнет?

Любопытно, что дело здесь совсем не в поте: наш пот сам по себе не имеет запаха. Запах появляется тогда, когда бактерии, которые живут на нашей коже, начинают кормиться определённым типом сального пота, вырабатываемого у нас подмышками и в паху.

Почему же синтетика пахнет сильнее других материалов?

Вдохновившись существующими методами исследования тканей, мы провели эксперимент, чтобы выяснить, может ли одежда из хлопка или полиэстера оказывать воздействие на наши кожные бактерии и, как следствие, определять возникающий запах.

В эксперименте приняли участие группы волонтеров из числа интенсивно тренирующихся в двух велотренажёрных классах, которые пользовались в качестве тренировочной одежды футболками двух типов – сделанных на 100% из хлопка или на 100% из полиэстера.

Перед занятиями в обоих классах участники отважно отказывались от использования дезодорантов. В каждом классе мы брали мазки

из подмышек участников эксперимента до и после тренировок, а также собрали их футболки для анализа.

Проанализировав эти образцы, профессор Эндрю Макбейн и доктор Гэвин Хамфрис из Университета Манчестера обнаружили до 300 различных видов бактерий, населяющих подмышку наших волонтеров.

Наиболее распространённые штаммы включали стафилококки, ассоциируемые с нормальным запахом тела человека, и коринебактерии, выделяющие более неприятные запахи.

Интересно, хотя, возможно, и неудивительно, что, согласно результатам исследования, стафилококки, как правило, оказываются более доминирующими в женских подмышках, в то время как у мужчин в основном преобладают более зловонные коринебактерии.

Но когда дело дошло до выяснения того, как повлияли различные ткани на подмышечные бактерии, наши эксперты не выявили существенных различий. Они также

обнаружили, что, несмотря на наличие большого количества неприятно пахнущих коринебактерий на коже, они не перешли ни на одну из футболок.

Это свидетельствует в пользу того, что запах в одежде создаётся не бактериями на нашей коже, а в самой синтетической ткани должно происходить нечто такое, что может объяснить причину того, почему они оказываются такими зловонными.

Доктор Рэйчел Маккуин из Университета Альберты в Канаде после изучения образцов трикотажа из полиэстера, хлопка и мериносовой шерсти предположила, что одной из причин так резко различающихся запахов, возникающих в этих тканях, является различная текстура и динамические характеристики натуральных и синтетических волокон.

Это различие проявляется, например, в том, как взаимодействуют эти типы волокон с влагой. Натуральные волокна из хлопка впитывают влагу, в том числе и производимые бактериями пахучие

субстанции, которые застревают внутри волокон и таким образом не достигают носа обладателя одежды.

Синтетические же волокна влагу не впитывают, но впитывают жирные сальные выделения. Таким образом, эти волокна цепляют «жирные субстанции», выделяемые с нашим потом, которые оседают на ткани, а ими, в свою очередь, питаются бактерии, выделяющие дурной запах.

Особенно зловонные бактерии не проявляют активность на хлопке или на коже.

Профессор Нико Бун, доктор Крис Каллеверт и их коллеги из Университета Гента также обнаружили, что особенно зловонные бактерии, именуемые Micrococcus, в изобилии размножались на синтетических волокнах, но не проявляли подобную активность на хлопке или на коже.

Так что в следующий раз, когда заметите какую-то особенно едко пахнущую одежду из полиэстера в своей спортивной сумке, можете не заниматься самоуничижением: виновниками, по всей вероятности, являются сами синтетические волокна ткани, обеспечивающие для зловонных бактерий благоприятную среду, в которой те могут с успехом размножаться.

Юлия ИНИНА.
По материалам BBC.

Иген

На страже здоровья женщин

В Северо-Западном институте (США) специалисты разработали миниатюрную модель женской репродуктивной системы, состоящую из 3D-моделей яичников, фаллопиевых труб, шейки матки, самой матки, вагины и даже печени (её включили в систему, так как в ней происходит метаболизм лекарств). Всё это взаимодействует между собой с помощью специальной жидкости, аналогичной крови по своим свойствам.

Динамическая модель позволит не только изучить, как происходят эти взаимодействия, но и тестировать различные лекарства, изучая их влияние как на женскую репродуктивную систему в целом, так и на её отдельные органы, а также на репродуктивный тракт конкретной женщины. Чип, на котором расположена модель, довольно мал – не больше ладони, однако польза, которую он может принести науке и пациентам, намного превосходит его размеры.

