

# Медицинская

25 ноября 2015 г.  
среда  
№ 88 (7610)

# Газета®

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

## Профилактика

# Эпидемия гриппа будет умеренной

Тем не менее идёт подготовка к защите от заболеваний



Эпидемия гриппа в России начнётся в декабре – январе и будет умеренной. Такой прогноз НИИ гриппа (Санкт-Петербург) на предстоящий сезон сообщила заместитель директора института Людмила Цыбалова.

Небольшая сила эпидемии, считают в НИИ гриппа, может быть обусловлена отсутствием новых агрессивных мутаций у типов вирусов, которые циркулируют в человеческой популяции.

Оптимистические прогнозы тем не менее не могут восприниматься как стопроцентная гарантия до того, как эпидемия началась. Поэтому в Институте гриппа вни-

С такими предосторожностями от болезни можно уберечься

мательно отслеживают все изменения в эпидситуации во всём мире, уточняя прогнозы по России.

Помимо надзора за гриппом, в НИИ также исследуют ситуацию с распространением ОРВИ. По этой группе заболеваний верхних дыхательных путей с начала учебного года идёт подъём заболеваемости.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) осуществляет оперативный мониторинг за заболеваемостью респираторными инфекциями и ходом иммунизации. Как

отмечают в ведомстве, на территории Российской Федерации, как и в большинстве стран Европейского региона, по-прежнему отмечается низкий уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ.

В России вакцина против гриппа выпущена в объёме, необходимом для профилактической иммунизации против сезонного гриппа людей в возрасте от 18 до 60 лет в рамках Национального календаря профилактических прививок.

Валентин МАЛОВ,  
МИА Сити!



Ляля ГАББАСОВА,  
помощник министра  
здравоохранения РФ:

Важно поднять престиж фтизиатрии – ей необходимы молодые люди с новыми идеями.

Стр. 5

Валентин МОИСЕЕВ,  
заведующий кафедрой  
факультетской терапии РУДН,  
академик РАН:

Очень сложно осуществить что-либо позитивное, когда в нашей стране на отрасль выделяется 3,5% от ВВП.

Стр. 7



Валерий КУБЫШКИН,  
директор Института хирургии  
им. А.В.Вишневского, главный хирург  
Минздрава России, академик РАН:

Усилить сельское здравоохранение можно за счёт создания межрайонных медицинских центров, в том числе по хирургическим профилям.

Стр. 10

## События

# Дружно против диабета

Недавно, когда во всём мире отмечали День борьбы с сахарным диабетом, на ВДНХ состоялось два важных мероприятия: конференция эндокринологов и благотворительный фестиваль «Диалэндиада» для детей с диабетом и их родителей.

Ежегодно угроза сахарного диабета становится масштабнее. Если ещё 20 лет назад на планете насчитывалось около 135 млн страдающих этим недугом, то сегодня эта цифра составляет 387 млн.

В 2015 г. День борьбы с диабетом посвящён здоровому образу жизни и спорту. Ведь спорт диабету не помеха. Пример тому – легендарный футболист Пеле. Программа фестиваля была разработана при участии врачей Эндокринологического научного центра Минздрава России.

В ходе соревнований дети смогли попробовать себя в различных видах спорта под руководством про-

фессиональных тренеров. Самые смелые и активные взошли на пьедестал и получили награду из рук мисс Санкт-Петербург-2013, телеведущей и педиатра Анастасии Бельской. Анастасия с детства болеет сахарным диабетом и на собственном примере показывает, как с ним можно бороться.

Впервые на одной площадке с детским фестивалем состоялась конференция, приуроченная к 25-летию Российской диабетической ассоциации. На встрече выступил директор Эндокринологического научного центра, главный эндокринолог Минздрава России, академик РАН Иван Дедов. Об актуальных проблемах диабета в стране и мире рассказали ведущие эндокринологи и представители диабетических организаций России и стран СНГ. Пациенты «со стажем» были награждены специальными медалями.

Ирина СТЕПАНОВА,  
корр. «МГ».

## Акценты

# «Кровавая» встреча

В Москве впервые прошла конференция специалистов производственной и клинической трансфузиологии, в которой приняли участие более 200 участников от 48 медицинских организаций государственной системы столичного здравоохранения.

С докладами выступили главный врач столичной Станции переливания крови Ольга Майорова, руководитель Центра организации и обеспечения качества трансфузиологической помощи Ма-

рия Аппалуп, а также профильные врачи-специалисты и заведующие отделениями Станции переливания крови и крупных московских больниц.

В центре внимания собравшихся были вопросы структуры службы крови столицы, обеспечения контроля качества трансфузионной помощи, инфекционной и иммунологической безопасности компонентов и препаратов крови. Специалисты обсудили профессиональный круг тем: криоконсервирование клеток крови, реинфузия в хирургической клинике,

аутоотрансфузии в акушерстве и др. Наряду с этим в рамках мероприятия рассказывали о возможности повышения эффективности менеджмента применения тромбоцитного концентрата в многопрофильном стационаре, а также дали сравнительную оценку методов заготовки, обработки и клинического применения концентрата тромбоцитов.

В завершение деловой встречи прошла церемония награждения организаторов и волонтеров за активное многолетнее сотрудничество со столичной службой крови

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».

Москва.

**DIXION**  
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОВОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

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

## Новости

## Лучше раньше. И побыстрее!

В Кемеровском областном клиническом онкологическом диспансере подведены итоги недели ранней диагностики рака молочной железы. Маммологи, рентгенологи, специалисты по ультразвуковой диагностике вели приём пациенток после окончания своего рабочего дня. В рамках акции к ним обратилось 258 женщин, не только кемеровчанки, но также жительницы других городов области. В итоге у 137 выявлена диффузная мастопатия, у 37 диагностированы узловые доброкачественные новообразования. Эти пациентки прошли дополнительные обследования и взяты под наблюдение онкологов. Четырём женщинам поставлен диагноз «рак». Две из них уже направлены на плановую госпитализацию, две другие в настоящее время проходят обследования, необходимые для назначения специализированного лечения.

– Работа по выявлению ранних форм рака любой локализации будет продолжена, – сказал главный онколог Кузбасса, заместитель главного врача диспансера Ольга Жаркова. – В ближайшее время наша мобильная бригада отправится в посёлок Яя. Местные медики уже подобрали группу пациентов с подозрением на онкозаболевание.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

«Земский доктор»  
популярен на Алтае

На расширенном заседании Комитета Совета Федерации по социальной политике рассматривалась тема «О реализации кадровой политики в здравоохранении на примере Алтайского края».

С докладом «Решение кадровых проблем медицинских организаций Алтайского края путём реализации программ «Земский доктор» и «Сельский фельдшер» выступил заместитель губернатора Даниил Бессарабов.

Напомним, Алтайский край входит в первую пятёрку регионов по количеству участников программы «Земский доктор» и занимает лидирующее место в Сибирском федеральном округе.

Так, с 2012 г. – времени начала реализации программы «Земский доктор» 692 молодых врача трудоустроились в сельские медицинские организации края, причём 141 молодой специалист – в 2015 г.

В 2014 г. в крае разработана первая в стране региональная программа «Сельский фельдшер», в соответствии с которой единовременная компенсационная выплата в размере 500 тыс. руб. из краевого бюджета предоставляется фельдшеру в возрасте до 35 лет, который прибыл для работы в ФАП и обязуется проработать там 5 лет. В её рамках уже трудоустроено 43 фельдшера, причём 63% из них приступили к работе после окончания образовательных учреждений, остальные переехали на село из городских медицинских организаций.

Елена ЛЬВОВА.

Москва.

## Быть ли больнице на дому?

Французский медицинский фонд предлагает реализовать в Москве проект по оказанию медицинских услуг. С соответствующей инициативой выступил исполнительный директор фонда Мишель Калмон, принявший участие в заседании комиссии Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья.

– По инициативе Московской ассоциации частных клиник мы начали с ними партнёрство, направленное на реализацию этого проекта. У нас складывается твёрдое убеждение, что в России может быть реализована идея по развитию больничных услуг на дому, – отметил М.Калмон. – Если этот проект найдёт поддержку со стороны Московской городской думы и Министерства здравоохранения РФ, мы сможем совместно сделать очень полезное дело.

В свою очередь, глава Комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова отметила, что возможность реализации данного проекта на базе амбулаторно-поликлинических центров столицы будет изучена в дальнейшей работе. «Я вижу реализацию этого проекта на базе наших амбулаторных центров. Ваш опыт будет нам интересен», – заявила она.

М.Калмон также добавил, что предлагаемый к реализации проект «Больница на дому» не является конкурентным по отношению к стационарному лечению в медицинских учреждениях.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

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

## Накануне

Премьера документального фильма  
на телеканале «Россия 1»

По заказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования подготовлен телевизионный документальный фильм «Сельский доктор. На пороге перемен» о жизни и работе первых сельских врачей, в рамках реализации государственной программы «Земский доктор». В фильме освещаются, как решается задача по привлечению на работу в сельские населённые пункты медицинских работников, укреплению материально-технического оснащения и кадрового состава сельских медицинских учреждений, показана работа фельдшерско-акушерских пунктов и передвижных мобильных медицинских комплексов.

Фильм планируется к показу на канале «Россия 1» 26 ноября 2015 г. в 00:40.

## Инициатива

Новый этап  
большого дела

Подписан меморандум о сотрудничестве между Содружеством молодых врачей России и Армянской ассоциацией молодых врачей

В рамках прошедшей в Ереване Международной научно-практической конференции «Качество жизни, обусловленное здоровьем. Междисциплинарный подход» состоялось подписание меморандума о сотрудничестве и взаимодействии между молодыми врачами Российской Федерации и Республики Армения. Это социальная инициатива молодых специалистов в области здравоохранения в рамках тесного межгосударственного взаимодействия РФ и Армении на различных площадках и форумах.

Собравшихся приветствовали заместитель министра здравоохранения Республики Армения Тигран Саакян, советник чрезвычайного и полномочного посла РФ в Армении Олег Шаповалов, представители медицинского сообщества.

Молодые специалисты всегда очень нуждаются в поддержке. Ведь первые годы профессионального становления врачей особенно важны: от того, как они пройдут, зависит их становление в профессии.

А отток врачей из медучреждений – одна из общих проблем наших стран. Огромные средства,



Во время подписания меморандума

потраченные на их обучение, «испаряются» тогда, когда перспективные, но не получившие должной поддержки молодые специалисты уходят в другие сферы деятельности, переезжают в другие страны.

Усиление обмена опытом и взаимодействия по разработке программ поддержки молодых врачей стало одним из важных пунктов подписанного меморандума.

– Мы гордились и гордимся общими достижениями и стараемся найти решение общих проблем. Такая коллегиальность всегда была залогом уверенного развития как науки, так и отрасли в целом. И сегодня нет ни одной

причины, чтобы продуктивный опыт взаимодействия наших врачей не получил продолжения в виде тесного сотрудничества начинающих специалистов, – отметил генеральный директор Содружества молодых врачей России Илья Ильинцев.

– Я очень рад, что мы начинаем новый этап в истории наших объединений, и это принесёт свои плоды если не завтра, то послезавтра, – подвёл итог президент Армянской ассоциации молодых врачей Геворг Григорян.

Александр ИВАНОВ,  
спец. корр. «МГ».

Ереван.

## Современные технологии

Снимаемая полярное  
напряжение

Медицина северных и арктических территорий получает пополнение

Первая Международная выставка высоких технологий и техники для Арктики, Сибири и Дальнего Востока «ВТТА-2015» прошла в Омске. На её открытие приехали полномочный представитель Президента РФ в Сибирском федеральном округе Николай Рогожин. На выставке было представлено почти полторы тысячи образцов инновационной продукции отечественных и зарубежных производителей – специальные транспортные средства, системы связи и управления, оборудование и аппаратура, приспособленные к работе в экстремальных климатических условиях. Но не только.

Не меньший интерес, чем, скажем, газотурбинные двигатели для полярной авиации или автомобили сверхвысокой проходимости, вызвали у потенциальных заказчиков технических новинок и многочисленных посетителей выставки, не затерявшиеся в огромном зале отделы и стенды медицинской направленности. Медицина на этом форуме не оказалась падчерицей. В экспозиции, например, Академии полярной медицины и экстремальной экологии человека можно было узнать, что такое «синдром полярного напряжения», вызывающий у человека, работающего в высоких широтах, хронические патологические состояния организма, и что полярные медики предпринимают для того, чтобы не допустить развития этого синдрома. Вообще, надо сказать, специалисты полярной медицины, занимаясь

расшифровкой механизмов и неизвестных ранее процессов, негативно влияющих на здоровье жителей Севера, разработали немало методов ранней диагностики и лечения артериальной гипертензии, органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, печени, нервной, иммунной и эндокринной систем, ишемической болезни сердца, расстройств функций репродуктивных органов. Что очень важно особенно сейчас, когда освоению и развитию северных территорий, в том числе и арктических, в нашей стране уделяется особое внимание.

Конечно, на фоне академических разработок в полярной медицине гусеничный плавающий снегоболотоход «Бобр» выглядел, возможно, и скромно, но с тем, что на Крайнем Севере он может использоваться не только

для перевозки людей и грузов, но и как «скорая помощь», нельзя не согласиться. А вот ещё более скромные внешне сани с коробом, помеченным красным крестом, изначально предназначенные разработчиками именно для транспортировки заболевших или травмированных людей в ледяные полярные и сибирские стужи.

– Это не короб, а санитарный бокс на цельнометаллических лыжах, который крепится к любому транспортному средству, начиная со снегоходов, – поправил корреспондента «Медицинской газеты» заместитель генерального директора по производству одного из предприятий Вячеслав Тимофеев. – Мы занимаемся в основном производством вездеходов на воздушной подушке, а это – наша новая идея, воплощённая, как говорится, в жизнь. Мы придумали и изготовили этот санитарный бокс, который можно и снять с саней. В нём установлен обогреватель салона. Бокс легко, просто и быстро трансформируется. Такими санями очень многие уже заинтересовались, сделали заказы на их поставку...

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

Проекты

# В виртуальном пространстве

Многие наши сограждане уже не представляют свою жизнь без Интернета. Именно поэтому решено было открыть новую интерактивную площадку, где сторонники здорового образа жизни смогут давать советы, как приблизиться к ЗОЖ, – такое сообщение поступило на пресс-конференции от президента фонда «Общественное мнение» (ФОМ) Александра Ослона.

Как он рассказал журналистам, здесь можно получить консультацию врача о различных моментах, влияющих на здоровье. То есть специалисты укажут факторы риска заболеваний и посоветуют, как уменьшить их вредное воздействие. На первых порах решения, которые распространяются на кра-

уд-площадке, будут проверяться экспертами Минздрава России.

Этот проект рассчитан на тех людей, которые стремятся следить за своим здоровьем. А их не так уж и мало. По крайней мере, по опросам ФОМ, это до 72% опрошенных.

Новый проект предполагает, что пользователи Интернета будут голосовать за понравившиеся им идеи. В дальнейшем самые популярные опубликуют на специальном портале «Фабрики здоровья». Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова уточнила на пресс-конференции, что запуск нового проекта приурочен к году борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России.

– Лучшей профилактикой для каждого человека является здоровый образ жизни, – напомнила

она. – Новый проект поможет тем, кто хочет найти единомышленников в деле сохранения своего здоровья. В регионах сегодня вводится еженедельный мониторинг эффективности работы каждого участкового терапевта. Существенно расширилась сеть сосудистых центров. За 9 месяцев 2015 г. объём высокотехнологичной медицинской помощи увеличился в полтора раза. Но профилактика должна выходить на первый план, чтобы серьёзно уменьшить смертность и заболеваемость. И проект «Фабрика здоровья» поможет желающим сделать первый шаг на пути к ЗОЖ.

Алексей ПАПЫРИН, корр. «МГ».

Москва.

100 строк на размышление

# Нет дыма без огня

Выступая на VI Всероссийском конгрессе пациентов, заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева заявила, что в нашей стране курят 62% медиков.

«В России курят примерно две трети мужчин и не менее трети женщин; каждый год от причин, связанных с курением табака, умирает 300 тыс. человек; результат массового употребления табака – более половины всех онкологических заболеваний у мужчин и 5% у женщин; за последние 10-15 лет заболеваемость раком лёгкого в стране выросла более чем на 50%; 20-30% случаев смерти от ишемической болезни сердца и 10-15% заболеваний сосудов головного мозга также непосредственно связаны с приверженностью граждан к курению», – констатирует, как бы в унисон словам заместителя министра, ведущий эксперт нашей страны в области респираторной медицины, главный терапевт-пульмонолог Минздрава России, академик РАН Александр Чучалин.

Одним из главных отягощающих обстоятельств проблемы курения табака в России является высокая степень распространения этого пристрастия среди врачей, по большому счёту не отличающаяся от аналогичных показателей среди остальных групп нашего населения.

Примечательно, что, согласно официальным данным, совету врача бросить курить следуют лишь 10% пациентов. Наглядная картина, не правда ли? Ещё бы! Ни один здравомыслящий человек не станет доверять, а уж тем более следовать рекомендациям врача, который сам их не выполняет.

Думается, что «глас народа» был доведён до сведения медицинской общественности, однако реакции не последовало. В этой связи отнюдь не обнадеживающим выглядит вступивший с прошлого лета в силу антитабачный закон, способный помочь противостоять опасной эпидемии. Поэтому всё более актуальным является наличие весомых экономических аргументов для поиска и реализации эффективных механизмов борьбы с этой пагубной привычкой.

Новые нормативные документы по контролю над табаком усилены надёжными данными об экономических последствиях потребления этой продукции и о социально-культурных факторах, влияющих на решение человека об инициации и продолжении курения. «Создание и внедрение в практику системы антикурительного образования и подготовки медицинского сообщества – чрезвычайно важный путь к снижению распространённости табакокурения среди врачей и формированию у них активного профессионального отношения к этой чрезвычайно актуальной проблеме. Это явится наиболее эффективной мерой защиты населения от одной из ведущих причин заболеваемости и преждевременной смертности», – уверен главный пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы профессор Андрей Белевский.

...Разговоры не смолкают, факты констатируются, однако реальной пользы от всего этого мало. Зайдёшь на территорию того или иного стационара и встретишь группу «дымящих» людей в белых халатах.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Дословно

# Уйти от ограничений

Об улучшении условий реабилитации инвалидов в столице на днях говорили на заседании координационного совета по делам инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности при мэре города.

По словам Сергея Собянина, в Москве практически 100% инвалидов пользуются услугами по реабилитации.

«Если брать количество инвалидов, которые не проходили реабилитацию, то оно снизилось почти в 2 раза. А количество инвалидов, которые получают протезно-ортопедические средства, приблизилось к 100%. Ну и сами эти средства стали более современными, более

приспособленными, качественными», – отметил столичный глава.

В настоящее время в столице проживает порядка 1,2 млн инвалидов. Уровень обеспечения их техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями вырос с 88,3% в 2010 г. до 98% в 2015 г.

С.Собянин также добавил, что количество инвалидов, которые проходят профилактический курс лечения, увеличилось. «Объём профилактического лечения возрос почти в полтора раза», – подчеркнул мэр.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сити!

Москва.

Однако

# Сам себе доктор



В Москве больше, чем в среднем по стране, распространена практика самолечения. В случае болезни 55% жителей столицы пытаются бороться с ней сами и только когда, как говорится, «невозможу», идут к врачу.

Всего 36% москвичей обращаются к врачам сразу после возникновения заболевания, сообщили в фонде «Общественное мнение» по результатам недавнего исследования. «Даже те москвичи, кто сам, без врачебного участия борется

с недугами, чаще всего делают это при помощи случайных лекарств или сочетают методы народной и традиционной медицины», – констатировали в фонде.

