

# Медицинская

22 марта 2017 г.  
среда  
№ 19 (7737)

# 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)

## Проекты

# На селе докторов надо поддержать

## Так решили в Астраханской области



В этом году сельские учреждения здравоохранения Астраханской области пополнятся «земскими докторами». Эта масштабная программа возобновляется после одногодичного перерыва. В областном бюджете на 2017 г. запланированы средства, необходимые для её финансирования.

Ожидается, что всего в 2017 г. в астраханскую глубинку приедут 73 врача. 20 докторов уже работа-

**Астраханская глубинка уверенно осваивается молодыми врачами**

ют. Это специалисты самых разных направлений – врачи общей практики, терапевты, педиатры, акушеры-гинекологи, анестезиологи-реаниматологи, хирурги, неврологи, онкологи, травматологи и др.

– Программа «Земский доктор» показала свою эффективность и позволила существенно сократить дефицит медработников на селе и сделать медицинскую помощь более качественной, доступной

и своевременной, – говорит губернатор Астраханской области Александр Жилкин. – С 2012 г. в сельские районы приехали около 300 врачей. Все они получили по 1 млн руб. «подъемных» на приобретение жилья.

Алексей ПИМШИН.  
МИА Сити!

Астраханская область.



**Евгений АЧКАСОВ,**  
заведующий кафедрой спортивной  
медицины и медицинской  
реабилитации Первого  
МГМУ им. И.М.Сеченова, профессор:  
Медицинским работникам следует лич-  
ным примером мотивировать друг друга  
и пациентов к активной, здоровой жизни.

Стр. 7

**Александр ЧУЧАЛИН,**  
главный терапевт-пульмонолог  
Минздрава России,  
академик РАН:

Пульмонология не ограничивается такими  
болезнями, как бронхиальная астма, ХОБЛ  
и пневмония.

Стр. 10



**Ростислав КАРПОВ,**  
научный руководитель  
Томского НИИ кардиологии,  
академик РАН:

В условиях нынешней тарифной политики  
многие федеральные кардиоцентры вы-  
нуждены вести отбор пациентов более  
лёгких, финансово не затратных.

Стр. 12

## Профилактика

# Ориентир – раннее выявление

Три субботы подряд были предоставлены жителям Волгоградской области для прохождения профилактических осмотров с целью раннего выявления онкологических заболеваний. Приём проводился в онкологических подразделениях Волгограда, Камышина, Волжского и Михайловки высококвалифицированными специалистами.

Примечательно, что первые две субботы были акцентированы на женском здоровье. А третий день доктор-онкологи уделили мужчинам.

И вот, в результате этих профилактических осмотров более 1 тыс. женщин получили квалифицированные консультации опытных специалистов. Тщательные исследования прошли и около 300 мужчин.

В ходе профилактических осмотров, по показаниям специалистов, было проведено 104 флюорографии

органов грудной клетки, 156 ультразвуковых диагностик и более 140 женщинам провели маммографическое обследование.

Дальнейшее проведение «дней открытых дверей» в регионе планируется организовать на базе первичных онкокабинетов районных поликлиник, где приём будут проводить квалифицированные специалисты областного онкодиспансера.

Александр КУЗНЕЦОВ,  
соб. корр. «МГ».

## Кадры

# Клинический блиц

Ростовский государственный медицинский университет предстоящим летом будет набирать студентов на новый факультет – общей клинической практики. Попытать удачу могут окончившие 11 классов средней школы, а также имеющие среднее профессиональное и высшее образование (медико-профилактические и биологические факультеты).

По окончании 4 лет выпускник факультета общей клинической практики получит диплом с записью «Академиче-

ская медицинская сестра. Преподаватель» и сможет заменить педиатра в школе или преподавать в колледже или медучилище. Как известно, прошлой осенью Ростов-на-Дону одним из первых в стране включился в пилотный проект «Школьная медицина», и запуск нового учебного направления является логическим его продолжением.