Прежде всего, с помощью данной модели можно будет проверить, насколько эффективны и безопасны ли новые препараты. Кроме того, устройство поможет

учёным понять механизм работы некоторых болезней женской репродуктивной системы, таких как эндометриоз, миомы (их находят у 80% женщин), рак и бесплодие. Использование стволовых клеток пациентки поможет понять, как лекарственные средства повлияют на репродуктивную систему именно этой пациентки и никакой другой – таким образом, чип будет способствовать оказанию максимально персонализированной медицинской помощи.

Ведущий исследователь Тереза Вудрафф, директор Института исследования женского здоровья Школы медицины Фейнберга (США), профессор по акушерству и гинекологии, так описала работу чипа: «Если бы у меня были ваши стволовые клетки и я создала бы из них сердце, лёгкие, печень и яичники, я могла бы протестировать 10 различных лекарств на этой модели в 10 различных дозировках и сказать – вот ваше лекарство от болезни Альцгеймера, или Паркинсона, или диабета. Это абсолютно персонализированное лечение, модель вашего тела для тестирования лекарств. Именно революционная технология».

Принципиальное отличие нового чипа состоит в том, что мини-органы в нём взаимодействуют друг с другом, они обмениваются гормонами и другими субстанциями. Статичные клетки в лабораторной посуде ведут себя иначе. По словам профессора Вудрафф, новое устройство эффективно имитирует процессы, происходящие в теле на самом деле. Исследователь добавила, что микрожидкостные технологии уже через 10 лет станут основным направлением биологических исследований.

Что касается исследования рака и других заболеваний – сейчас многие из них лечатся только хирургическим путём, так как врачи и учёные пока не разработали эффективной терапии. Чип поможет изучить эти болезни также не на статичных культурах клеток, а на системе, в которой всё взаимосвязано.

Как известно, эндометриоз, миомы и другие заболевания женской репродуктивной системы возникают, как правило, вследствие гормональных нарушений. В этой связи разработчики чипа пояснили, что система даст возможность выявить причины этого и разработать новые способы лечения.

Дословно

Всемирная организация здравоохранения опубликовала новые рекомендации, нацеленные на повышение шансов на выживание для людей с онкологическими заболеваниями, акцентировав внимание на своевременной диагностике и лечении болезни на ранней стадии развития. Об этом говорится в сообщении на сайте организации.

Цель: ранняя диагностика

Согласно обновлённым данным ВОЗ, ежегодно от злокачественных новообразований умирают 8,8 млн человек, по большей части в странах с низким и средним уровнем дохода. Одна из основных проблем заключается в том, что многие случаи развития онкологических заболеваний даже в странах с оптимальными системами и службами здравоохранения выявляются на поздних стадиях.

В заявлении ВОЗ подчёркивается, что все страны могут предпринять три шага для улучшения ранней диагностики рака в соответствии с новыми рекомендациями, которые заключаются в следующем: повышение уровня осведомлённости населения о возможных симптомах рака и содействие тому, чтобы в случае обнаружения таких симптомов люди обращались за медицинской помощью; инвестиции в укрепление и оснащение оборудованием службы здравоохранения и обуче-

ние медицинских работников проведению точной и своевременной диагностики; обеспечение онкопациентам доступа к безопасному и эффективному лечению, в том числе обезболиванию, без финансовых осложнений и нагрузки на персонал.

«Принимая меры по соблюдению новых рекомендаций ВОЗ, организаторы здравоохранения могут улучшить раннюю диагностику злокачественных новообразований и обеспечить своевременное лечение, особенно в случаях развития рака шейки матки, молочной железы и колоректального рака. Это приведёт к увеличению числа людей, одержавших победу над этим суровым заболеванием. Кроме того, лечение онкологических пациентов станет менее дорогостоящим», – сказал директор Департамента предупреждения неинфекционных заболеваний, инвалидности, насилия и травматизма доктор Этьен Крюг.

Ситуация

Есть – новый рекорд

В начале позапрошлого года граждане США Эмма Ситон и Рэй Бэйтман узнали, что вскоре в их семье ожидается пополнение. Они уже воспитывали Билли, сына Эммы, и не планировали на тот момент детей, поэтому беременность Эммы оказалась для них сюрпризом, которому они тем не менее обрадовались. Второй неожиданным стало то, что детей оказалось трое – это выяснилось на УЗИ в 12 недель. Мало того, близнецы оказались однойцевыми и делили одну плаценту на троих, поэтому беременность обещала быть непростой. Семье сообщили, что ориентировочно дети появятся на свет раньше срока – в декабре.