Что ж, как ни печально, приходится признать, что недоверие к системе здравоохранения у наших сограждан сохраняется. Но это уже другой разговор...

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Сити!

Москва.

Подписка-2016

# Продолжается подписная кампания



## Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на первое полугодие 2016 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2016».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

- 50075** – на месяц;
- 32289** – на полугодие;
- 42797** – на год.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: [mg.podpiska@mail.ru](mailto:mg.podpiska@mail.ru). или по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.**

Справки по телефонам: **8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813.**  
О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте [www.mgz.ru](http://www.mgz.ru)

Министерство связи		АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ									
<b>Медицинская газета</b>		(индекс издания) Количество комплектов									
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)				(адрес)							
Кому											
ДОСТАВочНАЯ КАРТОЧКА		на газету									
ПВ	место	ли-тер	(индекс издания)								
<b>Медицинская газета</b>											
Стоимость	подписки	_____ руб. _____ коп.	количество комплектов								
	пере-адресовки	_____ руб. _____ коп.									
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)				(адрес)							
Кому											

«Только наличие развитой конкурентной среды, – отметил председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев, – позволяет повышать качество медицинской помощи, её доступность, качество лекарственного обеспечения, медицинских изделий... От этого должно выиграть и здравоохранение в целом, и, самое главное, люди, которые пользуются услугами медицины».

### Право на выбор

Как сообщил Д.Медведев, сейчас объём рынка негосударственной медицины в России увеличивается с учётом того, что у пациента должно быть право на выбор того врача и того медицинского учреждения, которые ему нравятся. Есть немало хороших примеров в регионах, где открываются современные негосударственные поликлиники, появляются и частные больницы, санатории...

Число частных клиник, которые включены в реализацию территориальных систем обязательного медицинского страхования, по словам премьера, также растёт. Их доля сейчас даже больше, чем планировалось. Такие клиники и страховые компании должны быть по-особенному активны, чтобы конкурировать за застрахованных граждан. Число негосударственных медицинских организаций в 2010 г. составляло 618, или около 8% от общего числа медицинских организаций, а в 2015 г. их уже – почти 2 тыс., или 22%. Это даже превышает некий целевой показатель, который был установлен в «дорожной карте». Это достаточно серьёзный рост.

Отдельный и крайне важный вопрос, обратил внимание премьер, – конкуренция на рынке лекарств и медицинских изделий, поскольку отсутствие конкуренции в этой сфере ведёт к снижению качества соответствующих товаров, лекарств и, конечно, к необоснованному росту цен. Наш медицинский рынок, рынок лекарств довольно большой, даже, скажем так, непропорционально большой применительно к количеству населения. Он занимает седьмое место в мире. Причём, по данным Минздрава, общее число аптек составляет сейчас 55 тыс., а количество государственных аптек за последние годы выросло на 40%, притом, что количество муниципальных аптек сокращается.

### Главное – создание благоприятной среды

Выступившая на заседании с докладом министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова сообщила, что в соответствии с планом мероприятий («дорожной картой») «Развитие конкуренции и совершенствование антимонопольной политики», поручениями Правительства, стратегией лекарственного обеспечения населения Минздравом реализован комплекс мер, направленных на создание благоприятной конкурентной среды в отрасли.

Существенно облегчён доступ частных медицинских организаций к участию в территориальных программах государственных гарантий. В 3 раза увеличилось количество частных медицинских организаций, участвующих в реализации базовой программы ОМС. Такому росту способствует экономическая привлекательность тарифов ОМС при сохранении уведо-

### В центре внимания

# Конкуренция: как её развивать в здравоохранении

## От этого должны выиграть и отрасль и люди



Отсутствие конкуренции на рынке лекарств и медицинских изделий ведёт к необоснованному росту цен

мительного порядка включения медицинских организаций в программу государственных гарантий. Наибольший интерес у негосударственных организаций вызывает амбулаторная медицинская помощь, доля которой в их деятельности составляет 75%.

Законодательством об ОМС установлены единые критерии распределения объёмов медицинской помощи между всеми медицинскими организациями независимо от формы собственности. В субъектах под руководством вице-губернаторов по социальным вопросам функционируют комиссии по разработке территориальных программ ОМС, в которые включены и представители негосударственных медицинских организаций. Вместе с тем встречаются факты приоритетного установления объёмов медицинской помощи для организаций, находящихся в собственности субъектов.

Для устранения указанных нарушений по поручению Минздрава фонд ОМС и Росздравнадзор осуществляют контроль за деятельностью комиссий.

### 5,5 млрд упаковок!

Остановившись на вопросах лекарственного обеспечения, В.Скворцова сообщила, что российский рынок лекарств занимает седьмое место среди ведущих зарубежных фармрынков. В 2014 г. его объём составил более 919,5 млрд руб. Доля государственных закупок составляет 26%, доля отечественных лекарств в денежном выражении – 25%, в натуральном выражении – 58%. С начала 2014 г. наблюдается рост количества регистрируемых лекарственных препаратов – до 400 в год.

Число лекарственных препаратов, которые уже сейчас существуют, это 5,5 млрд упаковок.

С целью создания условий для конкуренции на рынке лекар-

ственных препаратов внесены изменения в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств», которые позволили оптимизировать экспертные процедуры и сократить число отказов в государственной регистрации за 2 года в два раза – с 53 до 26%.

В целях стандартизации требований к качеству лекарственных средств за 2014 и 2015 гг. подготовлено и утверждено 13-е издание государственной фармакопеи Российской Федерации. Важным фактором развития конкуренции явилось введение в регуляторную практику законом, принятым в 2014 г., понятия «взаимозаменяемый лекарственный препарат». Постановлением Правительства утверждены правила определения взаимозаменяемости лекарственных препаратов. Информация о взаимозаменяемости подлечит поэтапному включению в государственный реестр лекарственных средств до 1 января 2018 г.

В рамках данной работы формируется реестр типовых инструкций по медицинскому применению для всех аналогов с единым МНН (международное непатентованное название) и унифицированный перечень наименований лекарственных форм. В соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе в настоящее время ведётся работа по формированию единых принципов и правил обращения лекарственных средств во всех пяти странах на основе развития благоприятной конкурентной среды.

В сентябре 2015 г. постановлением Правительства утверждена новая методика расчёта устанавливаемых производителями предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включённые в жизненно важные, на основе баланса интересов потребителей и производителей.

ФАС России совместно с Минздравом прорабатывает

вопрос формирования единой информационной платформы по оптовому и розничным ценам на лекарства в России и зарубежных странах, которая должна использоваться при проверке достоверности данных, поданных при регистрации цены. К концу 2015 г. Минздравом будет завершена работа по моделированию пилотных проектов по внедрению наиболее рациональной и перспективной модели референтного ценообразования. Реализация этих проектов начнётся в 15-16 субъектах России в 2016 г.

В Российской Федерации обеспечен один из самых высоких показателей физической доступности лекарственных препаратов, подчеркнула В.Скворцова. Число жителей на одну аптеку – 800, в то время как в Германии – 3900, в Великобритании – 3800, в США – 4500. Общее число объектов, осуществляющих фармацевтическую деятельность, составляет на сентябрь 2015 г. более 115 тыс.

За последние 3 года более чем в два с половиной раза выросло и количество государственных аптекных организаций. Увеличение числа мелких аптечных организаций привело к вторичному росту на рынке доли крупнейших аптечных сетей – с 19 до 24%. По данным ФАС России, высокий уровень концентрации рынка выявлен в 83% проанализированных муниципальных образований. В связи с этим просим поручить ФАС разработать меры профилактики вторичной сетевой монополизации аптечных организаций.

### Высокая импортозависимость

«Российский рынок медицинских изделий характеризуется особо высокой степенью импортозависимости – 86%, – заметила В.Скворцова. – Главным фактором его развития являются государственные закупки, их объём составляет 72%. В связи с этим основные меры развития конкуренции на этом рынке затрагивают процедуры обособленного снижения барьеров выхода на рынок и совершенствования системы государственных закупок медицинских изделий».

За последние 3 года Минздравом совместно с Росздравнадзором разработано и принято 17 нормативно-правовых актов, регулирующих сферу обращения медицинских изделий, в том числе их номенклатурный классификатор по видам.

Внесены изменения в правила регистрации медицинских изделий, упрощающие регистрационные процедуры на группы изделий низкого

потенциального риска. В федеральное законодательство внесена норма и подготовлен проект постановления Правительства об утверждении методики определения предельных отпускных цен производителей на медицинские изделия, имплантируемые в организм человека, где уже реализован принцип референтного ценообразования.

Минздравом утверждён приказ о типовом контракте на поставку медицинских изделий, требующих технического обслуживания. В настоящее время совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти завершается разработка проекта федерального закона об обращении медицинских изделий, которым в том числе предусматриваются определение и процедура установления их взаимозаменяемости.

### Реальное движение в сторону конкуренции

«Действительно в последний год началось реальное движение в сторону конкуренции, – констатировал руководитель Федеральной антимонопольной службы (ФАС) Игорь Артемьев. – Как правильно сказала Вероника Игоревна, это только закладка основ. До этого мы 20 лет двигались в противоположную сторону».

Глава ФАС обратил внимание на продолжающуюся дискриминацию частных медицинских компаний. «Когда речь идёт о росте цифровых показателей, это рост мёртвых или полумёртвых уже частных компаний, – заметил он. – Это продолжается не на федеральном уровне (на федеральном уровне, наоборот, произошёл разворот в этой политике), это продолжается на уровне регионов, где частные компании дискредитируются по всем возможным вариантам».

В вопросах экономической политики у нас отсутствует, к сожалению, в здравоохранении такая тема, как конкуренция, отметил И.Артемьев. Наиболее успешные мировые практики или одни из самых успешных практик, которые мы анализировали, были связаны именно с концессионными схемами с привлечением частного капитала при сохранении государственной собственности на учреждения здравоохранения. У нас, если бы не усилия мэра Москвы, который сделал один большой проект на всю Россию, в принципе это не применяется и как идеология не выстраивается пока, к сожалению, в отличие от других отраслей».

В заключение глава ФАС предложил, чтобы появился новый раздел в программе развития конкуренции. «Этот раздел должен быть посвящён мерам по развитию конкуренции в здравоохранении примерно на 5 лет, туда следует включить высказанное, пояснил он. – Я бы ещё туда добавил распространение лекарств через торговые сети. И с взаимозаменяемостью надо не к 2018 г. решать, а к 2017 г. Всё это вместе существенно скажется на ценах и улучшит конкуренцию в здравоохранении».

По обсужденным вопросам на заседании Правительства были приняты развёрнутые постановления.

Константин ШЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

В Москве завершила свою работу Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Фтизиатрия сегодня: от фундаментальной науки к клинической практике», посвящённая памяти академика РАМН М.И.Перельмана. Символично, что на форуме, который собрал всех фтизиатров России, чествовали победителей конкурса научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века». Это свидетельство доверия к начинающим талантам со стороны маститых учёных и практиков в области фтизиатрии. По инициативе члена-корреспондента РАН смотр юных дарований был организован Ассоциацией фтизиатров России при поддержке Минздрава России, Всемирной организации здравоохранения и «Медицинской газеты».

У участников конференции сложилось впечатление, что день, когда проходило награждение лауреатов конкурса, прошёл под знаком молодых. О роли молодёжного

РФ, доктор медицинских наук, профессор Ирина Васильева отметила, что пока фтизиатрическая специальность не столь привлекательна, как некоторые другие. Поэтому крайне важно привлечь в неё молодые таланты и поддержать их. Этому способствует и конкурс, проведение которого должно стать традицией.

Депутат Государственной Думы РФ Григорий Куранов рассказал о своём отношении к коллегам из противотуберкулёзной службы: «Пожалуй, все фтизиатры, с кем мне приходилось встречаться по роду своей профессиональной врачебной деятельности, как бы пафосно это ни звучало, были настоящими людьми, которые давали клятву врача и всегда о ней помнили».



Победитель конкурса Елена Антушева (справа) благодарит Ирину Васильеву и Лялю Габбасову, а также всё фтизиатрическое сообщество за высокое признание

кризис. Важно поднять престиж профессии. Ей необходимы молодые люди с новыми силами, новыми идеями. Сегодня фтизиатрия имеет очень много направлений для развития, самые современные технологии. Хотелось бы, чтобы молодые не уходили из неё, а наоборот – приумножили. У России был достойный путь в области фтизиатрии, который в своё время служил примером и для мировой медицинской практики. Сейчас, на качественно новом этапе, надо сохранять и развивать преемство и традиции. А Минздрав будет использовать все пути для поддержания интереса у тех, кто оканчивает медвузы и связывает свою судьбу с этой специальностью.

## Туберкулёз-минус

# Держайте, молодые!

## В столице наградили победителей конкурса в области фтизиатрии



Ольга Гончарова и Григорий Куранов вручают призы лауреатам

потенциала речь шла в течение всего пленарного заседания. Действительно, Всемирная ассамблея здравоохранения ВОЗ на своей 67-й сессии одобрила Глобальную стратегию по борьбе с туберкулёзом на период после 2015 г. Перед мировым сообществом, в том числе российским, стоят амбициозные задачи по недопущению роста, снижению заболеваемости туберкулёзом, устранению к 2050 г. туберкулёза как проблемы общественного здравоохранения. Положительные процессы уже идут и их надо наращивать. Именно молодым предстоит придать непростой ситуации с туберкулёзом существенный позитивный импульс, выработать более современные, инновационные подходы, по сути – совершить прорыв.

Открывая церемонию, главный фтизиатр Минздрава России, президент Ассоциации фтизиатров России, эксперт ВОЗ по туберкулёзу от

Я с огромным уважением отношусь к вам. Особенно горячо приветствую наших молодых коллег. Мы смотрим на вас и надеемся, что вы пойдёте дальше, чем мы».

Президент общероссийской общественной организации «Союз женщин-врачей России» – член Всемирной ассоциации женщин-врачей, доктор медицинских наук, профессор Ольга Гончарова выразила общее чувство: «Мы очень счастливы, что у нас есть такая смена, которая, несмотря на сложные условия, двигает прогресс. Наша наука развивается, значит, у России есть будущее. Это вызывает чувство национальной гордости».

В приветствии президента Национальной медицинской палаты Леоныда Рошала прозвучало: «Очень важно, что конференция посвящена памяти выдающегося врача и учёного М.Перельмана. Надеюсь, что великие традиции, заложенные

им, будут приумножены, в том числе молодыми учёными, посвятившими себя изучению туберкулёза, одной из важнейших проблем России. На вас надежда!»

Бесспорно, подспорьем для молодых победителей стала материальная составляющая. Благодаря генеральному партнёру – Партнёру Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ они получили денежные вознаграждения в размере 100 тыс. руб. за 1-е, 75 тыс. – за 2-е и 50 тыс. руб. – за 3-е место. Кстати, поскольку многие работы выполнены на высококачественном уровне, эксперты дополнительно учредили несколько поощрительных премий (2 вторых и 3 третьих), а также 6 специальных номинаций, одна из которых «За фундаментальность исследования» с денежным вознаграждением в размере 80 тыс. руб. Также всем лауреатам вручили интересные и полезные издания: «Гражданин Доктор» М.Перельмана, книги о принципах и практике клинических исследований, «Национальная книга по уходу за детьми» (фрагменты) О.Гончаровой, «Немедикаментозные методы закаливания часто болеющих детей» Г.Куранова.

От лица победителей аспирант Северного государственного медицинского университета Елена Антушева поблагодарила учредителей конкурса, своего научного руководителя члена-корреспондента РАН Андрея Марьяндышева, соавторов и весь коллектив бактериологической лаборатории Архангельского областного клинического противотуберкулёзного диспансера: «Чем хорош такой конкурс? Он заставляет нас задавать себе вопросы. Когда

мы определяем задачу, как изложить свою точку зрения, теорию, научный проект, чтобы они были ясны, понятны, чтобы была видна их практическая значимость, попутно мы спрашиваем себя: что я делаю, зачем, как? Я думаю, с постановки вопросов и начинается настоящая наука. После этого мы ищем ответы на них».

Очень тёплыми, «очеловеченными», проникновенными были напутственные слова помощника министра здравоохранения РФ Ляли Габбасовой и заместителя директора Департамента специализированной медицинской помощи Минздрава России Терезы Касаевой, которые приехали на конференцию специально для приветствия и награждения молодых.

Ляля Адыгамовна подчеркнула, что церемония награждения впервые проходит на большой площадке, в торжественной обстановке. К сожалению, пока фтизиатры наиболее остро ощущают кадровый

Глядя на лауреатов, Тереза Чермонова не скрывала позитивных эмоций: «Так и хочется охарактеризовать этот конкурс «Инновации, верность профессии, молодость и красота!» В самом деле, мы словно на конкурсе красоты: все как на подбор! Приятно видеть молодых, активных, которые, несмотря на все трудности нашей жизни, хотят работать во благо фтизиатрии и пациентов. Желаю вам много активных лет, и впредь идите в профессии так же задорно, с интересом и добивайтесь результата. Надеюсь, сообщая мы с вами доживём до момента, когда скажем, что с туберкулёзом мы справились, дайте нам что-нибудь посложнее!»

Есть, конечно, в этом пожелании определённая доля иронии и самоуверенности, тем не менее...

Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА  
и Марины ЧИГРИНОЙ.



Обладатель премии в специальной номинации «За актуальность исследования» Руслан Асанов

## Перспективы

Врачи Верхнепышминской центральной городской больницы им. П.Д.Бородина Свердловской области впервые провели операцию тотального эндопротезирования тазобедренного сустава мужчине 59 лет, поступившему в приёмное отделение городской больницы с переломом шейки бедра. В итоге проведённой операции пациент поднялся с опорой на ногу уже на следующий день после операции.

– Мы планируем продолжить выполнять эндопротезирование тазобедренных суставов подобным пациентам, причём и у людей более старшего возраста. Это позволит жителям Верхней Пышмы и Среднеуральска, нуждающимся в подобных операциях, получить её своевременно и рядом с местом жительства, – заявил главный врач больницы Алексей Малинкин.

# Удар по «листу ожидания»

## Сокращаются сроки ожидания высокотехнологичной помощи в Свердловской области

Согласно статистике, в Свердловской области в структуре заболеваемости травмы и отравления находятся на третьем месте, заболевания костно-мышечной системы – на четвертом. При этом в структуре первичной инвалидности взрослого населения по классам болезней заболевания костно-мышечной системы – на третьем месте, а последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин – на четвертом. Данная медико-демографическая ситуация подтверждает необходимость развития специализированной травмато-

логической медицинской помощи.

В течение 3 лет Министерством здравоохранения Свердловской области проводятся мероприятия по сокращению «листа ожидания» на эндопротезирование крупных суставов и реконструктивно-пластические операции при травмах и заболеваниях позвоночника, а также дистальных отделов конечностей.

На сегодняшний день специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь по профилю «травматология и ортопедия» оказывается в 12 медицинских организациях

всех форм собственности. Среди них 3 государственных бюджетных учреждения здравоохранения, 3 муниципальных, 2 федеральных и 4 частных.

Ежегодно проводится более 3 тыс. операций по эндопротезированию крупных суставов. В то же время за получением данного вида медицинской помощи вновь обращаются порядка 800 человек в год. Для сокращения сроков ожидания Министерство здравоохранения Свердловской области направляет пациентов на эндопротезирование в федеральные медицинские учреждения, в том числе в Москву,

Курган, Новосибирск и Чебоксары.