Однако до декабря тройняшки «не досидели». В конце августа Эмма поехала на работу и по пути почувствовала схватки. Она старалась не нервничать, так как срок был ещё слишком небольшим для родов – всего 22 недели и 6 дней. Однако схватки становились болезненнее, и женщина обратилась к своему врачу, который отправил её в больницу. Там её худшие опасения подтвердились – процесс родов начался. Эмма и Рэй рассказали, что чувствовали себя абсолютно опустошёнными, так как врачи опасались делать прогнозы, и пара думала, что теряет своих

детей. Ещё два дня будущая мама тройни провела в больнице, где ей вводили препараты, чтобы помочь лёгким малышей дозреть.

31 августа у Эммы отошли воды, и первым на свет появился Альфи с весом в 419 г, а затем Коннор, 430 г, и Дилан, самый большой из близнецов – 463 г. Всех новорождённых немедленно забрали в отделение интенсивной терапии, так как их жизни были в опасности. Родители смогли взять на руки одного из тройняшек – Коннора, самого крепкого – только через 5 недель, когда всех троих готовили к операциям на сердце. До этого ещё

одну операцию перенёс Альфи – в возрасте 2 недель его лёгкие отказали, и ему срочно потребовалась помощь. Все трое мальчиков также страдали ретинопатией.

Спустя 6 месяцев после появления близнецов на свет (и 2 месяца после предполагаемой даты родов) их выписали домой, хотя двое из них ещё несколько месяцев дышали с помощью кислородного баллона. Альфи, Коннор и Дилан Бэйтманы стали самыми маленькими выжившими тройняшками в мире, и этот рекорд зафиксирован в Книге рекордов Гиннесса.

Сейчас мальчикам больше 2 лет, и хотя они меньше своих сверстников, особых проблем со здоровьем у них нет. Они абсолютно одинаковые – разве что Дилан чуть ниже братьев, а у Альфи чуть покруглее лицо, – и даже сама Эмма путает своих сыновей. И если 2 года назад каждый день был для семьи испытанием, то сейчас, по словам женщины, всё хорошо, дети растут и шалят, как и любые другие дети.



Исследование на взрослых мышках показало, что возрастную дегенерацию макулы – центральной части сетчатки – можно остановить, если пациент переключится с высокогликемической диеты на низкогликемическую – например, заменит белый хлеб цельнозерновым и т.д. При одинаковом количестве углеводов в первом случае сахар попадает в кровь быстрее, и это влияет в том числе на здоровье глаз. Кроме того, исследователи из Университета Тафтса (США) заявили, что им удалось найти потенциальные биомаркеры возрастной макулодистрофии, основной причины наступления слепоты у людей в возрасте от 50 лет и старше.

Всего подопытных животных было 59; 19 из них с самого начала эксперимента питались продуктами с низким гликемическим индексом, 40 – продуктами с высоким индексом. Пища мышей различалась только источником углеводов, которые составляли 45% рациона.

Высокогликемическая пища содержала 100% амилопектина, а низкогликемическая – 70% амилозы и 30% амилопектина. Спустя 6 месяцев с начала эксперимента часть мышей из высокогликемической группы была переведена на низкогликемическую диету.

Учёные выявили, что результатом высокогликемической диеты стало проявление многих симптомов возрастной макулодистрофии – в частности, потеря функций клеток задней камеры глаза (атрофия пигментного эпителия сетчатки), а также фоторецепторов. При низкогликемической диете таких симптомов не наблюдалось, кроме того, зрение тех мышей, диета которых изменилась в ходе исследования, также не пострадало – то есть модификация рациона сыграла положительную роль.

В ходе опытов были также обнаружены потенциальные биомаркеры макулодистрофии – конечные продукты усиленного гликолизирования. На низкую вероятность развития заболевания указывали повышенные уровни СЗ-карнитина и серотонина.

Новые подходы

Группа исследователей из нескольких университетов Испании обнаружила неожиданное свойство одного из антиретровирусных препаратов подавлять развитие вируса ВИЧ в сперме человека, что позволит снизить риск заражения СПИДом партнёра во время полового контакта, а таким путём в прошлом году заразились свыше 2 млн человек.

Цель: подавлять ВИЧ

О своём открытии учёные сообщили на 15-й конференции в Барселоне, посвящённой проблемам ВИЧ-инфекции. В исследовании приняли участие 15 ВИЧ-инфицированных добровольцев. Каждый из них один раз в день получал набор препаратов, включающий долутегавир. Затем в 1-й, 3-й, 7-й и 14-й дни измерялся уровень ВИЧ-инфекции в сперме. Затем замеры проводились в 4, 12 и 24 недели после начала лечения.

Как показали результаты замеров, в плазме спермы ДНК

вирусов подавлялись быстрее, чем в плазме крови. Особенно заметной эта разница была на 4-й и 12-й неделе. Далее вирусная ДНК снижалась как в сперме, так и в крови с одинаковой скоростью. Тем не менее у 5-25% пациентов вирус остаётся в сперме и после антиретровирусной терапии. Так что говорить о том, что ограничения в сексе с заражёнными ВИЧ партнёрами сняты, пока рано – пренебрегать контрацепцией во время полового контакта врачи не советуют.

Ну и ну!

Сомнительная польза

Американские исследователи выяснили, что фастфуд может быть полезен для работы мозга: ингредиенты популярных блюд «быстрой еды» содержат вещества и витамины, улучшающие когнитивные способности и память.

Так, в исследовании учёных Бостонского университета (США) участвовали 1400 человек. Выяснилось, например, польза неаполитанской пиццы: в её составе есть оливки, каперсы и анчоусы, которые богаты полифенолами. Полезны для мозга и блюда, богатые витамином В4: фалафель, суши и еда с содержанием куркумы.

Диетолог Рут Тонг отметила, что фастфуд особенно полезен для студентов при подготовке к сессии: те из них, кто употреблял фастфуд, зачастую демонстрировали более высокие результаты на экзаменах.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Medical Xpress, Journal of Infectious Diseases, who.int, Daily Mail, northwestern.edu, CNN.

30 июня исполняется 73 года со дня образования Академии медицинских наук страны. Хотя дата отнюдь не круглая, поневоле о ней вспоминаешь не только благодаря той роли, которую сыграла академия в развитии отечественной медицинской науки, но и благодаря тому, что создателем и первым её руководителем был человек удивительной судьбы, великий врач и учёный. Имя его Николай Бурденко (1876-1946).

«Как хороши, как молоды мы были»

Николай Бурденко рос в многодетной семье. Детские годы его прошли в небольшом селе Пензенской губернии, где отец служил у небогатого помещика. С малых лет Коля отличался редкой любознательностью и в 5-летнем возрасте втайне от родителей пошёл в местную земскую школу. В 10 лет родители определили сына в Пензенское духовное училище. Уже в те годы в свободные часы он занимался репетиторством и отсылал заработанные деньги родителям. Блестяще окончив училище, Николай поступает в Санкт-Петербургскую духовную семинарию. Увлёкшись одновременно литературой и естественными науками, он всё отчётливее убеждается, что священнослужительство – не его стезя в жизни. Вопреки настояниям родителей молодой семинарист решает стать врачом. Выбрал Николай Томский Императорский университет, где к тому времени открылся медицинский факультет. Кроме всего прочего, радовало, что удастся познать Сибирь с её необъятными просторами, суровым климатом. Материальные трудности его не пугали. Убеждён был – репетиторство всегда его выручит.

Преподававшийся в университете дисциплины, особенно анатомия, часть занятий которых проводилась в прозекторской, сразу увлекли Николая. Всё было в новинку. И велико было желание проникнуть в тайны человеческого бытия. На 3-м курсе он, прекрасно учившийся, совмещал учёбу с работой помощником прозектора. А свободные часы посвящал изучению трудов Н.Пирогова, интерес к которому всё больше и больше возрастал, запоем читал Пушкина. К слову, аплодисментами был встречен университетской аудиторией его доклад, приуроченный к 100-летию поэта.

При всей своей загруженности молодой Бурденко ещё вовлёкся в студенческое движение против самодержавия. И немало за это поплатился. Николая отчислили из университета. То, что он как один из самых ярких студентов лишился солидного государственного денежного пособия, не слишком его огорчило. Переживал лишь, что рушились надежды, связанные с врачебным будущим. К счастью, профессора отстояли талантливого студента. Но Николай вновь замечен был в кругу неблагонадежной молодёжи. На этот раз ничьё заступничество ему не помогло.

Ну что же, не восток так запад, решил неунывающий Бурденко и подался в Юрьев (ныне Тарту). Там с отличными оценками его сразу приняли на 4-й курс местного университета, того самого, где в своё время учился Пирогов, кумир Николая. Но и здесь он вновь причащается к протестному движению студенчества. И ему, без пяти минут выпускнику медицинского факультета, указали на дверь.

Бурденко отправляется в Херсонскую губернию, где вовлекается в борьбу с эпидемией сыпного тифа. Там же он впервые приобщается к хирургии. Спустя год по ходатайству юрьевской профессуры лекарь без диплома возвращается в университет, где его приняли в хирургическую клинику помощником ассистента. Но не в его характере было оставаться в стороне от политической жизни

ни страны. И когда разразилась русско-японская война, добровольцем отправился на фронт. На этом кончилась его молодость.