Как отметил главный хирург Свердловской области Максим Воронков, в течение 3 лет количество эндопротезирований крупных суставов возросло вдвое. Доля данного вида высокотехнологичной медицинской помощи в структуре оперативных вмешательств по профилю «травматология и ортопедия» составляет порядка 70%, а доля оперативных вмешательств по профилю «травматология и ортопедия» – порядка 20% от всех объёмов ВМП, оказываемой жителям Свердловской области.

Министром здравоохранения Свердловской области Аркадием Беляским перед специалистами поставлена задача полной ликвидации «листа ожидания» на данный вид медицинской помощи.

Алёна ЖУКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

В рамках прошедшего в Москве городского урбанистического форума состоялось обсуждение деятельности столичного Департамента здравоохранения в течение 5 последних лет. Об отраслевых успехах и неудачах на поприще общественного здоровья главного города нашей страны рассказал глава департамента профессор Алексей ХРИПУН.

– Уважаемые коллеги, прежде всего мне бы хотелось отметить, что летальность в наших стационарах уменьшилась с 2,8% в 2010 г. до 2,5% в 2014 г. Такого прогресса мы достигли впервые. И тот 1 млн операций, которые выполняются в московских больницах, интересен в первую очередь тем, что 20% из них мы можем выполнять в стационарах кратковременного пребывания и этим активно сейчас занимаемся.

Как известно, сегодня в Москве работает 96 поликлинических отделений, а ещё 5 лет тому назад их было около 400, 35 многопрофильных больничных комплексов, 28 сосудистых центров. В 2014 г. зафиксировано 135 млн посещений поликлиник, 3,6 млн вызовов бригад скорой помощи, 1,2 млн вызовов «неотложки», 1,9 млн пациентов пролечили в стационарах.

Если мы хотим достичь показателей эффективности здравоохранения США и Западной Европы, то основной акцент в нашей деятельности должен быть сделан на амбулаторное звено. наших пациентов необходимо стимулировать посещать поликлиники, в том числе финансово. Совершенно очевидно, что должны быть какие-то мотивы, которые сприводят приход населения в поликлиники. Однако такого стремления пока нет, в то время как общеизвестно, что эффект от ранней диагностики заболеваний безусловный.

Из первых уст

# Эффективная пятилетка

Москвичей надо стимулировать посещать поликлиники



Также должен сказать, что объёмы общего финансирования увеличились почти на 60% за последние 5 лет. Подушевой норматив в поликлиниках увеличился, также впервые произошло изменение тарифов в большую сторону. За этот короткий период времени также произошло обновление материальной базы столичного здравоохранения, поскольку 80% оборудования в медучреждениях находилось в ветхом состоянии и требовало замены.

Увеличение финансирования позволило радикально изменить и ресурсную часть московского здравоохранения – более 1 тыс. м<sup>2</sup> капитально отремонтированы за 5 лет. Реконструировано 5 боль-

ничных корпусов и 2 станции скорой помощи. Из 402 поликлиник мы закрыли всего две – одну по суду, а другую потому, что она располагалась вне принадлежащих городу помещений. Наряду с этим построено 15 новых. Будем строить и дальше.

Одним из наиболее важных достижений столичного сегмента отрасли я считаю увеличение продолжительности жизни москвичей на 2,6 года в течение 5 последних лет. Это очень высокие в мире темпы увеличения продолжительности жизни. Снижение общей смертности произошло на 11%, а младенческой – на 30%.

Что касается финансирования, то в прошлом году фонд ОМС увеличил тарифы на 6 млрд руб., в году нынешнем это вылилось уже в 12, а может, и в 15 млрд. При этом московское правительство нашло возможность увеличить тарифы ещё на 3 млрд руб. в этом году и подушевое финансирование в поликлиниках – на 3,2 млрд.

Несколько слов о первичном звене. За период 2010-2015 г.

деятельность ситуационного центра и возможности аналитической системы развились таким образом, что доля пациентов, которые хотели записаться к терапевту и не смогли это сделать в течение 3 дней, уменьшилась в 10 раз, а к педиатру – в 9. Столь же разительные перемены произошли и в ожидании приёма всех узких специалистов в поликлиниках города. Могу сказать, что с июля мы отправили 1,5 млн электронных писем пациентам, нам ответили 250 тыс. из них. И мы видим, что уровень удовлетворённости соответствует 88%.

В этом году у нас, по данным ЕМИАС, обращаемость в поликлиники увеличилась на 30, а иногда на 40%. Исключительно потому, что выросла доступность. Ещё один пример, чтобы показать, что с заболеваемостью это не связано: количество москвичек, которые в этом году пришли в женские консультации, подведомственные департаменту, увеличилось на 30%, потому что выросла доступность.

Замечу также и то, что в этом году прошли обучение более 1 тыс. врачей общей практики, ещё 4 тыс. планируется обучить до конца 2016 г. На сегодня в Москве 3,5 тыс. участковых врачей. Наряду с обучением клиницистов мы занимаемся вопросами повышения квалификации организаторов здравоохранения. Руководители столичных

медучреждений до конца 2016 г. пройдут обучение медицинскому менеджменту.

Довожу до вашего сведения, что в начале этого года в Департаменте здравоохранения был создан ситуационный центр, в котором наши специалисты осуществляют постоянный мониторинг доступности и востребованности амбулаторно-поликлинической помощи в контексте округов, медучреждений и специальностей врачей.

Объём финансирования высокотехнологичной медицинской помощи за 5 лет увеличился в 5 раз, а в 2016 г. планируются увеличить ещё вдвое. При этом количество пролеченных пациентов достигло 100 тыс. человек.

В Москве также будут развиваться стационары кратковременного пребывания, где 20% пациентов могут проходить лечение, прежде всего хирургическое, по основным профилям в течение короткого времени: сутки-двое. В Европе 60% медпомощи оказывается таким образом. Поэтому развитие стационаров кратковременного пребывания – стратегическая и тактическая задача. Мы будем развивать больничное звено города вплоть до наличия планшетов у сотрудников в больницах. Это уже происходит и будет только набирать обороты.

Подготовил Марк ВИНТЕР

МИА Сити!

## Проекты

Поставить заслон злоупотреблениям в народной медицине намерены депутаты Комитета Госдумы РФ по охране здоровья граждан. Здесь подготовлены поправки в Закон «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». В законопроекте планируется прописать обязательную сертификацию для всех категорий целителей.

Люди готовы рисковать здоровьем без гарантий

Парламент собирается лицензировать работу народных целителей. Россияне доверяют народной медицине. Подавляющее большинство (90%) читателей «Здоровья Mail.Ru» верит в народную медицину или некоторые её методы, а традиционную медицину предпочитают 21% мужчин и 17% женщин. Проще говоря, люди готовы рисковать своим здоровьем без всяких гарантий. Сможет ли стать такой гарантией обязательная лицензия на занятия народной медициной?

По данным опроса privatmed, 40% респондентов обращались за помощью к народным целителям, 16% – раз в жизни, а 23% – несколько раз. Самые популярные методы – фитотерапия (63% голосов), лечение продуктами пчеловодства (53%) и гомеопатия (29%). Немало поклонников у биоэнергетики, лечения пивками, всё более популярной становится остеопатия, набирают обороты шиаци (практика, основанная на работе с энергией жизни ци) и медицинский цигун (комплекс дыхательных и двигательных упражнений, направленных на энергию ци). Сторонников традиционной медицины оказалось примерно 60%.

Обращаться к народной медицине россиян заставляет неудовлетворённость традиционной. По данным исследования Левада-центра, в 2014 г. только 4% россиян были абсолютно удовлетворены

# Сертификат для целителя

Госдума хочет сделать нетрадиционную медицину честной и безопасной

российской медициной, а 64% оценивали качество медицинских услуг негативно. Чем ниже доверие к официальной медицине и системе здравоохранения, тем выше спрос на народных целителей во всех их ипостасях – от порчу снимающей бабушки до привезённого «из Непала» потомственного гуру восточной медицины.

Одни из них действительно способны помочь пациентам с определёнными заболеваниями, другие – обыкновенные мошенники, причём ценой за обман в худшем случае являются не деньги и даже не здоровье, а жизнь. По мнению медицинских экспертов РАН, 80% онкологических больных прибегают к услугам экстрасенсов и колдунов до того, как обратиться к онкологу.

Как поставить заслон?

Всемирная организация здравоохранения разработала стандарты народной медицины ещё в 2003 г. и всячески рекомендует максимально её использовать, но в качестве дополнения к традиционной.

Что делают российские законодатели? Поставить заслон злоупотреблениям пытаются депутаты Комитета Госдумы РФ по охране здоровья. Здесь подготовили по-



Деятельность народных целителей в России собираются упорядочить

правки в Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», которые будут рассматривать в Думе этой осенью. Планируется, что в документе пропишут обязательную сертификацию для всех видов целителей. Осуществлять выдачу лицензий и контролировать работу будут саморегулируемые организации (СРО), в которые войдут видные специалисты всех направлений нетрадиционной медицины. Они

будут назначать и карательные меры: у целителя, навредившего пациенту, отберут и членство в профессиональном сообществе, и лицензию (интересно, что ни экстрасенсы, ни колдуны с точки зрения закона не являются представителями народной медицины). Сертификат должен быть получен в той стране, традиции которой целитель представляет, переговоры об этом с Индией и Китаем уже идут. Регламентирована будет

и работа самих СРО: выдавая лицензию, они будут нести ответственность за своих протезы. По задумке депутатов, организация должна будет отслеживать шарлатанов, проверять безвредность и эффективность методик своих членов, инициировать своевременное повышение квалификации.

Эксперты считают, что эта законодательная инициатива своевременна и очень актуальна, так как отношения в сфере народной медицины сегодня осуществляются вне правового поля. Народная медицина – это не что иное, как один из видов медицинской деятельности. Следовательно, специалист, применяющий эти методы, должен иметь соответствующий сертификат, подтверждающий его квалификацию. Также и организация, предлагающая подобные услуги, необходимо иметь соответствующую лицензию на данный вид медицинской деятельности.

Об эффективности предлагаемой системы можно будет судить только тогда, когда законопроект будет полностью сформирован и вынесен прежде всего на общественное обсуждение. Вместе с тем огромной проблемой может стать создание реестра специалистов, которые будут выдавать разрешение на занятие народной медициной, и создание системы контроля за ней.

В России может быть создана специальная надзорная организация, которая будет лицензировать деятельность народных целителей и нести за них ответственность. Координировать работу этой организации будет думский Комитет по охране здоровья. Созданная организация будет следить за апробированием методик и повышением квалификации своих членов, чтобы исключить появление шарлатанов, выдающих себя за народных целителей.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сити!

– Валентин Сергеевич, недавно в нашей стране под эгидой РНМОТ впервые прошёл Европейский конгресс интернистов. Как бы вы резюмировали это мероприятие?

– Начать нужно с того, что терапия в высокой степени дифференцируется. Даже внутри кардиологии есть несколько самостоятельных направлений – аритмология, атеросклероз, артериальная гипертензия и сердечная недостаточность. В структуре Всероссийского кардиологического общества есть сообщества по каждому из перечисленных выше направлений. К счастью, в этой сложной систематике доминирует элемент интеграции. С этой точки зрения конгрессы, проводимые РНМОТ, в значительной степени междисциплинарные, что так необходимо аудитории этих форумов – практическим врачам. Так, в рамках последнего такого мероприятия многое говорилось о кардиоренальной медицине, изучающей поражения почек при заболеваниях сердца и наоборот. К нашей общей радости этот форум посетили многие зарубежные учёные с мировым именем, охотно делившиеся своими достижениями и научно-практическими изысканиями с российской аудиторией.

Мероприятие прошло на очень достойном, высоком научном уровне. Большое внимание было отведено профилактике наиболее социально значимых нефункционных заболеваний. В сухом остатке мы получили множество тем для совместной разработки представителями разных направлений внутренней медицины совместно с коллегами в других областях фундаментальной и клинической медицинской науки.

– Профессор Аркадий Вёрткин не так давно заметил, что терапия утратила своё топовое положение в системе медицинского образования. Вследствие чего это произошло?

– Я с этим не вполне согласен. Терапия сохранила и продолжает сохранять своё «отправное» значение. Разумеется, что-то видоизменилось, но совершенно не катастрофично. Дифференциация дифференциацией, однако, на мой взгляд, преподавательские, факультетские и госпитальные клиники, как и в прежние времена, являются некой кузницей кадров, формируя у будущих специалистов подход в освоении профессии от общего к частному.

Прежде всего, на вузовском этапе молодых людей знакомят с общими принципами диагностики и лечения пациентов. Задача вуза – дать будущим докторам максимально чёткое понимание того, что в человеческом организме всё взаимосвязано, не углубляясь в нюансы узких специализаций. Освоение этими тонкостями – задача последипломной подготовки, специализации. Эффективность последнего во многом зависит от общемедицинской подготовки за 6 лет университетского образования, которую, повторюсь, не следует перегружать тонкостями – их освоение должно проходить несколько позже.

Так было всегда и остаётся по сей день, однако дальнейшие преобразования этой концепции спрогнозировать трудно. Тем не менее, как позывает опыт, в нашем вузе нет никаких оснований для видоизменения сложившейся не за одно столетие модели высшего медицинского образования.

Авторитетное мнение

# Начало начал

## В основе эффективного врачевания лежит общетерапевтическая подготовка



В течение двух последних десятилетий всё меньше и меньше внимания уделяется терапии: часы, отведённые на её изучение в вузах, сокращены, из списка финансируемых за счёт федерального бюджета изъята ординатура по внутренним болезням, всё больший вес набирают узкие специальности – кардиология, пульмонология, ревматология, гематология, эндокринология, гастроэнтерология, нефрология и даже неврология, которым, кстати говоря, в своё время именно терапия дала начало. Во многом это справедливо и даже закономерно – медицина сегодняшнего дня развивается с молниеносной скоростью и просто вынуждена идти по пути специализации. Тем не менее полностью забывать о терапии, дающей наиболее всестороннее понимание о медицине как таковой, нельзя: неподготовленный общетерапевтически узкий специалист представляет большую опасность для пациентов ввиду неполного представления о своей профессии, где верхоглядство недопустимо в высшей степени.

Об этом и многом другом, касающемся актуальных вопросов терапии как основополагающего клинического направления, а также о должной подготовке специалистов по этой базисной дисциплине в интервью «МГ» рассказал один из ведущих экспертов нашей страны в области внутренней медицины, заведующий кафедрой факультетской терапии Медицинского института Российского университета дружбы народов, член президиума Российского научного медицинского общества терапевтов (РНМОТ), академик РАН Валентин МОИСЕЕВ.

– Медицина сегодняшнего дня идёт по пути специализации. Позитивно ли это с вашей точки зрения?

– От этого, к сожалению, никуда не деться. Медицина стремительно развивается, и полное освоение всеми её аспектами невозможно физически: методов диагностики – всё больше, лекарственных средств – подавно. Так что быть хорошим терапевтом «широкого диапазона» на сегодняшний день крайне сложно, для этого нужно обладать незаурядными способностями. Именно поэтому очень важна интеграция разных специалистов при изучении той или иной патологии, при разработке наиболее адекватных и полноценных её диагностики и лечения. Приведу простой пример: новые противодиабетические медикаменты оцениваются не столько по степени интенсивности снижения уровня глюкозы в крови, сколько по предупреждению прогрессирования атеросклероза в течение 3-5 лет. И так – повсеместно.

– Учитывая современный междисциплинарный подход к ведению пациентов, их коморбидность, возникает вопрос: а зачем, собственно говоря, нам вообще нужны терапевты при таком изобилии узких специальностей и их интеграции?

– Терапевты однозначно нужны. Именно в их компетенции лежит оказание первичной помощи пациенту, прежде чем тот будет направлен к узкому специалисту. На нашей кафедре именно этому в значительной степени и посвящена методическая работа: мы отбираем наиболее сложных и в то же время интересных с точки зрения обучения пациентов, поручаем их ординаторам, которые под руководством профессорско-преподавательского состава их описывают. На основании этого мы публикуем пособия, в том числе и для студентов. Успешность учебного процесса на терапевтических кафедрах во многом зависит от «разношерстности» педагогов. Я совершенно убеждён в том, что в составе кафедры внутренних болезней нужно иметь разных специалистов: кардиолога, пульмонолога,

гастроэнтеролога и т.д. Именно такой междисциплинарный подход к ведению больных, интеграция специалистов позволяют молодёжи в наибольшей степени эффективно познакомиться с медициной как таковой в отличие от того, как, если бы у них были разрозненные представления о разных клинических направлениях. Знания должны быть системными.

– Многие наши эксперты-интернисты сходятся во мнении, что современные терапевты в большинстве своём выполняют диспетчерские функции, распределяя пациентов по узким специалистам. В чём, на ваш взгляд, причина столь слабой подготовки докторов первичного звена в нашей стране?

– Не могу с этим полностью согласиться. Традиционно, основной контингент первичного звена – геронтологический. Участковым врачам в подавляющем большинстве случаев приходится сталкиваться с коморбидностью. Нередки случаи, когда без узкого специалиста не разобраться. Гораздо более важным недостатком здесь, с моей точки зрения, является то, что наши интернисты плохо знают неврологию. Эта специальность весьма дистанцировалась от терапии, в то время как врач первичного звена должен иметь серьёзное представление о неврологии, пусть и не doskonaльное. Чтобы терапевт отправлял пациента с головной болью сразу к неврологу, не вникая ни во что, – абсурд. Такого быть не должно.

– С целью повышения квалификации наших участковых докторов правительство Москвы инициировало создание так называемого института семейных врачей. Перспективно ли это?

– Я уверен, что мы должны идти к этому. Вообще, большинство идей столичных властей в области медицины и здравоохранения своевременны и актуальны. Семейные врачи образованы шире терапевтов: они знают элементы психиатрии, оториноларингологии, офтальмологии, дерматовенерологии

и т.д. Отраслевая эффективность на Западе во многом жидётся на семейной медицине.

В этом смысле мы отличаемся в негативном плане. Наши самые передовые руководства по внутренним болезням уступают аналогичным за рубежом, в развитых странах. Мы должны стремиться к этому – более широко образованию врачей первичного звена.

Очень сложно осуществить что-либо позитивное, когда в нашей стране на отрасль выделяется 3,5% от ВВП. Для сравнения, в США – 12%. Весьма показательно, не правда ли? Подготовка к профессорскому званию, на мой взгляд, должна проходить в виде зарубежной, в идеале – годичной, стажировки. Ты по-новому оцениваешь себя, возвращаясь домой с новым взглядом на профессию, свежими идеями, готовый стать истинным профессором, в полном понимании этого слова. И это, разумеется, пойдёт на пользу не только профессорам, но и всем врачам. Пребывание в зарубежных клиниках даёт очень и очень многое. Для этого, помимо налаживания международных контактов, на мой взгляд, следует более углублённо изучать английский язык в мединститутах, так как он в настоящее время является международным медицинским коммуникативным средством, как некогда латынь.

– Какой процент специалистов первичного звена должен оказывать терапевт?

– Каждый клинический случай индивидуален. Безусловно, для того чтобы выполнять функции распределителя больных по узким специалистам, не обязательно получать высшее профессиональное образование. На мой взгляд, врач первичного звена, в общем и целом, должен уметь оказать около 75% специализированной помощи. Ведь хороший кардиолог, пульмонолог, гематолог и т.д. – это, прежде всего, хороший терапевт.