Достойный преемник Пирогова

Как описывают биографы Бурденко, он вынес с поля боя сотни раненых, работал фельдшером, оказывая пострадавшим хирургическую помощь. Даже раненый в руку не покидал поле боя. За проявленный героизм был награждён солдатским Георгиевским крестом.

Вернувшись в Юрьев, Николай блестяще сдал государственные экзамены и получил наконец диплом лекаря. Самостоятельно работать хирургом Николай Нилович начал в Пензенской земской больнице. Видимо, тянули родные пенаты. Там же без всякой помощи

скую службу. И впервые в этой второй своей военной эпопее стал оперировать при повреждениях черепа. А на передовой, нередко попадая под обстрел, сам оказывал неотложную помощь раненым. Кончилось для него это контузией, заставившей вернуться в Юрьев.

Профессора Бурденко тут же избирают руководителем кафедры, той самой, которую в своё время возглавлял Н.Пирогов. Достойная преемственность поколений. Не случайно портреты обоих висели рядом в коридоре университета в числе самых ярких его выпускников.

Развивая нейрохирургию

В Воронеже, куда во время той войны переведён был Юрьевский университет, вновь проявился организаторский талант Бурденко. Его усилиями был открыт



Имена и судьбы

Человек живёт, пока работает

Так часто повторял великий хирург Н.Бурденко



Николай Нилович не сдавался до последнего

стал заниматься наукой и готовую диссертацию положил на стол той же юрьевской профессуры. Работа была высоко оценена, и молодого специалиста тут же пригласили приват-доцентом на одну из хирургических кафедр университета. Вскоре в печати появились первые его публикации об операциях на спинном мозге. И неполных своих 40 лет Николая Ниловича избирают профессором кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии.

Но едва разразилась Первая мировая война, Бурденко вновь попросился на передовую. Его назначили консультантом медицинской части Северо-Западного фронта. По примеру Пирогова он начал с того, что сортировал раненых, создавал перевязочно-эвакуационные и полевые лечебные пункты. При дефиците транспорта обеспечил перевод в тыл 25 тыс. тяжело раненых и организовал в лазаретах специализированные отделения для раненных в живот, лёгкие. Опять же по примеру Пирогова организовал в войсках постоянную противоэпидемиче-

проводит серию нейрохирургических вмешательств под овации французских коллег, до отказа заполнявших демонстрационный зал. Многие операции Бурденко вошли в историю медицины под его именем.

Главный хирург Красной армии

Советско-финская война 1939-1940 гг. стала третьей войной в жизни Н.Бурденко. Снова наряду с лечением раненых он налаживает фронтową медицинскую службу. А с первых дней Великой Отечественной войны его назначают главным хирургом Красной армии. И в свои уже немалые годы он добивается не только до дивизионных, но и полевых медсанбатов и лично проводит сотни операций в прифронтовых госпиталях.

Коллеги Николая Ниловича вспоминают смешной и вместе с тем достаточно характеризующий Бурденко эпизод. С нестерпимой зубной болью в свои 65 лет он 5 часов кряду оперировал тяжело раненого. После того сам удалил мучивший его зуб и, разглядывая его, со смешком приговаривал: «Так это ты, негодяй, так меня изводил».

Увы, война не щадит даже таких негнбимых людей. Во время бомбардировок на переправе через Неву Бурденко контузило. Эта вторая контузия при той неимоверной нагрузке, которую он нёс, не прошла даром: Николая Ниловича сразил инсульт. Он не мог двигаться, лишился речи, потерял и без того пониженный слух. Его эвакуируют в Омск. И какой внутренней силой надо было обладать, чтобы спустя несколько месяцев, ещё полностью не оправившись, встать за операционный стол и одновременно обучать военных врачей, как оперировать нейротравмы и как справляться с послеоперационными осложнениями. «Пока работаешь, ты живёшь», часто повторял Николай Нилович.

Усилия этого человека, конечно же, не остались незамеченными. Ему присуждают самые высокие в стране государственные премии и ордена. Но при всей своей блестящей карьере и государственной милости угнетала его тяжёлая душевная рана. Связана она была с расстрелом польских военнопленных под Катынью. Ещё до того, как Бурденко назначили

председателем государственной комиссии по расследованию этого преступления, он обратился с письмом к Молотову, в котором доказывал, что методы расстрела польских офицеров, приписываемые фашистам в конце Великой Отечественной войны, идентичны тем, которыми были уничтожены советские граждане под Орлом ещё до её начала. И всё же жизнь заставила Бурденко, даже такого высокочтимого и сильного духом человека, подписаться под весьма сомнительным решением комиссии, на котором настаивал Сталин. Насколько этот поступок угнетал Николая Ниловича, можно судить по письму, незадолго до своей кончины отправленному давнему другу, бывшему профессору Воронежского университета Ольшанскому: «Все тела (имеются в виду погребённые под Катынью. – М.М.) были расстреляны не в конце войны, а года за 4 до того. Для меня как для врача это очевидный факт, который невозможно поставить под сомнение».

Последние годы жизни

Ещё шла война, а Н.Бурденко уже размышлял о развитии медицинской науки и образования академии, которая могла бы дать этому необходимый импульс.

Но как ни старался человек «перехитрить» свой организм, Николаю Ниловичу не удалось, и в 1945 г. его сразил ещё один инсульт. И снова он не сдаётся. Лежа на больничной койке, пишет книгу об организации медицинской службы во время войны. Увы, меньше чем через год его настиг третий инсульт.

Опять же поражаешься силе духа этого человека. Чуть придя в себя, он работает над докладом об огнестрельных ранениях, с которым собирался выступить на 25-м Всесоюзном съезде хирургов. К сожалению, самому Бурденко это сделать не довелось. Его доклад зачитал один из коллег. И всё же, поддерживаемый сотрудниками, едва передвигая ногами, он пришёл на съезд.

Спустя месяц в ноябре 1946 г. этого могучего человека не стало. Урна с его прахом захоронена на Новодевичьем кладбище. На могиле установлен памятник работы скульптора Г.Постникова.

Марина МЕЛКОНЯН,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

– И всё-таки... Как получилось, что выпускник Московского электромеханического института связал свою жизнь с искусством?

– Истоки этого решения – в далёком детстве, в моём родном селе Киноти Зестафонского района Грузии. Сколько помню себя, при очень нелёгкой тогдашней жизни крестьян люди несмотря ни на что находили моменты радоваться урожаю, тёплой погоде, встрече с близкими людьми. Взрослые негромко обсуждали между собой не всегда понятные им события, которые происходили вокруг в ходе раскулачивания 30-х годов, а нам, малышам, поручалось следить – не появился ли рядом кто-то из милицейского начальства. Ребятам в такие моменты хватало крышки кастрюль, тапки и лупила в них как в барабаны. И все начинали петь и плясать...

Так получилось, что ещё студентом я организовал в институте кружок грузинских танцев. А потом к нам пришли солдаты из соседней воинской части: хотим тоже приобщиться к вашему мастерству... Нужно было помещение для занятий. Директор школы № 10 Антонина Рыбина, заведя меня, молодого учителя электротехники в окружении воинов, заявила: «Будете заниматься у нас, но при условии, что возьмёте под свою опеку моих джигитов... Пусть тоже постигают тайны искусства».

Вскоре в школе подмосковного города Бабушкин появился кружок грузинских танцев. Поначалу в нём числились 16 человек.

Первый выход юных танцоров на сцену парка культуры и отдыха состоялся 29 мая 1957 г., по случайному совпадению – в день моего рождения. Этот день стал датой отсчёта истории хореографического ансамбля «Колхида» и хореографической школы-студии «Иверия». Забегая вперёд, отмечу, что в 1974 г. мы по просьбе родителей открыли студию для дошкольников и младших школьников «Колхидари» (саженцы Колхиды).

Пролетели годы, и с ними пришло признание, успех, почётное звание «Колхида» – «Народный коллектив». «Иверия» стала самостоятельным учреждением – Центром эстетического воспитания детей.

Так вот в моей биографии органично переплелись «физика» и «лирика», хореография стала главным делом жизни.

– Что для вас народный танец? Легко ли шло становление творческого коллектива?

– Народный танец не случайно называют пластическим портретом народа. Он воплощает в себе поэзию и песню, отражает творческую силу народной фантазии, образность мысли, глубину и свежесть чувств. Как говорят хореографы, зажигает кровь мышечной радостью. При этом танец является законченным произведением, кратким, немногословным, со своим глубоким содержанием и смыслом.

Занятия хореографией с самого начала шли параллельно с изучением истории, этнографии, музыкальной культуры, традиций и обычаев народов Кавказа. Ведь в основе нашей работы – задача интернационального, патристического, нравственного и эстетического воспитания ребят. Танец не ради танца – ради воспитания.