Количества часов, отведённых в настоящее время на изучение внутренних болезней, на мой взгляд, явно недостаточно. Подготовка будущих докторов явно страдает вследствие этого, так

как за это время очень сложно донести материал до студентов в полном объёме и на необходимом уровне – приходится видоизменять семинарские занятия, добавляя заочный разбор конкретных больных, где обсуждаются не только моменты лечения, но и патогенез применительно к той или иной клинической ситуации. Получается некий блиц, однако, на мой взгляд, это наиболее оптимальный выход из ситуации, сложившейся вследствие урезания часов, предназначенных для изучения внутренних болезней.

– Если узкий специалист не подготовлен общетерапевтически, чем это грозит?

– Непонимание совокупности внутренней медицины чревато серьёзными последствиями. Врача следует формировать с пониманием того, что учиться придётся постоянно и непрерывно. Только в этом случае можно достигнуть чего-либо более или менее серьёзного на профессиональном поприще. Готовность расширения своей профессиональной эрудиции – во многом залог эффективного развития в нашей профессии. Очевидно, неподготовленный в общих вопросах узкий специалист будет чаще ошибаться – это неизбежно при таком положении дел. Именно вуз должен этому препятствовать – закладывать в будущего врача наиболее широкое представление о медицине как таковой; тогда на этот базис будет очень просто «наносить» аспекты и нюансы той или иной узкой специальности.

– Не так давно главный терапевт Минздрава России академик РАН Александр Чучалин заключил, что 30% врачей терапевтического профиля нашей страны ошибаются в диагнозах и, как следствие, в лечении. Как бы вы прокомментировали слова своего коллеги?

– Здесь необходимо учитывать наличие некоторых наших «особенностей» в отличие от зарубежных подходов. Так, к примеру, та же самая коронарография редко проводится в регионах нашей страны – ей просто-напросто не владеют, да и оборудования нет, в то время как в развитых странах эта манипуляция носит рутинный характер повсеместно. Также мы хуже знаем орфанные заболевания. Думаю, что в общем и целом Александр Григорьевич близок к истине.

– Со следующего года упраздняется обучение в интернатуре. Выпускники мединститута получают право самостоятельно работать в первичном звене без предшествующей специализации. Как вы относитесь к этой реформе?

– Я вспоминаю себя 50 с лишним лет назад по окончании вуза. Несмотря на то, что я был отличником и прошёл обучение на 6-м курсе в виде субординатуры, ощущения полноценной готовности к самостоятельной работе у меня не было. Сомневаюсь, что большинству нынешних студентов хватит практических навыков, полученных за 6 лет вузовского образования, для того чтобы самостоятельно работать без всякой предшествующей подготовки под руководством более опытных специалистов. Быть может, я ошибаюсь. Более точно на этот вопрос ответит время: осуществление данной реформы на практике, как вы справедливо заметили, начнётся уже совсем скоро – на будущий год.

Беседу вёл  
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».

## КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 78 (1930)

**Ретинопатия недоношенных (РН) является тяжёлым вазопротрофиеративным заболеванием сетчатки, являющимся одной из основных причин слепоты и инвалидизации с самого раннего детства.**

**Основными факторами, обуславливающими развитие и прогрессирование РН, являются гестационный возраст новорождённого и масса тела при его рождении, определяющие степень его недоношенности.**

### Организация – основа успеха

Согласно Единой международной классификации ретинопатии недоношенных (ICROP), разработанной международной группой экспертов по РН: International Committee for the Classification of ROP (1984), International Committee for the Classification of the Late Stages of ROP (1987), в течении РН выделяют три фазы: активную, регресс и рубцовую.

При этом активная фаза РН, в свою очередь, подразделяется по стадиям, локализации и протяжённости патологического процесса. В I стадии активной фазы РН на границе аваскулярной и васкуляризированной зон сетчатки появляется демаркационная линия, расположенная в плоскости сетчатки. Во II стадии над плоскостью сетчатки определяется проминирующий демаркационный вал, представляющий собой, по данным гистологических исследований, гиперплазию веретенообразных клеток с пролиферацией клеток эндотелия. На этих двух стадиях в 73-80% случаев возможен самопроизвольный регресс РН, при этом остаточные изменения на глазном дне могут отсутствовать или быть минимальными. В III стадии в области демаркационного вала появляется экстраретинальная фиброваскулярная пролиферация. В случае её распространения на пять последовательных или восемь суммарных часовых меридианов, выделяют, так называемую, пороговую стадию заболевания, после чего процесс становится практически необратимым. В IV стадии диагностируется частичная отслойка сетчатки экссудативно-тракционного характера, по локализации которой эту стадию уточняют. Так, если имеется отслойка, не доходящая до макулярной зоны, то есть экстрафовеальная частичная отслойка, то это IVa стадия, если же отслойка находится в макуле, то это IVb стадия. При пятой стадии РН определяется полная отслойка сетчатки, имеющая, по мнению С. Greven, W. Tasman (1990), как правило, воронкообразную форму.

Кроме того, в течении РН возможно наличие дополнительных признаков, свидетельствующих о более серьёзном характере заболевания. Они обозначаются как «плюс»-болезнь и пре-«плюс»-болезнь. Для обозначения признака «плюс»-болезни к описанным стадиям добавляется знак «+». «Плюс»-болезнь выражается в резком расширении извитости сосудов заднего полюса глаза, выраженном кровенаполнении сосудов радужки, ригидности зрачка и помутнении стекловидного тела, а пре-«плюс»-болезнь считается промежуточной стадией расширения и извитости сосудов, предшествующая непосредственному развитию «плюс»-болезни. Наличие пре-«плюс»-болезни может отмечаться вне зависимости от стадии РН.

По локализации патологического процесса в активной фазе РН выделяют три зоны. Они расположены не вокруг макулы, как на

стандартных изображениях сетчатки, а концентрично диску зрительного нерва (ДЗН), так как васкуляризация распространяется к зубчатой линии от ДЗН. Первая зона – это окружность с радиусом, равным удвоенному расстоянию от центра ДЗН до центра макулы. Вторая зона распространяется от края первой зоны до переднего края назальной области сетчатки (в правом глазу на 3 «часах», в левом – на 9 «часах»). Третьей зоной является оставшаяся область сетчатки, расположенная впереди от второй зоны и имеющая серповидную форму. Условно вторая и третья зоны взаимно исключают друг друга. Так, ряд авторов считают, что если васкуляризация затрагивает назальную

1, резкое расширение и извитость сосудов во всех четырёх квадрантах, наличие шунтов по всей области сетчатки и быстрое развитие экстраретинальной пролиферации без характерного перехода от I к III стадии РН.

Следующая за активной фазой РН – фаза регресса – проявляется в виде продвижения васкуляризации к периферии. Признаки регресса, в первую очередь, наблюдаются в области соединения васкуляризированной и аваскулярной сетчатки.

На смену фазе регресса приходит рубцовая фаза РН, для которой характерен целый ряд клинических признаков и изменений в сосудах задней и периферической частей сетчатки. Изменения в заднем полюсе глаза представляют собой тракционную деформацию ДЗН, смещение макулы, образование складок сетчатки и субретинальных мембран, тракционно-регатогенную отслойку сетчатки, а периферические – патологическую пигментацию, истончение, решётчатую дегенерацию сетчатки, разрывы и отслойку сетчатки, образование телеангиэктазий и аркад сосудов.

На сегодняшний день абсолютно оче-

Альтернативой транссклеральной криокоагуляции стала транссклеральная лазерная коагуляция сетчатки (ЛКС) с использованием диодного лазера с длиной волны 810-814 нм. Оптимальные параметры лазерного излучения подбираются индивидуально. В среднем мощность лазерного импульса составляет 400-800 Вт, экспозиция 0,1-0,3 с, число коагулятов около 50.

Многочисленные работы по оценке результатов ЛКС свидетельствуют о неоспоримых преимуществах лазерной коагуляции, ввиду меньшей травматизации тканей глаза и достижения лучших структурных и функциональных исходов лечения.

Ключевым аспектом в вопросе ЛКС при лечении РН являются сроки её проведения. Так, ряд исследователей (Т. N. Fleming, P. E. Runge, S. T. Charles, 1992) указывают на необходимость проведения ЛКС на допороговых стадиях заболевания при наличии признаков «плюс»-болезни, когда имеется увеличение извитости и расширение магистральных сосудов. Это мнение подтверждается данными других авторов (Peralta Calvo J., Abelairas Gómez J., 2001), свидетельствующими, что

# Диагностика, лечение и организация высокотехнологичной офтальмологической помощи детям с активными стадиями ретинопатии недоношенных



**Постоянные участники выездных скрининговых офтальмологических осмотров в отделениях выхаживания недоношенных: кандидат медицинских наук Ирина Трифаненкова, кандидат медицинских наук Маргарита Терещенкова, врачи Сергей Исаев и Александра Выдрина. В своей работе они используют мобильную ретиальную педиатрическую видеосистему «RetCam Shuttle»**

область на 2 «часах» к зубчатой линии, то заболевание локализуется в зоне 2.

По мере накопления опыта по проблеме РН, для более полной клинической картины РН стал использоваться термин «преретинопатия». Позднее в существующую классификацию зарубежными офтальмологами: Committee for the Classification of Retinopathy of Prematurity (2005) была введена дополнительная форма РН – задняя агрессивная РН (AP-ROP). Первоначально она обозначалась как «РН 2 типа» или молниеносная (rush) болезнь, но в классификации не имела специального обозначения. Это редкая, быстропрогрессирующая и наиболее опасная форма РН, возникающая у глубоко недоношенных новорождённых с экстремально низкой массой тела. Для неё характерна задняя локализация процесса, как правило, в зоне

видна значимость ранней диагностики РН, необходимой для выполнения лечебных мероприятий с целью как можно более ранней реабилитации недоношенных новорождённых. В этих случаях, несомненно, единственным способом является активный скрининг детей на РН.

### Лечение ретинопатии недоношенных

Долгое время практически единственным и общепризнанным методом лечения РН являлась транссклеральная криокоагуляция аваскулярной зоны сетчатки, блокирование которой в ходе вмешательства препятствует выработке вазопротрофиеративных факторов и, соответственно, развитию и прогрессированию экстраретинальной пролиферации. К недостаткам транссклеральных методик следует отнести трудность дозирования крио- и лазерного воздействий, недоступность для выполнения вмешательств центрально расположенных аваскулярных зон сетчатки, а также риск развития серьёзных осложнений.

**Таблица 1**  
**Этапная система высокотехнологичной офтальмологической помощи детям с РН**

Этап	Мероприятия	Оптимальные сроки
I	Скрининг и динамический мониторинг младенцев группы риска развития РН в отделениях выхаживания недоношенных и перинатальных центрах	2-4-я неделя жизни
II	Детальное диагностическое обследование детей с выявленной РН в специализированном офтальмологическом центре. Цифровая морфометрия сетчатки и ретиальных сосудов	5-6-я неделя жизни
	Паттерновая лазеркоагуляция сетчатки при активных стадиях РН по показаниям	
III	Ранняя витрэктомия при прогрессировании активных стадий РН после ЛКС	через 2-3 недели после ЛКС
IV	Длительное диспансерное наблюдение и коррекция возникающих офтальмологических нарушений	с 3-месячного возраста

**Таблица 2**  
**Сроки проведения первичного скринингового осмотра**

Срок осмотра, нед. жизни	Количество недоношенных новорождённых	
2-3	5584	54,8%
4-5	3689	36,2%
6	683	6,7%
7	234	2,3%
Всего	10 190	100%

**Примечание:** 91% недоношенных новорождённых осмотрены в оптимальные сроки. Поздний срок первого осмотра младенцев (начиная с 6-й недели жизни) связан с их критическим соматическим состоянием.

**Таблица 3**  
Частота повторных осмотров (динамического мониторинга)

Стадия РН	Частота осмотров
0 (преретинопатия)	1 раз в 7-14 дней
I-II	1 раз в 7-10 дней
III	1 раз в 3-7 дней, планировать направление ребёнка в специализированный офтальмологический центр
Задняя агрессивная РН	при выявлении задней агрессивной РН необходимо срочное лечение

**Примечание:** в отделении выхаживания недоношенных в Калуге каждый ребёнок осматривался от 2 до 6 раз.

сочайшей точностью и скоростью (до 56 коагулятов менее чем за 1 с), что позволяет значительно сократить продолжительность сеанса лазеркоагуляции.

Применение инновационной технологии паттерновой лазерной коагуляции (Паскаль) в лечении активной фазы РН, несомненно, открывает новые перспективы в повышении эффективности лечения и улучшении анатомических и функциональных исходов заболевания.

высокотехнологичной офтальмологической помощи недоношенным новорождённым с РН четырёх областей Центрального региона Российской Федерации (Калужской, Брянской, Орловской, Тульской), которая объединила в единую централизованную систему инновационные мероприятия по раннему активному скринингу, диагностическому мониторингу, лазерному и хирургическому лечению и последующему диспансерному наблюдению детей с РН.

**Таблица 4**  
Интенсивность выездной деятельности (2003-2013 гг.)

Регион	Периодичность скрининговых осмотров в месяц	Среднее количество детей, обследуемых за один выезд	Количество выездов в регион	
Калуга	~2-4	13	318	58,45%
Брянск	~1	34	79	14,53%
Орел	~1	20	78	14,34%
Тула	~1	27	69	12,68%
Всего			544	100%

Несмотря на высокую эффективность ЛКС в лечении РН, прогрессирование заболевания после её выполнения обнаруживается до 40% случаев, что обуславливает необходимость проведения витреальной хирургии для предотвращения неблагоприятных исходов и, в первую очередь, отслойки сетчатки.

С точки зрения многих современных исследователей, витректомию следует проводить при первых признаках прогрессирования РН после ЛКС и, в первую очередь, для предотвращения развития отслойки сетчатки. В пользу ранней витреальной хирургии свидетельствует и факт быстрого прогрессирования процесса до самых тяжёлых стадий заболевания (IVб и V стадий РН), при которых витреальная хирургия, как правило, не приводит к удовлетворительным функциональным результатам.

Так, согласно имеющимся публикациям, благоприятные во многих случаях анатомические результаты проведённого хирургического вмешательства на поздних стадиях РН не позволяют достичь соответствующих функциональных результатов лечения в отдалённом послеоперационном периоде. По данным ряда авторов, у 20-25% детей отсутствует предметное зрение, а при исходных IVб и V стадиях РН количество детей с отсутствием предметного зрения достигает 80% и более. Поэтому в последние годы отмечается устойчивая тенденция к проведению ранних витреальных вмешательств при IVа стадии РН и при её задней агрессивной форме после неэффективной ЛКС.

Кроме того, ряд исследователей придерживаются мнения о целесообразности выполнения витреальной хирургии либо при наличии признаков прогрессирования заболевания после ЛКС, но без отслойки сетчатки, либо в случаях, когда развитие отслойки не сопровождается распространением фиброваскулярной ткани до базиса стекловидного тела.

В последнее время благодаря существенным успехам в диагностике и лечении активной фазы РН, особо актуальными становятся изучение и анализ не только анатомических, но и функциональных результатов и исходов лечения в дошкольном и школьном возрасте у детей с РН.

Сниженные зрительные функции у преждевременно рождённых детей, пролеченных по поводу активных стадий РН, зачастую обусловлены остаточными изменениями сетчатки в рубцовый период заболевания, наличием сопутствующей глазной патологии (аномалиями рефракции, страбизмом, анизометропией, нистагмом, частичной атрофией и гипоплазией зрительных нервов), а также перинатальным поражением центральной нервной системы гипоксически-ишемического и геморрагического генеза.

В 2003 г. на базе Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова была разработана программа

в рамках данной программы офтальмологической помощи недоношенным новорождённым осуществлялась поэтапно по следующему алгоритму (см. табл. 1).

Мероприятия первого этапа проводились в отделениях выхаживания недоношенных Брянской, Калужской, Орловской и Тульской областей силами вновь созданных в Калужском филиале МНТК «Микрохирургия глаза» мобильных структур, осуществляющих активные скрининговые осмотры

Сроки проведения первичного скринингового осмотра недоношенных детей в отделениях выхаживания определялись их соматическим состоянием и сроками возможного развития РН (см. табл. 2).

Последующие осмотры детей в Калужском регионе проводились с оптимальной частотой (см. табл. 3).

Что касается частоты осмотров в отделениях выхаживания детских медицинских учреждений Тульской, Орловской, Брянской областей, то ввиду их территориальной удалённости от специализированного офтальмологического центра (Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза»), она составляла, в среднем, один раз в 2-4 недели, что и определяло тактику мониторинга.

В результате десятилетней работы (период 2003-2013 гг.) осуществлено 544 выезда специалистов Калужского филиала для проведения активных скрининговых осмотров новорождённых из группы риска РН в отделениях выхаживания недоношенных (см. табл. 4).

Общее количество осмотренных недоношенных детей за вышеуказанный период составило 10 190 (см. табл. 5). Однократно исследования проведены 7144 младенцам, число детей, осмотренных два и более раз

**Таблица 5**

**Таблица 5**  
Количество недоношенных новорождённых, осмотренных в регионах (2003-2013 гг.)

Регион	Количество недоношенных новорождённых	
Калуга	4178	41%
Брянск	2419	23,74%
Орел	1417	13,91%
Тула	2176	21,35%
Всего	10 190	100%

**Таблица 6**

**Таблица 6**  
Распределение недоношенных новорождённых с выявленной РН по стадиям заболевания

Стадия РН	Количество недоношенных новорождённых	
I	1049	49,74%
II	574	27,22%
III	363	17,21%
IV	13	0,62%
V	4	0,19%
Задняя агрессивная РН	106	5,02%
Всего	2109	100%

недоношенных новорождённых из группы риска по развитию РН. Структуры включали высококвалифицированного врача-офтальмолога, владеющего навыками осмотра недоношенных детей, и были оснащены налобным бинокулярным офтальмоскопом и мобильной ретинальной педиатрической камерой «RetCam Shuttle».

Скрининговые осмотры во многом определяют результативность помощи недоношенным новорождённым с РН, что указывает на более чем непростую задачу, которая ставится перед врачом уже на первом этапе – выявить заболевание на ранних эффективно поддающихся лечению стадиях его развития. Данное обстоятельство требует высокой квалификации врача и его умения владеть современными методами диагностики РН.

Критериями отбора недоношенных новорождённых в группу риска по развитию РН являлись сроки гестации < 35 недель и масса тела при рождении < 2500 г.

– 3046. Требуется более раннее (в срок 5-6 недель жизни ребёнка) поступление детей на лечение из соседних регионов, что не всегда возможно по ряду причин. Немалую роль в решении этой проблемы играет работа офтальмолога и неонатолога в разъяснении родителям тяжести офтальмологического статуса их ребёнка и срочности проведения ЛКС.

За анализируемый период наблюдения преретинопатия выявлена у 2211 младенцев, что составило 21,7% из группы риска

**Таблица 6**

– 3046. Требуется более раннее (в срок 5-6 недель жизни ребёнка) поступление детей на лечение из соседних регионов, что не всегда возможно по ряду причин. Немалую роль в решении этой проблемы играет работа офтальмолога и неонатолога в разъяснении родителям тяжести офтальмологического статуса их ребёнка и срочности проведения ЛКС.

За анализируемый период наблюдения преретинопатия выявлена у 2211 младенцев, что составило 21,7% из группы риска

в среднем по всем четырём областям. Различные стадии РН диагностированы у 2109 детей (в среднем 20,7% из группы риска) (см. табл. 6).

Из 2109 детей с выявленной РН в 1590 случаях (75,4%) наблюдался благоприятный тип течения заболевания и произошёл его регресс, 519 детям (24,6%) потребовалось проведение оперативного лечения.

Второй этап осуществлялся на базе специализированного офтальмологического учреждения (Калужский филиал МНТК «Микрохирургия глаза») и заключался в проведении комплексного офтальмологического обследования и лазерного лечения силами специалистов детского хирургического отделения, лазерного отделения и анестезиологической службы.