Работаем вместе – педагоги, участники ансамбля, их родители, – отшлифовывая подходы к главной цели. За минувшие годы через ансамбль прошли сотни учащихся. И сегодня, как эстафета, педагогами выступают дети и внуки тех, кто когда-то сам учился в студии. Многие наши ветераны



Мой собеседник готовится разменять девятый десяток лет. Но когда встречаешь его живой, лукавый взгляд, в это как-то не веришь. Не очень-то укладывается в голове и другое: технар по образованию, Реваз Джаниашвили стал основателем и художественным руководителем народного ансамбля грузинского танца «Колхида» и созданных на его основе образцовых детских хореографических коллективов «Иверия» и «Колхидари». Они известны не только в нашей стране, но и далеко за рубежом. Считай, полвека Реваз возглавлял их. Не порывает дружбы и сегодня.

На днях танцевальный коллектив на сцене Центрального академического театра Российской Армии отметил своё 60-летие. Зал стоя благодарно аплодировал ему – заслуженному работнику культуры России и Грузии, заслуженному деятелю искусств Грузии, кавалеру орденов Чести Грузии, «За заслуги перед Отечеством» II степени, обладателю медали Отличнику народного образования ГССР, РСФСР и СССР.

Реваз ДЖАНИАШВИЛИ:

Танец – это энергия, а значит, – здоровье

отмечены почётными званиями. Это Татьяна Крамар – заслуженный работник культуры РФ, заслуженная артистка Аджарии, Евгений Беликов, Виктор Григорьев и многие другие.

– Порой слышишь о человеке: прошёл, мол, огонь, воду и медные трубы... А вас коснулись такие испытания?

– Один лишь эпизод. Ансамбль уже имел устойчивую репутацию, стал лауреатом многих всероссийских и международных фестивалей, смотров народного творчества, когда мы получили приглашение выступить в Кремле. Это было вскоре после XX съезда партии, который осудил культ личности. Начались изнурительные репетиции. И вот в последний момент узнали: по мнению одного из высших чиновников, мы «недостойны» выступать на столь почётной сцене. Конечно, такие вещи оставляют царапины в душе на многие годы.

Тяжёлым испытанием явился развал Союза. Мы были на грани закрытия. Выручила супруга Нина. Она в то время работала в районном отделе народного образования. Ей каким-то образом удалось выйти на доброхотов, найти спонсоров. Если бы не их поддержка, о танцах пришлось бы забыть. Позднее жена сама принимала деятельное участие в работе хореографического коллектива: была костюмером, администратором, директором.

– Поэту Евгению Баратынскому принадлежит многозначное определение «Болящий дух вращает песнопенье»...

– Смею утверждать: хореография, народный танец самым благотворным образом отражается на нашем здоровье. И это понятно: психическое и физическое состояние людей тесно взаимосвязаны.

Опытные медики утверждают: лучшая защита от недуга – твёрдая вера в собственное здоровье, положительные эмоции. Негативное настроение не проходит бесследно, действует разрушающе на наш организм. Та же злость, обиды... И наоборот. Слова любви, симпатии усиливают жизненную энергию того, к кому они обращены. Не случайно же древние мудрецы призывали радоваться жизни, как бы тяжела она ни была! Думаешь о

*с человек человек надо
приобщаться к искусству.
И, здесь, как мне
думается, без хореографии
не обойтись.*

хорошем – жди хорошего. Думаешь о плохом – плохое и получишь. Так что он очень важен – позитивный настрой.

Мне рассказывали о детском костно-туберкулёзном санатории «Кирицы» в Рязанской области. Больные дети здесь были вынуждены порой годами не покидать постель. Мудрые врачеватели взяли в свои помощники хореографию. Танцевать ведь можно и руками... И вот мальчишки и девчонки, забывая о недуге, в специально сшитых национальных костюмчиках увлечённо исполняли танцы разных народов, в том числе и лезгинку... В их глазах сверкала радость. Танец ускорял выздоровление.

...Кто не слышал о танце «Тарантелла»? Но многие ли знают, что он из так называемых знахарских танцев? Дело в том, что яд от укуса тарантула можно было изгнать только потом... Для этого больным и надо было кружиться в бешеной пляске. Именно такую функцию выполняла «Тарантелла».

– На чём основано ваше негаснущее творческое рвение? Что помогает не уставать?..

– Здоровье закладывается в детстве. Мой отец был врачом. Участвовал в Первой мировой войне. Пользовался непрерываемым авторитетом среди сельчан. Дома ему не приходилось дважды повторять просьбу. Немногословный, он был разносторонним умельцем, отличался дотошным отношением к любому делу, не признавая малейшей халтуры. Его очень любила детвора.

Мальчишкой я как-то сильно простудился. Отец тогда был в

отъезде. Помню, как он, приехав домой, мрачно, стоя в нескольких метрах от меня, слушал моё тяжёлое хриплое дыхание. До сих пор не забыл, как мне ставили банки на спину... А потом, едва я пошёл на поправку, заставил меня и днём, и ночью находиться на открытой веранде, в любую погоду, даже в зимнее время. Утро для меня начиналось с того, что меня окатывали ведром холодной воды. Зимой, когда выпадал снег, заставляли натираться им... Эта закалка пригодились на всю жизнь.

– Что вы думаете о долголети?

– Все стремятся жить долго, но никто не желает при этом стареть...

Если говорить о моём долголети, то, разумеется, ему во многом поспособствовала работа с молодёжью, с мальчишками и девочками. Мне живоительно передавалась каждодневная их радость от приобщения к мастерству танца, чувство полёта, которые они начинали ощущать, преодолевая начальную неуклюжесть, скованность. Грузинский народный танец, подкреплённый хором, в этом отношении – превосходное средство окрылить большого и малого человека. Попробуй, останься равнодушным зрителем, когда на твоих глазах происходит чудо танца, вобравшего в себя то быстрые, резкие движения, то сменяющие их плавные, мягкие, женственные... Танец несёт в себе особый темп, зажигательные элементы, демонстрирует грацию, силу и ловкость...

Не могу не сослаться на мнение классика – композитора, пианиста Антона Рубинштейна (автора опе-

ры «Демон»): «Оркестр не должен состоять из великих артистов. Он должен быть одним великим артистом». Я исходил из этого, приступая к работе над очередным народным танцем.

Начало моей педагогической деятельности совпало со временем, когда в стране звучал лозунг интернационального воспитания будущего строителя коммунизма средствами народного художественного творчества. Не кривя душой, скажу, что искренне верил в него, стремился внести свою лепту в общее дело.

Готов повторить слова опытного педагога Василия Сухомлинского: «Что самое главное было в моей жизни? Без раздумий отвечаю: любовь к детям».

Нас роднит общее понимание назначения ученичества как неразрывного процесса обучения и воспитания, приобщения будущего поколения к культуре. Обучение и воспитание неразделимы.

– Вы считаете себя счастливым человеком?

– Да, именно так. Истоки моего долголетия, конечно же, в моём окружении. У меня прекрасная семья. Радуют дети, внуки. Мои две дочери были не только солистками ансамбля, но и долгое время трудились в коллективе педагогами. В школе-студии «Иверия» занималась внучка Анастасия. Многие годы здесь танцевал внук Джамал...

Горжусь, что у меня столько великодушных воспитанников, столько юных друзей. Моя гордость – две мои родины: Грузия и Россия.

– А можно ли поинтересоваться – как проходит ваш день?

– Разумеется, он начинается с утренней зарядки. Стараюсь плотно позавтракать. Потому что при моём ритме жизни, множестве задушек на каждый день, не уверен, что смогу вовремя пообедать... При этом налегаю – жена приучила – в основном на каши. Стараюсь избегать жирной пищи. Когда-то курил. Но вовремя бросил это занятие.

Мне по душе кавказские застолия, когда собираются близкие люди, друзья. Это тоже – продолжение воспитания, культуры. Звучат красивые, значимые тосты за родину, родителей, успехи детей... И при этом никто не злоупотребляет напитками. Говорим о делах.

– Если не секрет, о каких делах идёт речь?

– Сейчас я живу в городе Зестафони, а в селе моего детства Киноти достраиваю новый дом. Охотно помогаю строителям: ведь при необходимости могу быть и электриком, и бетонщиком... Давно мечтал о том, чтобы местная молодёжь имела здесь свой спортивный стадион. И вот теперь моя задумка близка к воплощению. Не скрою: меня это очень радует.

– Остаётся время для чтения?

– Несмотря на то, что зрение стало в последнее время подводить, не расстаюсь с книгами. Наверное, сказывается возраст: меня привлекают произведения, которые посвящены истории наших стран. Предпочитаю произведения из серии «Жизнь замечательных людей».

– Что вы цените в окружающих людях?

– Искренность. Правдивость.
– **Что не прощаете?**
– Лицемерие. Ложь.
– **Ваш любимый афоризм?**
– Мне по душе мудрый вывод Шота Руставели: «Кто себе друзей не ищет, самому себе он враг».

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».
Фото автора.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Джурнальный член редколлегия – А.ПАПЫРИН.

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

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

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

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-05-00201 Тираж 23 973 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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