Комплексное диагностическое обследование включало цифровую ретиноскопию и цифровую морфометрию с использованием разработанной нами программы

«ROP-MORPHOMETRY» (свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2009613950. Зарегистрировано в Реестре программ ЭВМ 24.07.2009 по заявке № 2009612545 от 27.05.2009). Интерпретация полученных результатов проводилась на основе разработанной нами клинкоморфометрической классификации РН, где каждая стадия классической РН (преретинопатия, I, II, III стадии) разделена на два типа течения: благоприятный и неблагоприятный – в зависимости от морфометрических критериев прогрессирования или регресса заболевания, а задняя агрессивная РН имеет только неблагоприятный тип течения и требует особого подхода из-за молниеносности патологического процесса.

Детям со II и III стадиями заболевания с неблагоприятным типом течения процесса, задней агрессивной РН на стадиях ранних клинических проявлений и манифестации, проводилась транспупиллярная контактная лазеркоагуляция аваскулярной сетчатки. В 2009 г. в клиническую практику была внедрена разработанная нами технология полуавтоматизированной сканирующей паттерновой лазеркоагуляции (Паскаль) с дифференцированным подходом к методике выполнения коагуляции в зависимости от стадии, характера течения, формы активной РН. Эффективность лечения составила 90,3%. Всем детям после лазеркоагуляции проводился дальнейший тщательный диагностический мониторинг, в течение 1-4 лет.

Несмотря на своевременное и адекватное проведение лазеркоагуляции, в ограниченном количестве случаев (95 глаз; 8,3%) наблюдалось дальнейшее прогрессирование РН, связанное с исходно тяжёлым течением процесса, с развитием различных видов отслойки сетчатки. Этой группе детей потребовалось проведение третьего этапа высокотехнологичной офтальмологической помощи недоношенным детям – ранней витреальной хирургии.

Третий этап также проводился на базе специализированного офтальмологического учреждения (Калужский филиал ФГБУ МНТК «Микрохирургия глаза») и заключался в углублённом диагностическом обследовании, включавшем В-сканирование, ультразвуковую биомикроскопию, ОКТ, и последующей ранней витректомии с привлечением опытных витреоретинальных специалистов. Всего выполнено 95 витреоретинальных вмешательств, эффективность которых составила 87,4%. В дальнейшем все дети, получившие лазерное и хирургическое лечение, находились под длительным наблюдением, в ходе которого при необходимости осуществлялась коррекция возникающих офтальмологических нарушений.

В итоге за период 2003-2013 гг. в рамках разработанной системы в Калужской, Тульской, Орловской, Брянской областях осмотрены 10 190 недоношенных новорождённых из группы риска развития РН. В 24,6% случаев проведено лазерное и хирургическое лечение. Его эффективность составила 94%.

Кроме того, в 2009-2013 гг. обследовано 2519 недоношенных из разных регионов РФ. 613 младенцам с РН проведено лазерное и хирургическое лечение. Регресс заболевания достигнут в 98,5% случаев.

За последние 3 года (2011-2013 гг.) у детей с РН из Калужской области в 100% случаев достигнут полный регресс РН после паттерновой ЛКС, не проведено ни одного витреального вмешательства.

Положительные результаты лечения свидетельствуют о высокой эффективности разработанной системы и минимальном количестве неблагоприятных исходов, что является надёжной профилактикой слепоты и слабослышания с детства. Внедрённая модель единой системы выявления лечения и диспансерного наблюдения, позволяет обеспечить полный цикл диагностических и лечебных мероприятий детям с РН.

В рамках системы высокотехнологичной офтальмологической помощи недоношенным новорождённым с РН организовано проведение телемедицинских консультаций младенцам, находящимся на выхаживании в различных регионах страны, в том числе и отдалённых. Специалистами Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» анализируются цифровые фотографии глазного дна недоношенных детей, полученные при помощи ретинальной педиатрической видеосистемы «RetCam» в отделениях выхаживания на местах, и выдаётся экспертное заключение с диагнозом и тактикой ведения конкретного ребёнка.

(Окончание следует.)

**Александр ТЕРЕЩЕНКО,**  
директор Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза»  
им. С.Н.Фёдорова Минздрава России,  
доктор медицинских наук,  
заслуженный врач РФ.

Договариваясь о встрече с директором Института хирургии им. А.В.Вишневского, главным хирургом Минздрава России, академиком РАН Валерием КУБЫШКИНЫМ, мы планировали говорить об итогах недавно прошедшего съезда хирургов России. Но, вполне ожидаемо, беседа вышла за рамки изначально заданной темы, коснувшись и вопросов медицинского образования, и кадровой обеспеченности здравоохранения.

– Валерий Алексеевич, общих хирургов в России 23 тыс. На съезде был лишь каждый десятый. Остальные тоже должны быть в курсе послания, с которым вы обратились к своим коллегам. Какие задачи вы ставите перед хирургической службой страны на ближайшую и отдалённую перспективы?

– Главная проблема, требующая скорейшего решения – это оптимальная маршрутизация пациентов, которым необходима хирургическая помощь. Поскольку за последнее время с целью рационализации использования финансовых ресурсов здравоохранения многие небольшие лечебные учреждения были закрыты или получили задание на существенно сокращённый объём оказания специализированной помощи, возникла необходимость оптимизировать схемы движения потоков больных.

– Как главный хирург Минздрава России, вы уже столкнулись с примерами того, что оптимизация лечебной сети, пусть даже оправданная, негативно отразилась на показателях качества медицинской помощи? Или пока, слава богу, нет?

– Да, в некоторых субъектах РФ хирурги связывают худшие, по сравнению с другими регионами, результаты своей работы именно с территориальной труднодоступностью учреждений, оказывающих специализированную хирургическую помощь, что особенно важно в неотложных ситуациях. Это факт известный.

Равно как известно и другое: хорошая медицинская помощь может быть оказана только в хорошо оснащённых, сравнительно крупных лечебных учреждениях. Но иметь такие лечебные учреждения в каждом населённом пункте нельзя по понятной причине: там не может на 100% использоваться дорогостоящее диагностическое оборудование, и там не могут профессионально расти специалисты, потому что ту или иную патологию они видят относительно редко. Выход – создание мощных межрайонных центров на базе одной из районных больниц с направлением потока сложных больных именно туда. Такова разумная и перспективная стратегия в муниципальном здравоохранении.

Конечно, особенно сложно и дорого решать задачу маршрутизации пациентов в регионах Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, где расстояния между населёнными пунктами могут достигать десятков и даже сотен километров. Здесь, я думаю, должна получить развитие служба санитарной авиации, потому что зачастую эвакуация больных из села в райцентр или в город вертолётном, вездеходом, машиной – это в принципе единственная возможность

Беседы с главными специалистами

# Врач предлагает, власть — исполняет

## Идеология развития медицинской отрасли должна идти от тех, кто в ней работает

оказать специализированную медицинскую помощь, других вариантов просто не существует. И это тоже планомерно реализуется.

Но я хочу подчеркнуть, что решение задачи, как обеспечить оптимальную маршрутизацию больных с хирургической патологией – обязанность не главных врачей больниц и не главных хирургов территорий. Это обязанность руководителей регионов. В их компетенции – позаботиться о дорогах и санитарном транспорте для медицинских бригад, об оснащении межрайонных хирургических центров. Главные хирурги могут и должны быть лишь экспертами в данном вопросе, их задача – заниматься лечебной работой и выдвигать свои предложения по её совершенствованию перед органами региональной и муниципальной власти. А пути решения этих проблем пусть ищут органы власти.

– На съезде хирургов, я знаю, обсуждался вопрос о статусе и полномочиях главных специалистов. До чего договорились?

– Была высказана и единодушно поддержана идея, что полномочия главных хирургов регионов должны быть расширены. Я обсуждал это в Минздраве России, и там выразили согласие с данной точкой зрения, причём не только в отношении главных хирургов, но и других главных специалистов.

Институт главных специалистов представляет очень большую ценность в системе здравоохранения. Региональный Минздрав не может заниматься содержательной стороной развития конкретной отрасли – хирургии, терапии, офтальмологии и т.д. Ему необходимо финансово и организационно обеспечить оказание населению всего спектра медицинской помощи. Поэтому в старые добрые времена в штате каждого областного отдела здравоохранения были четыре «топовых» главных специалиста: хирург, терапевт, педиатр и акушер-гинеколог. Они должны были анализировать ситуацию с кадровым, техническим и технологическим обеспечением ЛПУ по своим направлениям, аккумулировать идеи развития и внедрения новых технологий, выдвигать предложения руководству облздравотдела.

Сегодня в основном все главные специалисты являются внештатными. И где-то их слушают, а где-то нет.

– Иными словами, предлагается узаконить их мнение, как экспертов по своим направлениям медицины?



– Да, именно так. Существующее положение о главных внештатных специалистах слишком расплывчатое, его необходимо конкретизировать в части полномочий и ответственности. Кроме того, на съезде хирургов мы говорили, что было бы правильным установить доплаты главным внештатным специалистам, поскольку сейчас ситуация везде разная: где-то им доплачивают символические суммы, где-то хорошие суммы, а где-то вообще ничего не доплачивают. Должен быть единый подход.

Объём работы, который требуется от главного специалиста, весьма велик. Но если человек исполняет некую функцию на общественных началах, да ещё и бесплатно, он вправе делать ровно столько, сколько считает нужным. И говорить о какой-либо его ответственности не приходится.

– Программа съезда имела выраженный образовательный характер. Вы изначально ставили целью дать коллегам как можно больше информации о технологических новациях в хирургии?

– Всякий съезд должен иметь прежде всего образовательный потенциал, и это особенно актуально сейчас, когда развитие системы непрерывного медицинского образования стало лейтмотивом деятельности Минздрава России.

Хирургическое сообщество данную идею активно поддерживает и реализует. Хотя есть опасения, что в целом программа непрерывного медицинского образования будет в России буксовать. Пилотные проекты в ряде территорий реализованы, первые итоги подведены. Во-первых, оказалось, что большинство врачей пенсионного или предпенсионного возраста ника-

кое образование уже просто не интересно. Во-вторых, к сожалению, не везде доступен Интернет, чтобы врач мог использовать его в образовательных целях. Наконец, почти все российские врачи работают на полторы ставки, а кто-то и на две, им просто некогда учиться.

Поэтому в полной мере вопрос организации непрерывного медицинского образования и технологически, и психологически не будет решён быстро. Но решать его нужно обязательно.

– Система непрерывного образования может повлиять на качество медицинской помощи, но она не повлияет на кадровую обеспеченность отрасли.

– Да, пока у нас кривая по обеспеченности кадрами идёт вниз. И это меня, безусловно, тревожит. Например, сегодня я читал лекцию студентам выпускного курса факультета фундаментальной медицины МГУ. Диплом у них по специальности «лечебное дело». Начал лекцию с вопроса: «Кто из вас собирается работать в практическом здравоохранении?» Только 40% подняли руки. Видение своего будущего у всех разное. Кто-то намерен начать карьеру в бизнесе, а кто-то планирует идти в научно-исследовательские лаборатории. Но ведь стране нужны и практикующие врачи.

– Хирург, работающий даже в небольшой сельской больнице, мечтает иметь хорошее оборудование, хорошие расходники, чтобы делать операции по современным технологиям. Но в трёхуровневой российской системе оказания медицинской помощи подобное не предусмотрено. Не это ли причина постоянного кадрового дефицита в сельском здравоохранении: у врачей есть амбиции, и он хочет работать там, где их можно реализовать?

– Это очень сложный, философский вопрос. Подвижников, которые были во времена земской медицины, сегодня всё меньше и меньше. Действительно молодёжь сейчас амбициозна, мало кто из молодых хирургов готов подписаться на пожизненную службу в районной больнице, не видя при этом перспектив своего профессионального и социального развития. Но Россия в этом смысле не исключение, такая проблема остро стоит в большинстве индустриально развитых стран.

– Невозможно запретить врачу быть амбициозным. При этом и дефицит кадров в сельской медицине нельзя допустить. Какое-то решение, по-вашему, существует?

– Да, существует. Усилить сельское здравоохранение за счёт создания межрайонных медицинских центров, в том числе по хирургическим профилям. Их можно по-современному оснастить, организовать круглосуточную работу диагностических служб, создать хорошую реанимацию. И там амбициозные молодые хирурги будут заинтересованы работать. Выход только в этом, на сегодняшний день предложить что-либо другое невозможно. Из каждой районной больницы сделать крупное лечебное учреждение нельзя, это нерентабельно и бессмысленно.

Наконец, в сельской медицине огромную и возрастающую роль должен играть институт фельдшеров. Нужно укреплять их статус, продумывать формы поощрений.

– Поговорим о буднях медицины. Много ли жалоб от коллег из регионов на то, что финансирование «просело», и нет возможности делать операции с использованием дорогостоящих технологий, так как может не хватить денег до конца года? Насколько остра сегодня эта проблема?

– Проблема действительно остра, причём для всех учреждений – от самой маленькой больницы до научно-исследовательского института. К примеру, в нашем институте сейчас есть тяжелейшие больные, лечение которых не укладывается в установленные нам финансовые рамки. И мы их лечим на деньги, заработанные внебюджетной деятельностью.

Какой выход? Более рациональная организация лечебного процесса. Переход от длительной госпитализации к стационару одного дня существенно сокращает затраты на оказание медицинской помощи. За исключением наиболее тяжёлых категорий пациентов, в большинстве случаев это вполне реально. К счастью, сегодня можно вести диалог с системой ОМС, чтобы тариф не был привязан к койко-дню, это даст большой резерв для экономии денег.

Правда, пока не во всех регионах такие договорённости достигнуты, но в большинстве случаев фонды ОМС и страховые компании идут на изменение жёстко лимитированных сроков госпитализации пациентов. Успешность подобных переговоров зависит от энергичности, инициативности и коммуникативности главных врачей ЛПУ, а также главных хирургов территорий. Нужно уметь обосновывать свои пожелания и планы перед Минздравом региона и фондом ОМС. Чаще всего это удаётся.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Интерес к теме старшего поколения всё более возрастает. Увеличивается продолжительность жизни, всё больше людей с наступлением пенсионного возраста сохраняют работоспособность, живя по формуле «лет до ста расти нам без старости». С каждым годом всё активнее и лучше решаются социальные вопросы, проблемы охраны здоровья пожилых. Общество для всех возрастов всё больше формирует другое сознание у граждан, способствует качественно новому отношению к жизни людей старшего поколения. Всё больше появляется благотворительных организаций, волонтерских структур, геронтологических стационаров, которые заинтересованы в поддержке старшего поколения. Эти темы становятся приоритетными, главными в нашем обществе.

То, что жизнь человека во многом зависит от окружающей среды в широком смысле этого слова, понятно всем. Вот почему на 3-й Национальной конференции «Общество для всех возрастов» собрались неравнодушные люди разных специальностей – врачи, социальные работники, архитекторы, экономисты, социологи, экологи и многие другие и говорили о том, как живёт наше старшее поколение, в какой медицинской помощи нуждается, активны ли мы в вопросах помощи им, что надо изменить, чтобы стареть у нас было комфортно.

**Среда для «стареньких» и «маленьких»**

Вокруг каждого человека, в том числе и пожилого, огромные ресурсы, которые его окружают, – семья, город, коллектив, общество со своими многочисленными структурами, в том числе и медицинскими. Но нередко между ними такие барьеры, которые преодолеть, особенно людям пожилым, очень нелёгко. Правда, сегодня всё яснее истина, что влиять на среду, в которой живут люди старшего поколения, можно, что открыть им возможности для активной жизни, самореализации, создать естественный климат для решения этих вопросов необходимо. Обо всём этом очень ярко и искренне говорил, открывая пленарную сессию конференции «Качество жизни пожилого человека в России – реальность и запросы общества», телеведущий Андрей Максимов, поскольку уже стало традицией национальных форумов, что работу её секций открывают известные телеведущие, журналисты, общественные деятели.

Начал А.Максимов с такого необычного, но всем понятного утверждения, что величие страны определяется не наличием оружия и тем, в каких странах мира вы побывали, а тем, как живут в ней «старенькие и маленькие». Если они живут хорошо, значит, страна эта нормальная. Но если в стране трудно родиться и тяжело умирать, тогда надо задуматься, что это за страна.

Качество жизни пожилых людей – проблема важная, тем более что страна сегодня движется в правильном направлении.

– Хочу рассказать, – сказал ведущий, – об одном опыте из своей жизни, который произошёл в Нью-Йоркском университете



Выступает Хелен Хамлин

лет 10 назад. В одной аудитории посадили две группы студентов – одним было дано задание написать фразу, состоящую из абстрактных слов, – «тоник», «люди», а вторым слова, характеризующие старость – «немоощь», «тяжесть», «морщины», и именно вторых испытываемых вывели. В 100 случаях из 100 они объяснили, что почувствовали тогда, будто сами постарели в этот момент, что говорило об отношении их к старости.

**Конференция**

# Быть активным никогда не поздно

## Как сохранить здоровье до старости

И ведущий указал при этом на гостью конференции Хелен Хамлин – официальную представительницу Международной федерации старения в ООН (США), маленькую хрупкую женщину, которой 100 лет, но которая, преодолев 10-часовой перелёт из-за океана, позже продемонстрировала нам – присутствующим лишь энергию, мудрость, умение блестяще говорить и «зажигать» сердца людей.

– Всё в мире относительно, всё движется, – подчеркнул А.Максимов. – Что такое пожилой человек? Давайте вспомним старуху-процентщицу из «Преступления и наказания» Фёдора Достоевского – ей было за 40, сейчас говорить это смешно. Как определить границу – не могу дать ответ на этот вопрос, для меня пожилой – понятие индивидуальное, моей матери 80 лет, её уволили с работы, она билась в разных инстанциях за своё возвращение на любимую работу. Давайте вспомним нашего прекрасного кинорежиссёра Станислава Говорухина, театрального режиссёра Марка Захарова, которым за 80 лет. Нет, я не согласен с тем, что чем старше человек, тем беднее у него эмоции, я видел таких сумасшедших, эмоциональных стариков... Так что то, что нам кажется характеризует слово «старость», – это качество жизни страны вообще, а не молодых и старых в частности. Поэтому важно сознавать, насколько уникальна и важна тема жизни не какой-то группы людей, а жизни страны. Говорят, что будущее нашей жизни – это дети, что верно, но наше будущее – это и старики.

**Им никак нельзя отказать**

Так начала своё выступление главный геронтолог Минздрава России, директор Федерального центра геронтологии и гериатрии профессор Ольга Ткачёва.

– Мы живём дольше, – сказала она, – но не становимся здоровее. У нас меняются условия жизни, мы смотрим телевизор, пользуемся постоянно лифтами, у нас хорошие лекарства, женщины с сахарным диабетом, пересаженным сердцем, почкой рожают детей. Проблемы растут, популяция стареет, необходимы меры, решать которые надо сегодня уже активнее.

Если мы говорим о качестве жизни, то здоровье является определяющим фактором, здравоохранение пытается повернуться в сторону проблем пожилых людей. Им не отказывают в медицинской помощи, она для всех доступна, надо ли пожилому пациенту установить стент, провести любую сложную операцию – пожалуйста, возраст его не влияет на эти проблемы. У нас внедрена единая система ведения пациента. В стране около 40 кафедр гериатрии и терапии в вузах, по данной специальности подготовлено 7 тыс. врачей, правда, это ещё недостаточно. Это направление требует своего развития.

В ходе выступления О.Ткачёва подчеркнула, что гериатрия – это

секций, работавших в рамках конференции, он прозвучал в той, где обсуждались вопросы социального и медицинского обслуживания. Человек в центре внимания. Этот тезис раскрыл на своём конкретном опыте В.Носов из Нижнего Новгорода – основатель одного из центров социального обслуживания.

Одна из примет времени – необходимость в помощниках, которые берут на себя нелёгкую ношу ухаживать за старыми людьми на дому. Эта деятельность весьма массовая, она есть практически во всех городах. В Москве, например, 100 тыс. человек требуют постоянного ухода – это и лежачие больные, и те, кто уже не может себя обслуживать в силу возрас-

нанимающихся на такую работу это временная подработка, они приходят ненадолго. Но в общем вакансий сегодня полно, люди готовы работать, если им предложат повременную работу, поближе к дому, помогут научиться патронажу и т.д. Эта система наиболее привлекательная, и она работает. Как в России сделать эту систему государственной? В современных экономических условиях наша страна этого не может, поэтому такие центры, как в Нижнем Новгороде, занимаются организацией патронажных услуг, где всё построено на принципе – сиделка и менеджер, сиделка и заказчик.

– Мы, – сказал выступающий, – ищем человека, который живёт близости и помогает семье, нуждающейся в уходе. Наша роль в этом деле – установить цены, контролировать отношения между сиделками и заказчиком, устанавливать правила работы и т.д. Но мало привлечь людей в социальное обслуживание, очень важно их в нём удержать. Это можно только в том случае, если людей не обманут, будут с ними точны во всех расчётах, установятся хорошие личные отношения с менеджером.

До сих пор подавляющее число патронажных служб работает полулегально или совсем нелегально. Нужен закон о социальном обслуживании, ведь большая часть патронажных служб работает «в чёрную», и это факт. Есть вариант «такси», когда все деньги получает сиделка и платит диспетчеру, но он тоже не работает, потому что люди не доносят деньги. Вариант, который более или менее реален, – это когда патронажная служба осуществляет подбор людей, распределяет денежные потоки и когда платят деньги – часть патронажной службе, а часть себе. Но этот вариант требует чёткого учёта, и с ним не все справляются.

Патронажные службы сегодня растут в стране, как грибы после дождя – появляются новые сайты, предложения в Интернете, люди, несмотря ни на что, идут в эту сферу, но лишь единицы могут вырасти. Если в структуре более 50 заказов, она не справляется с объёмом, в голове трудно удержать все мелочи. Поэтому рынку катастрофически необходим готовый программный продукт, который бы автоматизировал всю деятельность патронажной службы: как надо искать заказчика, устанавливать цены, вести взаиморасчёты и т.д. Пока таких разработчиков нет, но именно они могут очень помочь.

Что-то из этих путей рынок уже может предложить. Есть те, кто готов поделиться своим опытом, пригласить на стажировку желающих, показать им всё, объяснить, научить, как уменьшить ошибки, издержки при конкуренции на рынке, люди смогут в своих городах после учёбы правильно зарегистрировать свои фирмы.

\* \* \*

Много интересных выступлений пришлось услышать за те 2 дня, которые продолжалась конференция. Одно перечисленные проблем – качество жизни пожилых, адаптация людей в городе и деревне, бытовой комфорт, занятость в пожилом возрасте, преодоление насилия в отношении стариков – говорит о том, что тема неисчерпаемая, и как жаль, что наше общество так поздно повернулось к ней лицом. Участники почерпнули для себя много «умных мыслей», одной из которых и хотелось бы закончить: «Есть люди, люди, люди, а есть пожилые... Как это понимать? У нас так говорят – ты ещё маленький, ты ещё маленький, а потом вдруг – ты уже старенький, старенький». Очевидно одно – о пожилых надо заботиться, а самим пожилым более активно участвовать в жизни, жить интересами общества.

Валентина ЗАЙЦЕВА,  
редактор отдела здравоохранения.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Участникам национальной конференции всё интересно

не только медицинская, но и социальная помощь – медико-социальная. Старение не всегда можно лечить только таблетками, нужно ещё решать социальные вопросы – знать, как живёт человек, с кем живёт, кто его окружает, и в этом большая сложность. Решать назревшие вопросы надо начинать с образования, вводить единую методику преподавания в вузах, учитывая международный опыт. Надо создавать в стране гериатрические кабинеты, центры, объединения, трёхуровневую систему оказания гериатрической помощи – амбулатория, стационар, научно-методические центры – всё это направлено на улучшение качества жизни пожилых людей. Сегодня самое важное – организовать помощь на дому, что очень сложно, и это проблема межведомственного взаимодействия, одно здравоохранение с ней не справится, к ней должны подключиться учреждения культуры, общественные организации. На вопрос к О.Ткачёвой, почему у нас есть и неплохо работают службы педиатрии, кардиологии, пульмонологии, инфекционная, а гериатрии нет, ответ был таков – создавать гериатрическую службу, подобную перечисленным, нет пока необходимости, сегодня нам на 200 тыс. пожилых нужен 1 гериатр, помочь им может также врач общей практики, терапевт. Но вопрос о законе о гериатрической помощи назрел.

**Близкие люди**

Затронутый О.Ткачёвой вопрос оказался настолько серьёзным, что ему был посвящён даже отдельный доклад. Среди множества

та. В городах-миллионерах таких тысячи, в небольших тоже есть спрос. Этот рынок сегодня очень большой, причём он существовал всегда – организованный, неорганизованный, ибо всегда есть люди, нуждающиеся в уходе.

В Нижнем Новгороде многие организационные проблемы удалось решить. Когда дело начинали, – был «тёмный лес», нелегалов было хоть отбавляй и никто не хотел задумываться о порядке. Сейчас ситуация очень сильно изменилась. Рынок по уходу в крупных городах, таких как Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Нижний Новгород, – это уже не только частные пансионаты, но реальные структуры, которые сравнялись по количеству мест с числом людей, которых обслуживают сиделки. В крупных городах царит жёсткая конкуренция, её не было, не было – и вдруг она появилась. Патронажные службы – одиночки, которые ещё есть, становятся всё менее рентабельны, конкуренция обострилась и за клиентов и за нормальных сиделок, и нужно что-то делать.

Выступающий выделил три самые главные проблемы, которые существуют в патронажных службах, – это как найти людей, которые работают на дому по обслуживанию, как работать легально и как вырасти организатору такой службы до нужного уровня, чтобы справиться с учётом всех заказов.

Первая проблема для работающих в социальном обслуживании – эмоциональное выгорание. Мало кто из людей способен выполнять работу, находясь весь день со стариком, требующим ухода, не раздражаясь, этично. Для остальных

Минздравом России аккредитовано 1100 медицинских организаций на право проведения клинических исследований лекарственных средств (КИ ЛС). Вместе с тем в зависимости от региона в клинических исследованиях участвуют 63-88% учреждений из этого списка. Об этом сообщил главный специалист-эксперт отдела клинических исследований лекарственных препаратов Департамента государственного регулирования обращения лекарственных средств Минздрава России Азат Шарафетдинов в ходе 17-й Всероссийской конференции «Фарммедобращение 2015».

#### По плану и без плана

Реестр клинических баз размещён в свободном доступе на сайте ведомства. Также Минздравом России ведётся реестр главных исследователей, в настоящее время в него включено более 3 тыс. специалистов. В 2014 г. Минздравом России было выдано 750 разрешений на все виды клинических исследований. По словам А.Шарафетдинова, уровень международных мультицентровых клинических исследований остаётся сопоставимым в течение последних 10 лет. Количество локальных регистрационных международных клинических исследований, проведённых в 2014 г., выросло на 25% по сравнению с 2009 г.

Итоги контрольных мероприятий за 2014 г. и первую половину 2015 г. представил начальник отдела контроля клинических исследований Управления организации госконтроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Евгений Рогов.

Государственный контроль в сфере КИ ЛС осуществляется Росздравнадзором. Основная цель проверок – получить чёткое доказательство того, что исследование проводилось в соответствии с существующими регуляторными требованиями. Планы проверок вывешиваются на сайтах Росздравнадзора и Генпрокуратуры РФ.

Согласно Федеральному закону № 294-ФЗ, все проверки делятся на два больших блока: плановые и внеплановые. Плановые согла-

#### Острая тема

# Требуется доказать

## 49 процентов клинических исследований в России проводятся с нарушениями



#### «Грехи живописи»

За всё время с момента действия данной законодательной нормы Росздравнадзором было проведено 714 проверок в 62 городах Российской Федерации. По словам Е.Рогова, 49% всех клинических исследований проводится с теми или иными нарушениями, причём нарушения допускают не только сами исследовательские центры (67%), но и спонсоры КИ (8%), и даже этические комитеты (25%).

Основными принципами проведения КИ изложены в Руководстве ВОЗ по надлежащей клинической практике (GCP), которое было утверждено в 2005 г. В этом документе приводятся 15 основных типов мероприятий, которые должны быть запланированы и осуществлены в рамках проведения любого КИ – от разработки концепции и написания протокола до плана публикации результатов исследования. В ходе контрольных проверок все эти этапы исследования тщательно проверяются.

Эксперты ищут ответы на многие вопросы. Прежде всего, могло ли конкретное исследование быть осуществлено на данной клинической базе. По словам Е.Рогова, бывают случаи, когда исследователи страдают «грехом живописи», а именно – подписывают бумаги о том, что исследование состоялось, когда на самом деле оно вовсе не проводилось.

Обязательно проверяется соответствие пациентов, участвующих в исследовании, критериям включения протокола. Ещё один важный вопрос – было ли включено в исследование достаточное количество участников для достижения целей, поставленных протоколом. «К примеру, заявляется, что в локальное КИ с участием двух клинических баз включено 100 пациентов. Однако в ходе проверки одной из них выясняется, что реально в исследовании участвует всего 5 пациентов. В этом случае контролёры вправе послать запрос на другую клиническую базу и выяснить, сколько всего пациентов принимают участие в исследовании», – пояснил Е.Рогов.

Кроме того, проверяется масса другой информации. Например, подтверждает ли первичная документация пациентов, а также документация по учёту препаратов исследования целевое расходование медикаментов? Осуществляется ли перенос данных из первичной документации пациентов в индивидуальные карты без искажений? Соответствует ли квалификация и опыт исследователей целям и задачам исследования? Проводилось ли этическое сопровождение КИ независимым этическим комитетом? И т.д.

#### Мы, нижеподписавшиеся...

Ежеквартально информация обо всех проведённых проверках размещается на сайте Росздравнадзора. Как показывает практика, самое большое число нарушений (36%) связано с неправильным ведением документации. В 26% случаев зафиксированы отклонения от протокола клинических исследований. В структуре административных нарушений (они составляют 13% от общего

числа), наиболее частыми являются несвоевременное информирование Минздрава о начале КИ, отсутствие назначения исследователей и свидетельства об аккредитации центра. В 54% случаев были отмечены те или иные нарушения при подписании информированного согласия, а в 38% проведённых клинических испытаний использовались документы, вообще не утверждённые этическим комитетом.

Наиболее часто встречающиеся нарушения со стороны спонсоров исследований связаны со стандартными процедурами: сообщение о завершении КИ, согласие на предоставление прямого доступа, инструкции по правилам обращения с ЛС (по 15% соответственно).

Члены локальных этических комитетов также довольно часто не соблюдают всех предписанных им процедур. Среди распространённых нарушений: несоблюдение СОПов (стандартных операционных процедур) – такие нарушения допускаются в 40% случаев, а также ненадлежащее ведение документации и протоколирование заседаний, отсутствие кворума при принятии решений, формальная оценка квалификации исследователя и сумм выплат субъектам исследования.

По результатам каждой проверки составляется акт, и в случае выявления нарушений исследователям выдаётся предписание об их устранении. В случае невыполнения этих требований исследователи-«нарушители» могут быть привлечены к административному наказанию в виде штрафов. Кроме того, с 1 июля этого года, после внесения поправок в Федеральный закон № 61-ФЗ Росздравнадзор вправе приостановить проведение клинических исследований при выявлении в ходе проверки серьёзных нарушений.

Также, по словам Е.Рогова, необходимо ввести персональную ответственность за нарушение правил клинической практики. Среди других мер, которые позволят повысить качество проводимых в стране исследований, – создание обучающих программ для персонала, задействованного в КИ, и систематизация нарушений в зависимости от степени тяжести и влияния на результат исследования.

Ирина СТЕПАНОВА,  
корр. «МГ».

#### Акценты

В Москве состоялась 2-я Международная научно-практическая конференция «Оценка технологий здравоохранения: пути развития в России». В ней приняли участие более 450 человек – представители законодательной и исполнительной власти федерального и регионального уровней, профильных министерств и ведомств, индустрии и страховых компаний, медицинских и фармацевтических вузов.

Актуальность данной темы признана во всём мире. Система оценки технологий здравоохранения (ОТЗ), по мнению экспертного сообщества, является действенным инструментом повышения эффективности всей отрасли здравоохранения. В условиях дефицита бюджетных средств крайне важно является рациональное использование имеющихся ресурсов. Именно для этой цели используется система ОТЗ, включающая в себя анализ эффективности и безопасности лекарственных средств, медицинского оборудования и технологий для оценки целесообразности их финансирования. ОТЗ даёт возможность выбора из имеющихся альтернативных лечебно-диагностических методов тех, которые обеспечивают получение максимальной выгоды для здоровья населения при существующем уровне затрат.

Поправками в Федеральный закон № 61-ФЗ впервые в Российской Федерации было введено понятие «комплексная оценка лекарственного препарата». В дальнейшем,

# Стимул для интеграции

## Оценка технологий здравоохранения: новое звено в системе

по мнению законодателей, система ОТЗ должна быть распространена и на другие технологии, такие как медицинские изделия и биомедицинские продукты. Методология ОТЗ может быть также использована и для отбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, проектов государственно-частного партнёрства. В настоящее время Министерством здравоохранения принято решение о возложении функций по организации и проведению комплексной оценки лекарственных препаратов на одно из ранее созданных федеральных учреждений – ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской продукции» Минздрава России (ЦЭККМП). После внесения изменений в устав этого учреждения, возможно, наименование ФГБУ будет изменено.

Обращаясь к участникам конференции, заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова отметила: «Уже в течение ряда лет работает Экспертный совет по здравоохранению Комитета СФ по социальной политике, занимающийся, в том числе, и разработкой системы ОТЗ. Сегодня уже можно сказать, что в стране сделан первый шаг в создании правовой основы

для внедрения системы ОТЗ в сфере лекарственного обеспечения. Внедрение системы ОТЗ способствует повышению эффективности здравоохранения и является стимулом для успешной социально-экономической интеграции».

Первая сессия конференции была посвящена финансированию здравоохранения в Российской Федерации. Заместитель директора Департамента бюджетной политики в отраслях социальной сферы и науки Министерства финансов РФ Юлия Ломейко обратила внимание на то, что «простое наполнение финансовыми ресурсами любой отрасли не даёт заметных результатов, поэтому внедрение ОТЗ в условиях финансовых ограничений активно поддерживается министерством». Представитель Национального института общественного здоровья Греции Никос Маниадакис поделился опытом сокращения затрат и оптимизации расходов на здравоохранение в своей стране.

Рассмотрение вопросов формирования и развития системы ОТЗ в Российской Федерации состоялось на пленарном заседании. И.о. генерального директора ЦЭККМП Виталий Омеляновский рассказал

о предпосылках внедрения системы ОТЗ в России: «Она развивалась с 2002 г., и сейчас в стране уже существуют профессиональные коллективы, которые имеют определённый опыт работы в этом направлении». По его словам, результатом функционирования ОТЗ должно явиться исключение из практики устаревших и неэффективных препаратов, продвижение наиболее действенных лекарственных средств, снижение финансовых затрат, развитие цивилизованного диалога между индустрией и регулятором.

Профессор Кун Жао из отдела ОТЗ Национального исследовательского центра развития здравоохранения Китая при Министерстве здравоохранения Китая рассказала о том, как организована система ОТЗ в странах БРИКС, отметила несомненные достижения этой деятельности в России. Опыт Европейского сообщества в организации системы ОТЗ представил Финн Борлюм Кристенсен – директор Европейской сети агентств по оценке технологий в здравоохранении (EUnetHTA). Он сказал: «Цель ОТЗ заключается в способности формирования безопасной и эффективной политики в области здравоохранения, ориентированной на пациента и стремящейся к опти-

мальному расходованию ресурсов. Несмотря на то, что цели ОТЗ лежат в области политики, она всегда должна опираться на исследовательские и научные методы». Алан Хэйкок – представитель Ливерпульского университета представил доклад «Экономически эффективная ОТЗ – Британские уроки для России» и подчеркнул, что «мягкий вариант ОТЗ был бы оптимальным для России».

В свою очередь, директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Елена Максимкина подчеркнула: «Тема ОТЗ получила законодательное звучание. Согласно постановлению Правительства РФ, уже 2 года идёт формирование перечня, в рамках которого реализуются государственные гарантии для граждан РФ, в том числе перечни жизненно необходимых лекарственных препаратов. Принятие решений на основе ОТЗ является необходимым для того, чтобы повысить эффективность использования тех ограниченных ресурсов, которыми располагает любое сообщество».

Анна КРАСАВКИНА.

Открытия, находки

# Диабетика, потейте на здоровье

Уровень сахара в крови будут отслеживать через... ПОТ

На кожных покровах человека насчитывается несколько миллионов пор, через которые выделяется пот. Его испарение играет важнейшую роль в терморегуляции, предохраняя тело от перегрева и помогая снижать температуру. Менее известно то, что вместе с потом улетучиваются молекулы электролитов, сахара, аминокислот, протеинов, гормонов, солей и многих других продуктов обмена веществ, которые несут ценную биологическую информацию об организме.

— Улавливая и измеряя содержание этих субстанций, можно судить о его состоянии в целом, — говорит Джейсон Хайкенфельд из компании Eccrine Systems в Цинциннати, занимающейся изысканиями в области медицинских технологий. — Все эти элементы представляют собой характерные биологические отпечатки каждого из нас. А одним из самых очевидных применений им может стать измерение уровня сахара в крови у больных диабетом.

Сейчас у находящихся под наблюдением диабетиков регулярно берут образец крови из пальца, наносят её на пластинку с электрохимическим слоем и по интенсивности последующей реакции судят о количестве

глюкозы в крови. Появилось уже несколько методик с использованием специальных пластырей, но все они не обходятся без микроиглол. Через проколы кожи они периодически замеряют состав крови, а результаты беспроводным способом передаются на счётчик, который пациент носит при себе.

Необходимость брать пробу крови для определения уровня сахара при диабете, впрочем, навсегда отойдёт в прошлое если Дж. Хайкенфельд достигнет поставленной цели. Он пытается создать технологию, которая делала бы то же самое, но через анализ пота. С одной стороны, Хайкенфельду в этом помогает доскональное изучение биомаркёров, содержащихся в поте, — а всего их около 800. С другой стороны, получившая бурное развитие микрофлюидика, или междисциплинарная наука, описывающая текучесть и поведение сверхмалых объёмов и потоков жидкости.

На разработанном им пластыре крепится сенсор, поглощающий выделения пота.

Сенсор снабжён мембраной, настроенной на улавливание определённого биомаркёра, служащего индикатором наличия глюкозы. Встроенный микропроцессор определяет её кон-

центрацию и передаёт данные беспроводным способом. Пластырь рассчитан на одноразовое использование круглые сутки в течение недели.

Фирма Gentag из Вашингтона уже взялась за изготовление пробной партии прототипа хайтек-пластыря. По словам её главы Джона Питерса, он также будет обучен в режиме реального времени отсылать соответствующие показатели пациента напрямую врачу.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в 2014 г. в мире только среди взрослого населения насчитывалось 387 млн больных диабетом в разной форме и степени. Ожидается, что к 2035 г. их число возрастёт до 590 млн. На медицинскую помощь каждому из них будет требоваться в 2-3 раза больше средств, чем на её оказание среднестатистическому пациенту. Облегчить это бремя можно за счёт профилактики путём внедрения более простых и удобных методов отслеживания сахара в крови. А значит, над созданием безотказной системы такого мониторинга, считает Хайкенфельд, в самом деле есть попутель.

Том ЗАЙЦЕВ,  
соб. корр. «МГ».

Нью-Йорк.

Перспективы

# Исправление ген-поломок

Голубое свечение-гало нейтронов стало для нейробиологов воплощением давнишней мечты. Осенью 2015 г. многие ждали, что Нобелевскую премию по медицине присудят, в числе прочих, и Дженнифер Дудна, работающей в Калифорнийском университете в Беркли (пригороде Сан-Франциско).

Она довела «до ума» бактериальное ДНК-редактирование, которое можно использовать и у человека. Её новое сообщение называется «Динамика геномного «допроса» живых клеток» и описывает молекулярный гибрид белкового фермента Cas с РНК, эффективно выявляющий гены-мишени. В последние год-два его «приспособили» к редактированию генома клеточного ядра (микробы ядра не имеют). Фермент из клеток гноеродного стрептококка (*S. pyogenes*) при помощи направляющей — guide — молекулы РНК находит соответствующий «адрес» в виде фрагмента ДНК длиной 20 букв ген-кода, после чего разрезает ДНК и способствует её деградации-распаду. Так бактерии защищаются от чужеродных ДНК, учёные же приспособили гибрид для «редактирования» генома клеток, позволяющего нацеленно атаковать «больные» гены и менять их на здоровые.

Дудна и её коллеги были поражены скоростью сканирования генома, осуществляемого Cas с помощью РНК, сравнил его с обнюхиванием собак. Учёные определили время контактирования фермента с ДНК, составляющее

не более секунды, что позволяет нескольким тысячам гибридных комплексов «обнюхать» 300 млн сайтов ядерного генома за какие-то минуты. Авторы сравнивают работу двух частей молекулы фермента с ножницами, разрезающими цепи ДНК (динамику процесса регистрировали на видео благодаря флуоресцентному свечению Cas). Интересно, что и меньший по размерам фермент из золотистого стафилококка (*S. aureus*) также успешно справляется с задачей, что подразумевает эволюционно консервативный механизм, «зарезервированный» в ходе развития жизни (эволюции). Обе работы важны для понимания механизма возникновения ошибок при определении генных адресов, мешающих более широкому использованию гибридов, и повышения точности их применения.

Примером успешного применения стала защита «моделных» собак с нейродегенеративным состоянием, приводящим к слепоте, задержке умственного развития и заиканию детей. Оно развивается вследствие дефицита одного из ферментов, отвечающего за расщепление «старых» протеинов, накапливающихся в нервных клетках и убивающих последние. В Университете штата Миссури (г. Колумбия) собакам с помощью вируса перенесли нормальную копию гена, что резко снизило реактивность клеток белого вещества и накопление аномальное накопление нерасщеплённых жиров. А в Гарварде осуществили модификацию нервных клеток второго слоя коры, что

привело к увеличению количества связей-синапсов, характерного для нейронов глубоких слоёв, в частности пятого.

В Детском госпитале Филадельфии врачи обратили внимание на ген Jagged, мутация которого отмечается у жертв миодистрофии Дюшенна. Название гена происходит от jag — зуб, потому что его мутация приводит к отсутствию резцов у мышат вследствие нарушения сигналов определения клеточной судьбы в ходе внутриутробного развития. Ген Jag «сидит» в коротком плече 20-й хромосомы (20p12), кодируя огромный белок длиной 1218 аминокислот (его величина говорит о важности функции этого белка). Одно из приложений журнала Science поместило на своей обложке фото голубых нейронов гиппокампа собаки, лежащего на основании височной доли мозга. Свечение протеина в них отражает восстановление функции поражённых нервных клеток собаки после введения им во внутренние полости мозга (желудочки) вирусных частиц, несущих нормальный ген фермента, о чём говорилось выше. Хочется выразить надежду, что положительные результаты, полученные на собачьей модели миодистрофии человека, довольно быстро дойдут до неврологических клиник (миодистрофия Дюшенна случается у каждого из 3,5 тыс. мальчиков, т.е. в стране с 70-миллионным населением детей с предрасположенностью к болезни около 2 тыс.).

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам Nature и Science.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница» приглашает для постоянного трудоустройства

врачей следующих специальностей:

- ✓ ортодонт
- ✓ неонатолог
- ✓ врач ультразвуковой диагностики (наличие сертификата FMF)
- ✓ кардиолог
- ✓ врач скорой медицинской помощи
- ✓ врач по спортивной медицине
- ✓ психиатр-нарколог
- ✓ физиотерапевт
- ✓ акушер-гинеколог (стационар)
- ✓ уролог
- ✓ анестезиолог-реаниматолог
- ✓ эндокринолог детский
- ✓ инфекционист
- ✓ психиатр
- ✓ оториноларинголог

✓ врач клинической лабораторной диагностики  
✓ терапевт участковый (предоставление единовременной выплаты на хозяйственное обустройство в размере 1 млн руб. (постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа — Югры № 267-п от 14.08.2015)).

Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.

Контактный телефон для справок 8 (34675) 3-41-20.

Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу

8 (34675) 3-15-73, e-mail: [sovhospital@sovbolnica.pf](mailto:sovhospital@sovbolnica.pf)

или по адресу: 628240 ХМАО — Югра, г. Советский, ул. Гагарина, 62а.

В связи с изменением финансирования расходов на проведение научно-исследовательских и опытно-конструкторских работ и необходимостью подготовки уточнённой программы деятельности научно-исследовательских предприятий, Федеральное медико-биологическое агентство сообщает, что конкурс на замещение вакантных должностей директоров федеральных государственных унитарных предприятий, объявление, о котором размещено в «Медицинской газете» № 80 от 23.10.2015, переносится на более поздний срок.

Сроки проведения конкурса будут объявлены дополнительно.

Справки по телефону: (499) 190-31-22.

Комиссия по присуждению ежегодных премий имени академика А.Н.Бакулева и академика РАМН В.И.Бураковского в области сердечно-сосудистой хирургии объявляет лауреатов премий за 2015 г.

Премии имени академика А.Н.Бакулева удостоены:

— Гордеев Сергей Леонидович, Лобачёва Галина Васильевна, Мумладзе Коба Важаевич, Никитин Евгений Станиславович, Хабаров Алексей Евгеньевич, Ярустовский Михаил Борисович (Москва) — «за организацию и послеоперационное лечение в отделениях реанимации более 5 тыс. больных различных возрастных категорий, включая новорождённых и октогерянецов, оперированных на открытом сердце в одном центре».

— Бабушкина Галина Михайловна, Бычкова Елена Сергеевна, Двуркаева Галина Васильевна, Дмитрикова Ольга Александровна, Михеева Ольга Леонидовна, Мокульская Анна Геннадьевна, Юрлова Елена Юрьевна (Москва) — «за верность профессии, высочайший профессионализм и подготовку кадров».

— Gerald D. Backberg (USA) — «за разработку новых подходов к раскрытию механизмов сокращения сердца и защиты миокарда».

— Hartzell V. Schaff (USA) — «за большой личный вклад в развитие актуальных проблем кардиохирургии у детей и взрослых».

Премии имени академика РАМН В.И.Бураковского удостоены:

— Горячев Владислав Александрович, Тарашвили Эка Георгиевна, Филатов Андрей Геннадьевич (Москва) — «за разработку интраоперационного диагностикума — новый подход к картированию сердца при фибрилляции предсердий».

— Базылев Владлен Владленович (Пенза) — «за двукратное увеличение объёмов операций с искусственным кровообращением за последние 3 года и выполнение более 3 тыс. вмешательств в 2014 г.»

— Thomas L. Spray (USA) — «за большой личный вклад в проблему лечения сложных врожденных пороков сердца, включая трансплантацию, у новорождённых и грудных детей».

Сопредседатели комиссии по присуждению премий:

директор ФГБУ «НЦССХ им. А.Н.Бакулева» Минздрава России академик Л.А.Бокерия

президент Гуманитарного фонда Андрея Скоца «ПОКОЛЕНИЕ» — А.В.Скоц.

Вручение премий состоится 23 ноября 2015 г. в 10:00 по адресу: Москва, ФГБУ «НЦССХ им. А.Н.Бакулева» Минздрава России, Рублевское шоссе, 135, зал № 1.

Справки по телефону: 8-495-414-75-73, -414-75-51.

Дословно

# Ещё один запрет

Кабинет министров Германии одобрил законопроект о запрете электронных сигарет и кальянов для детей и подростков. Об этом сообщается в пресс-релизе, опубликованном на сайте федерального правительства.

Пока такие устройства для курения доступны несовершеннолетним, поскольку не попадают в категорию табачных изделий. По данным Федерального центра просвещения по вопросам здравоохранения, каждый седьмой подросток в возрастной группе 12-17 лет пробовал курить электронные сигареты. Каждый пятый пробовал электронный кальян.

«Электронные сигареты и кальян не для детей и подростков», — заявила министр по делам семьи, пожилых людей, женщин и молодёжи Мануэла Швезиг.

Согласно новым исследованиям, используемая в электронных сигаретах и кальянах жидкость, вне зависимости от того, содержится ли в ней никотин, может нарушить функцию лёгких, даже вызвать рак, отмечается в сообщении федерального правительства. Кроме того, использование таких устройств может подтолкнуть курильщика к потреблению традиционных сигарет.

Ирина МЕЛКУМОВА.

По материалам агентства фра.

## Скандал

# О допинге — в открытую

## Нужны честные атлеты и честные чиновники

Озвученные на прошлой неделе обвинения о систематической коррупции в российской лёгкой атлетике стали последним штрихом «ужасного года» для международного спорта, говорит профессор Университета штата Колорадо Роджер Пилке.

В 2007 г., когда страны решили координировать свои действия по борьбе с допингом, представить такое было сложно. Подписанное тогда соглашение было, пожалуй, первым в истории ООН, когда под одним документом поставили подписи Палестинская автономия и Израиль.

Совместный подход к решению проблемы помог вскрыть и в какой-то степени искоренить систематическое употребление допинга в профессиональном велоспорте, что стало большим достижением. Но несмотря на этот успех, спортивные руководители оказались плохо подготовлены к разворачивающемуся кризису, отмечает Пилке.

Независимая комиссия Всемирного антидопингового агентства (WADA) обвинила Россию в навязывании принятия допинга спортсменам, манипуляции допинговыми тестами во избежание обнаружения у них запрещённых препаратов и вымогательстве у них денег. Обвинения настолько серьёзны, что комиссия рекомендовала отстранить сборную России по лёгкой атлетике от участия в Олимпиаде-2016 в Рио-де-Жанейро.

Международный олимпийский комитет обратился в Международную ассоциацию легкоатлетических федераций (IAAF) начать дисциплинарное расследование по отношению ко всем принявшим участие в Олимпийских играх спортсменам, тренерам и чиновникам, в отношении которых в отчёте комиссии прозвучали обвинения. Но сама IAAF также фигурирует в отчёте не с лучшей стороны. Большинство обвинений по отношению к ассоциации не были включены в опубликованный документ, чтобы дать возможность правоохранительным органам провести расследование, пишет FT.

Во Франции было открыто дело в отношении бывшего президента IAAF Ламина Диака по обвинению в получении взяток на сумму более 1 млн евро для замалчивания положительных результатов допинговых проб.

Основные усилия по борьбе с допингом заключаются в выявлении и наказании спортсменов, принимающих запрещённые препараты. В антидопинговом кодексе Всемирного антидопингового агентства содержится 5300 слов, описывающих дисциплинарное наказание провинившимся спортсменам, но лишь 47 слов — о наказаниях для федераций и ничего о странах, нарушающих правила, отмечает Пилке.

Но спорту нужны не только честные атлеты, но и честные чиновники и честные политики. Будет нелегко справиться с нынешним кризисом, но есть несколько шагов, которые разумно сделать уже сейчас. Во-первых, необходимо создать механизмы, которые бы позволили расширить ответственность за употребление допинга,

при этом не ограничиваясь лишь спортсменами, а призывая к ответу также и спортивные организации, полагает автор.

Трудности в этом могут быть сравнимы с проблемами, возникшими недавно в футболе. Но выявление проблем в руководстве не равносильно непосредственному улучшению системы управления на практике.

Во-вторых, проблему допинга необходимо выставить на всеобщее обсуждение. Необходимо получить более существенные доказательства того, как конкретные препараты влияют на физические возможности спортсменов, и какие риски для здоровья они представляют. Подобную информацию затем можно сравнить с аналогичными показателями разрешённых препаратов, например кофеином.

Этот год, скорее всего, запомнится кризисом в международном спорте. Но он может запомниться и как год, когда в спорте XXI века будут пересмотрены стандарты и наказания за их нарушения.

## Кстати

### Отстранить, не пущать!

Президент РФ Владимир Путин заявил о необходимости сотрудничества с международными антидопинговыми структурами, а также распорядился провести внутрироссийское расследование в связи с утверждениями комиссии WADA о систематическом применении допинга российскими легкоатлетами.

«Необходимо провести своё собственное, внутреннее расследование и обеспечить самое открытое, хочу это подчеркнуть, профессиональное сотрудничество с международными антидопинговыми структурами», — заявил В. Путин на совещании в Сочи, посвящённом подготовке к Олимпиаде-2016 в Рио-де-Жанейро.

А накануне пресс-секретарь Президента РФ Дмитрий Песков заявил, что в Кремле считают доклад комиссии WADA по России «голословным». Дескать, доклад Всемирного антидопингового агентства не предоставляет каких-либо доказательств.

При этом отвечать на вопрос о риске запрета российским легкоатлетам участвовать в следующей Олимпиаде Песков отказался, указав, что он входит в компетенцию Министерства спорта. Пресс-секретарю Президента также неизвестно о каких-либо контактах Владимира Путина с министром спорта Виталием Мутко в связи с допинговым скандалом.

В свою очередь, МОК назвал заключение комиссии WADA шокирующим и вызывающим сожаление, а также пообещал изучить ее выводы. А Всемирное антидопинговое агентство обнародовало результаты расследования использования допинга российскими легкоатлетами. WADA обвиняет ФСБ России в построении системы применения допинга в России и призывает отстранить нашу страну от всех легкоатлетических соревнований.

## Антисанкции

# Под горячую ногу

Поездка в Россию на московский этап автогонок началась для автогонщиков и обслуживающего персонала команды BMW с трудностей: съёмной провизант команды был конфискован на российской границе.

По данным BMW, речь идёт примерно о 3 т продуктов. Кейтеринговая компания должна была доставить их в Россию, но российская сторона, как сообщил представитель BMW Йорг Коттмайер, уведомила компанию, что «ввоз определённых продуктов питания запрещён». (Кейтеринг — отрасль общественного питания, оказывающие подрядные услуги по организации питания сотрудников компаний и частных лиц.)

Россия ввела эмбарго на продукты питания из Европы. С начала августа изъятые на границе продукты питания уничтожаются. Действия властей вызвали недовольство в России.

Между тем Роспотребнадзор оспаривает тот факт, что команда BMW стала жертвой контрсанкций



Москвы. Пресс-секретарь областного управления отметила, что груз для команды BMW не подпадал под запретительные меры Москвы, так как «он был явно предназначен для собственного потребления, а не для дальнейшей перепродажи в России».

Поводом для конфискации послужили отсутствующие документы, а именно — необходимые для ввоза на территорию РФ фитосанитарные сертификаты. Кейтеринговая компания, по версии российских властей, не предоставила соответствующих документов.

## Мифы и факты

Иногда посреди ночи человек встаёт с кровати и разгуливает по комнате или даже по квартире, не просыпаясь. Каждый пятый ребёнок регулярно ходит во сне, и как минимум 40% просыпались это хотя бы однажды. Чем старше мы становимся, тем реже это происходит, но 1-2,5% взрослых продолжают бродить во сне.

## Редко, но бывает

Неправда и то, что, гуляя во сне, человек не может причинить себе никакого вреда — он может споткнуться, а если окажется в незнакомом месте, ему действительно угрожает опасность: к примеру, заблудившись, лунатик может открыть входную дверь и выйти на улицу.

# Далеко собрался?

## Не будите лунатиков



## Состояние сна

Все, кто хоть раз видел лунатика, согласятся с тем, что это очень странное состояние, которое сочетается в себе черты сна и бодрствования. Как многие наверняка слышали, в таких случаях обычно советуют ни в коем случае не будить спящего: якобы это опасно и каким-то образом повредит ему. Это не совсем так, хотя, вне всякого сомнения, проснуться в такой момент лунатику будет неприятно.

Точно неизвестно, почему мозг даёт команду разгуливать во сне, хотя мы многое знаем о том, что происходит с человеком после того, как он засыпает. В течение ночи он проходит разные фазы сна, начиная с поверхностного, который в течение примерно 20 минут становится значительно глубже, а потом снова сменяется поверхностным, затем переходя к фазе быстрого сна. Этот цикл повторяется несколько раз за ночь, и каждый раз продолжительность быстрого сна увеличивается, так что к утру эта фаза занимает больше всего времени.

Сны человеку чаще всего снятся именно во время фазы быстрого сна. В этот период тело словно парализовано, чтобы не начать случайно действовать во сне, однако лунатизм проявляется в фазе гораздо более глубокого сна. Это любопытное и парадоксальное состояние. Мозг достаточно активен, чтобы человек мог двигаться, но не настолько, чтобы он проснулся.

Недавно в миланской больнице Нигурда (Италия) было проведено исследование волновых колебаний мозга людей, склонных к лунатизму. Учёные установили, что пока некоторые участки мозга находились в состоянии бодрствования, остальные пребывали в глубоком сне. Это указывает на то, что причиной лунатизма является дисбаланс между этими двумя состояниями.

Рассказы о том, будто бы лунатики ходят, вытянув руки вперёд, как зомби, не соответствуют действительности, однако у таких людей и вправду бывает застывший, словно невидящий взгляд, и их внимание очень трудно привлечь. Гуляя во сне, люди обычно не зажигают свет и перемещаются по дому по памяти.

Профессор Мэтью Уокер из клиники патологий сна — подразделения больницы при Лондонском университетском колледже (Великобритания), рассказал о своём пациенте, который вышел из дома, сел в машину и поехал — так и не проснувшись. Был ещё случай с 15-летней девушкой, которую нашли в кабине грузового крана на сорокаметровой высоте, — она забралась туда во сне, свернулась клубочком и продолжала спать.

Такие случаи редки. Периодическое хождение во сне обычно не приводит к каким-либо серьёзным проблемам, и большинство детей перерастают это состояние.

Если эта ситуация повторяется каждую ночь, специалисты по патологиям сна советуют родителям в течение недели понаблюдать за тем, в какое время их ребёнок обычно начинает ходить во сне, и осторожно будить его примерно за 15 минут до этого момента — часто это помогает прервать сложившийся цикл.

## Кстати

### Надо быть гуманным

Так что же делать, если кто-нибудь из ваших близких страдает лунатизмом? Начнём с того, что лунатик спит настолько глубоко, что, вероятно, и вовсе не заметит вас, даже если вы попытаетесь его разбудить. Если же он всё-таки проснётся, вы можете дезориентировать его до такой степени, что человек испытает стресс.

Каждому из нас знакомо это чувство полной растерянности, когда звонок будильника приходится на фазу глубокого сна, а не на фазу поверхностного сна, в которой мы обычно находимся к тому моменту, когда пора просыпаться.

Так что, разбудив лунатика, вы не вызовете у него сердечный приступ и не вергнете его в состояние комы, но гуманнее всего будет не будить его вовсе, а просто отвести обратно в постель, чтобы он не причинил себе вреда.

Он продолжит глубоко спать, а утром, скорее всего, и не вспомнит о своей ночной прогулке.

Подготовил Юрий БЛИЕВ,  
обозреватель «МГ».

По материалам Financial Times, Der Spiegel, BBC Medicine.

Далёкое — близкое

# Всё глубже и глубже...

Скоро исполнится полвека первому компьютерному томографу

В историю изучения человеческого мозга вписано немало любопытных страниц — от псевдонауки френологии до вклада группы «Битлз» в развитие компьютерной томографии. Что же происходит в наших головах? Благодаря таким новым технологиям, как компьютерная томография, можно ответить на этот вопрос.

Но так было не всегда. За прошедшие столетия человечество пыталось понять принципы работы «серого вещества» и другими способами.

## «Шишковедение»

Экскурсия в лондонский Музей науки начинается со знакомства с хранящейся в нём коллекцией керамических голов разных размеров и форм. Подобные экспонаты изготавливали приверженцы френологии, которую в своё время называли наукой о разуме.

Френология зародилась в Европе в конце XVIII века — её адепты полагали, что форма черепа даёт представление о личности и психических особенностях его владельца. Считалось, что френологи способны получить представление о психике человека путём измерения и изучения «шишек» — нервов на внешней поверхности его черепа.

Владельцу коллекции Уильяму Бэлли пришлось немало потрудиться, чтобы её собрать. Некоторые экспонаты были получены им от людей, интересовавшихся собственными «френологическими особенностями», другие же представляют собой копии с гипсовых слепков черепов покойных, к которым у него был широкий доступ. Говорят, Бэлли хвастался, что в своё время снял слепки с черепов 600 преступников.

К 1840 г., всего через полвека после появления френологии, её развенчали как лженауку. «Шишковедение», как начали презрительно называть френологию, вышло из моды, говорит Дэйбин. Учёные же сконцентрировались на изучении историй болезней реальных пациентов с нарушенными мозговыми функциями.

Такие исследователи, как французский хирург Поль Брока, на-



Изучение мозга продолжается и будет продолжаться, чтобы найти пути к излечению от болезней

чали подозревать, что разные отделы головного мозга отвечают за разные функции. Брока пришёл к заключению, что нарушение речи у некоторых из его пациентов связано с нарушением работы определённых зон мозга.

Хотя френология и оказалась дискредитированной, мысль о том, что некоторые особенности поведения человека связаны с работой определённых участков мозга, получила дальнейшее развитие. Впрочем, сама по себе эта гипотеза не давала учёным возможность изучить мозг в процессе активной умственной деятельности.

## Роль «Битлз»

Лишь в 1920 г. им стала доступна электроэнцефалография (ЭЭГ) — технология считывания электрических сигналов мозговой активности. Поначалу ЭЭГ применяли в довольно необычных целях, например, чтобы посмотреть, на-

сколько подходят друг другу обречённые, или для изучения мозга преступника.

Однако эту технику стали использовать и с целью исследования мозговой активности пациентов с некоторыми заболеваниями (например, с эпилепсией), чтобы понять, что происходит с мозгом во время припадков.

Самые первые электроэнцефалографы предполагали довольно инвазивную, с точки зрения пациента, процедуру. Во время экскурсии по обширным запасникам Музея науки можно увидеть один из таких древних аппаратов.

Электроэнцефалографы прошлого использовались как для считывания мозговых сигналов, так и для стимулирования мозговой активности. Но только лишь при помощи электрических сигналов учёные всё равно не могли получить полную картину мозговой деятельности. Требовалось что-то новое.

В 1960-е годы Годфри Хаунс-

филд, работавший инженером в британской компании EMI, разработал технологию сканирования человеческого тела, в том числе и мозга, при помощи рентгеновских лучей. Эта технология более известна как компьютерная томография.

Поначалу у EMI не было достаточного бюджета для внедрения нового изобретения, но затем звукозаписывающее подразделение компании, расположенное на лондонской Эбби Роуд, подписало контракт с группой «Битлз». EMI заработала на этом сотрудничестве миллионы, которые и позволили компании выпустить компьютерный томограф на рынок в начале 1970-х годов. В Музее науки хранится один из самых первых в мире компьютерных томографов — и это очень большой аппарат.

## Что там светится?

Новейшая на сегодняшний день технология сканирования головного мозга известна как функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ). Благодаря этой новейшей технологии нейробиологи могут следить за изменениями насыщенности мозга кислородом.

Области мозга, занятые решением определённых задач, например лингвистических, расходуют больше энергии, поэтому и циркуляция крови в них будет повышенной. Томограф как раз и отслеживает приток крови к определённым участкам мозга. Так, при необходимости подобрать слова при разговоре активируются одни области мозга, а при простом счёте — монотонной задаче, характеризующейся низкой мыслительной активностью, — другие.

Хотя данная технология и даёт учёным представление о том, ка-

кие области мозга задействованы в выполнении той или иной задачи, томограф, разумеется, не способен читать человеческие мысли. Тем не менее эти аппараты революционизировали изучение головного мозга.

Раньше, имея дело с пациентами, перенёвшими мозговые травмы, врачи могли определить область повреждения и скоррелировать эту информацию с наблюдениями за тем, как изменилось поведение больного. Теперь же магнитно-резонансная томография даёт исследователям возможность заглянуть внутрь здорового мозга и понаблюдать за тем, каким образом задействуются разные его отделы и как они взаимосвязаны друг с другом.

## А дно «серого вещества» не видать

И ЭЭГ, и компьютерная томография до сих пор применяются параллельно друг другу и останутся в эксплуатации в обозримом будущем. Во многих больницах используются компьютерные томографы, а к электроэнцефалографам прибегают в исследовательских целях. Так, учёные изучают возможность применения неинвазивных способов электрической стимуляции мозга для смягчения симптомов болезни Паркинсона или депрессии.

Не будут ли последующие поколения относиться к нашим попыткам разгадать загадки мозговой деятельности так же снисходительно, как мы относимся к френологии?

Пусть так. Ясно одно — человечество никогда не оставит попыток раскрыть секреты серого вещества, скрытого под черепной коробкой.

Юрий БЛИЕВ,  
обозреватель «МГ».

Былое

## История больницы — в музейных витринах



В этом году исполняется 235 лет одному из старейших лечебных учреждений Ярославской области — больнице скорой медицинской помощи им. Н.В.Соловьёва. Этот факт нашёл отражение в «календаре событий», который действует в рамках медицинской экспозиции ярославского Музея истории города. Экспозицию подготовил заслуженный врач РФ Борис Лозинский.

На уникальных фотографиях показано, с чего начиналась клиника, кто здесь работал, какими вопросами занимались. Здесь были впервые использованы новейшие для того времени методы лечения: асептика и антисеп-

тика, операционный наркоз. Именно в этой больнице был установлен первый в Ярославской области рентгеновский аппарат, работали выдающиеся врачи Н.Голосов, Г.Фальк,

В.Линденбаум и другие.

И сегодня, несмотря на солидный возраст, больница является вполне современным лечебным учреждением. Построены новые корпуса, появилось новейшее оборудование: лабораторное, операционное, диагностическое. Выполняются сложнейшие операции на суставах, конечностях, нервной системе с использованием эндоскопических методов. Здесь базируются несколько кафедр Ярославского государственного медицинского университета.

Елена МАРЬИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Ярославль.

Книгу написал врач

В октябре в Удмуртии вышла в свет книга «Основы психогигиены». Над сборником врачи-психотерапевты, психологи Республиканской клинической психиатрической больницы работали в течение полутора лет. Пожалуй, это первое издание, ориентированное на массового читателя, в котором раскрываются вопросы психогигиены быта и питания, труда и отдыха, психосексуальных и семейных отношений.

можно задать свой вопрос в чате и получить ответ доктора либо психолога. Все специалисты прошли обучение по вопросам кризисной помощи, детской психологии, имеют опыт работы в чрезвычайных ситуациях. И уже больше года можно воспользоваться ещё одним уникальным сервисом: на сайте можно написать письмо с описанием проблемы. Психолог или психотерапевт в течение 3 дней ответит на него. Люди, используя разные средства связи,

По-прежнему наиболее популярным средством связи со специалистом остаётся телефон: ежедневно поступает 20-30 звонков, 15-20 обращений по Интернету. Письма требуют всё-таки большей концентрации и большего времени на подготовку. Их направляют реже, но работа с письмами, на взгляд специалистов, наиболее эффективна, поскольку человек, описывающий проблему, открывает для себя какие-то моменты, о которых не задумывался.

## Ещё ближе к людям

Профилактика психических нарушений обретает популярную форму

Как напомнил главный психотерапевт Удмуртии Юрий Каменщиков, несколько лет назад команда специалистов задумала и осуществила консультативный проект «Перезагрузки стресс». Предпосылки для этого были. Удмуртия была одним из первых российских регионов, где в 1992 г. начал работу телефон доверия, и каждый человек бесплатно мог получить консультацию. Позже бесплатный телефон психологической помощи стал доступен для всей республики.

По словам главного психотерапевта Удмуртии, сейчас 40% звонков поступают из городов и районов республики. Вслед за телефоном появился прямой приём обращений граждан: сейчас

обращаются за помощью неоднократно. Специалисты стараются помочь всем.

Ссылки на сайт «Перезагрузки стресс» есть на сайтах многих медицинских организаций республики. Он, в свою очередь, сделан для того, чтобы не только дать возможность максимально быстро связаться со специалистом, но и помочь человеку сориентироваться, где можно быстро получить помощь. Там собраны ссылки на различные организации, которые могут оказать помощь, но относятся к разным министерствам и ведомствам.

Как правило, самая горячая пора у врачей и психологов — выходные и праздники. Сезонность не прослеживается.

За помощью обращаются и мужчины, и женщины. Есть, пожалуй, два возрастных пика, когда люди особенно нуждаются в помощи: молодёжь 15-18 лет (чаще юноши) и люди среднего возраста — около 50 лет, в этом случае чаще женщины. Если составить своеобразный рейтинг проблем, одно из первых мест займут проблемы взаимопонимания и взаимоотношений детей и родителей, беспокоящие и взрослых, и молодых, проблемы с алкоголем и наркотиками, семейные взаимоотношения — разводы, измены и т.д.

Марина ЦВЕТУХИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Ижевск.

Писатель-фантаст Василий Головачёв издал больше 60 романов, массу повестей и рассказов. Общий тираж его книг – многие миллионы экземпляров, а 6 лет назад по фантастическому роману «Смерш-2» был снят художественный фильм. Василий Васильевич неоднократно становился лауреатом всевозможных литературных премий, его именем названа звезда в созвездии Близнецов с вручением писателю регистрационного сертификата. Кроме всего прочего он стал кавалером ордена Рыцарей фантастики. Член Союза писателей Украины (долго жил и работал в Днепрпетровске) и России (теперь – москвич).



*Комитету редакции «Медицинской газеты» и читателям  
Желаю  
прежде всего здоровья!  
И широкого хлеба над головой!  
И тепла, и света, и любви!*

Писатель  
Василий ГОЛОВАЧЁВ:

нахожусь для них как бы в другой Галактике...

– Какие из твоих книг тебе больше всего нравятся самому?

– Могу назвать десятка три романов, герои которых соотносятся именно моему понятию героя. Это, прежде всего, «Смерш», «Хроники реликта», «Человек боя», «Посланник»... Причём это не просто боевики, хотя в своих книгах очень люблю раскручивать острые сюжеты. Часто называю себя не фантастом, а фантазёром. Фантаст, если хочешь, это своеобразное клише. Фантазёр же любые идеи непременно доводит до гротескной ситуации. А писатель без фантазии – вовсе не писатель, даже если он и пишет о сельском хозяйстве... Кстати,

Мы учились когда-то в одной школе. Недавно встретились на 80-летнем юбилее своей родной Жуковской средней школы № 1, что на Брянщине. Эти вопросы и ответы – часть нашей долгой беседы.

# Сочинять романы я начал в вагоне на верхней полке...

– Насколько я знаю, Василий Васильевич, ты поступил после школы в Рязанский радиотехнический институт. Какие же неведомые пути вывели в конце концов на писательскую стезю?

– Честно говоря, и мысли о том, что стану писателем, в голову не приходило. Став инженером-радиоэлектронщиком, служил в Советской армии под Уссурийском. И почему-то в вагоне я начал сочинять научно-фантастический роман, лёжа на верхней полке. При слабом жёлтом свете ночника. Словом, начал писать в поезде в 1972 г. В 1979-м опубликовал свою первую книгу «Непредвиденные встречи»...

– Не последнее место в нашей жизни занимали тогда занятия спортом...

– Я, к примеру, был отчаянным легкоатлетом. Помню, в каком-то классе зашвырнул гранату так далеко, что мне даже дали спортивную грамоту. Потом занимался боксом, каратэ. Однако профессионально – только волейболом, стал мастером спорта по этому виду. В своё время выступал в соревнованиях в составе сборных команд Хабаровска, Владивостока, Рязани, Днепрпетровска. Могу смело утверждать, что здоровьем, творчеством, всеми радостями жизни обязан систематическим занятиям спортом.

– В своих произведениях нередко вспоминаешь родные

места. Это что, ностальгия, возвращение в детство?

– Родился я 21 июня 1948 г. в Жуковке, а моя мама родилась в деревне Ковали Жуковского района Брянской области. Сейчас от той деревеньки остались лишь две одичавшие яблоньки, да кое-где пробиваются среди густых зарослей крапивы веточки смородины. Это, знаешь ли, как от живого тела кусок оторвали. Была деревенька – и нет её.

Работая над романом «Человек боя», я разместил лабораторию по разработке психотропного оружия именно в Ковалях. «Построил» даже добротную асфальтированную дорогу через густой лесной массив до города Дятьково. Вообще же, примерно в 10 романах рассказываю о Жуковке, называю знакомые с детства деревни, Скравовку, например. Теплее, знаешь ли, становится на душе, от воспоминаний детства.

Кстати, мама и бабушка рассказывали, что я рос довольно послушным мальчиком. Однако помню эпизод, который может напрочь перечеркнуть это утверждение. Где-то во 2-м классе решил «сачкануть» с надоевших школьных уроков. Побросали с ребятами портфели в кусты скверика возле вокзала и пошли гулять по совсем ещё не-

большому посёлку Жуковка. Однако когда нагулялись и вернулись за портфелями, их там, где оставили, не оказалось. Где мы их только не искали. Помню, Вовка Абуцин даже в выгребной яме палкой шарил – напрасно! Не нашли. Зато всю нашу «тёплую компанию» нашла милиция. И привели нас в детскую комнату. Это был мой первый «привод». К счастью, и последний. После той истории к занятиям стал относиться гораздо серьёзнее. С годами даже чуть ли не превратился в отличника. А в старших классах очень увлёкся физикой и астрономией.

– В наши школьные годы был настоящий культ книги. Мы с тобой, если помнишь, даже крепко поцапались в районной детской библиотеке за право первому прочитать книжку приключений Майн Рида. И если бы библиотекарь Тамара Антоновна не растащила двух Вас...

– Читать я начал рано. Вслед за «Приключениями Буратино» шли «Старик Хоттабыч» и «Приключения Гвоздика»... Потом пошли Майн Рид, Жюль Верн, Фенимор Купер... К научной фантастике пристратился в классе 8-м. Записан был во все существующие тогда в Жуковке 5 библиотек.

– А твои любимые писатели, кто они?

– Я воспитан на классической литературе. Кроме уже названных авторов просто обожаю Ивана Антоновича Ефремова. Жаль, что так и не успел познакомиться с прославленным фантастом лично. Когда вернулся из армии, он уже умер. Надо ли особо подчёркивать, что его роман-утопия «Туманность Андромеды» в корне изменил лицо отечественной фантастики!

Любил ранние произведения Аркадия и Бориса Стругацких. Кстати, с обоими были очень хорошие отношения. Исключительно уважаю Станислава Лема! Долгое время дружил с Владимиром Дмитриевичем Михайловым, классиком отечественной фантастики.

– А как относятся к твоему творчеству родственники?

– Жена Зоя Вячеславовна, медик по профессии, наряду с другими специалистами консультировала меня при написании романа «Чёрный человек». Там нейрохирург проводит операции на мозге, а для меня тонкости медицины, сознаюсь, тёмный лес. Причём жена и сама уже написала 3 книги. Сын же и дочь нередко высказывают замечания, но любя. Однако, если честно, я всё же

вспомни малоизвестные нынешним читателям популярные книги нашей юности «Каллисто» и «Каллистан». Изданные ещё в 50-е годы прошлого века фантастические романы Георгия Сергеевича Мартынова увлекательно рассказывали о космических полётах, когда человечество к ним ещё только готовилось. В этих книгах есть всё, включая и любовь к землянину жительнице далёкой планеты Каллисто. Вот это – фантастика самого высокого полёта! К такому надо в писательстве и стремиться. Там, кстати, первыми в космос полетели врачи. И я свои книги нередко «насажаю» докторами.

– Какие качества особенно ценятся в людях?

– В мужчинах прежде всего точность. Мужик должен быть человеком дела и никогда никого не подводить. Женщинами же правит отсутствие логики. С ними никогда нельзя спорить...

– Что, по-твоему, лежит в основе успеха каждого конкретного человека?

– Целеустремлённость. Всё остальное присоединяется при движении к цели.

Беседу вёл Василий ШПАЧКОВ, соб. корр. «МГ». Брянская область.

Фото автора.

"Капитанская ..."										Индийский бог огня										Этилен, пропен										С К А Н В О Р Д										Корень из 36										Рос. дирижер										Лавка									
Золотая кислота					Старин. испан. танец					Вилдаг-липтин					Англ. мате-матик					Город, Иран					Косушка					Пакли-таксел					Чайка					Обо-лочка колеса																													
"Сам-сон ..."					Коати					Госсек, опера					Одежда на Севере					Легкий хмель-ной напиток					Запа-ный сосуд					Южное соз-вездие					Приток Енисея					Лосось																													
"Продан. невеста", перс.					Оса					Разре-шение, въезд					Фарма-колог ... Аксель-род															Валенок																																							
Во вре-мена ...					Кисло-род					Купидон					Актёр панто-мимы					"Золо-тая ...", Левитан																																																	
Повесть Айни					Якут. котло-вина					Ринг					Одежда, Индия					Расто-читель					Удар (стар.)					Линней					Раиса																																		
Нем. авто-мобиль					"Ту-шино", перс.					Егип. бог Солнца					Китай-ская флейта																																																						
Спорт. сани					Жук					Сад, Дели																																																											
Автор Валерий Шаршуков					Яще-рица					Рос. рисо-вальщик					Полу-чают из анилина																																																						
К О Л Ь Е У Э В М У С Т Ь Е										М О Н Б Л А Н										К О Л Ь Е У Э В М У С Т Ь Е										М О Н Б Л А Н																																							
А А Б А Л А Р П А Н Р К Д Б О Й И У										Л И В Р Е А М А З А М А П О Р О Х Г Е Д										Я О П И Т Е Р Т К И З С К Р И Б Е Р А										Г А М Б И Т Р М Я Т А Л Т А С М А Н Р Ы К																																							
И А К А М И Н З А Л Л А Р										Н И К Т А О К О В Ы Е Ж Е Л И										С П И Л А Н К А Ф Р Е Ж																																																	

Ответы на сканворд, опубликованный в № 86 от 18.11.2015.