Специалист общей клинической практики в дальнейшем вправе продолжить учёбу в соответствии с индивидуальным планом и за 3 года

дорости до терапевта или педиатра. Также его могут принять в магистратуру по профилю «Общественное здравоохранение». Впрочем, теперь, чтобы продолжить учёбу в медицинском вузе, одного желания мало.

– В этом году половина выпускников нашего вуза не сможет попасть в ординатуру, потому что количество мест ограничено, – отметил ректор университета Сергей Шлык. – Кто лучше учился, кто лучше подготовился, тот сдаст экзамен и продолжит учёбу. Остальные пойдут работать участковыми врачами и в ординатуру смогут попасть лишь через 3 года, – подчеркнул он.

Валентин СТАРОСТИН.

Ростов-на-Дону.

**DIXION**

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА  
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ  
АРЕНДЫ

Мониторы пациента



- Динамическое наблюдение за состоянием пациентов
- Выбор конфигурации и параметров мониторинга
- Просмотр и хранение событий и данных наблюдения

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

## Новости

## Первый юбилей

Единственное в Свердловской области отделение выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями областной детской клинической больницы № 1 отпраздновало свой первый юбилей – на днях ему исполнилось 5 лет.

Сейчас под наблюдением специалистов отделения находятся более 130 подопечных. Работу с семьями ведут 2 бригады, в которые входят педиатр, невролог, медицинские сестры, медсестра по лечебному массажу, специалист по социальной работе и клинический психолог.

Всего за время работы консультативную помощь получили более 450 семей.

«Чему учит паллиативная помощь? Понимать, что несмотря даже на самый страшный диагноз у ребёнка должно быть детство с самыми разными мечтами, которые могут осуществляться. Поэтому мы все постоянно и много учимся, – говорит заведующая отделением выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями ОДКБ № 1 Лариса Шукшина. – И если, несмотря на всю боль и слёзы, ребёнок смог улыбнуться, значит, наша помощь, наши усилия не напрасны, значит, мы развиваемся в нужном и правильном направлении!»

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.

## Родить здорового ребёнка

В Челябинске и Магнитогорске прошли семинары-тренинги для акушеров-гинекологов по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку.

Актуальность темы вызвана тем, что, по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, самый высокий уровень ВИЧ-инфекции в России наблюдается в возрастной группе от 30 до 39 лет, из них 1,5% женщин, которые живут с ВИЧ-инфекцией. Большинство инфицированных женщин находятся в более молодой возрастной группе – 20-29 лет. Около 16 тыс. ВИЧ-инфицированных россиянок ежегодно становятся мамами, при этом вирус получают 1,8% детей. В Челябинской области показатель передачи вируса ниже и составляет 1,5%.

«Чтобы улучшить качество работы по перинатальной профилактике в области, необходимо наладить преемственность оказания медицинской помощи ВИЧ-позитивным женщинам в медицинских учреждениях различного уровня, – отмечает главный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции регионального Минздрава Маргарита Радзиховская. – Решение проблемы требует комплексного подхода и вовлечения профессионалов различных специальностей, включая акушеров-гинекологов. Совместная слаженная работа поможет обеспечить вынашивание и рождение здоровых детей, а также сохранение их здоровья в дальнейшем».

Для обучения гинекологов на семинары пригласили специалистов Фонда социального развития и охраны здоровья «Фокус-медиа». Занятия прошли в форме тренинга с полным погружением, моделированием различных ситуаций, интерактивом и оценкой уровня полученных знаний.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

Полмиллиона  
за неверный диагноз

Суд обязал две клиники в Якутии выплатить 500 тыс. руб. местной жительнице, у которой ошибочно нашли онкологическое заболевание.

По данным прокуратуры Республики Саха (Якутия), в июле 2015 г. женщина находилась на стационарном лечении в Республиканской больнице № 2, откуда была направлена на обследование в онкологический диспансер, где врачебная комиссия поставила диагноз о наличии злокачественного новообразования IV стадии и назначила лекарственную терапию.

В дальнейшем пациентка самостоятельно прошла обследование в клиниках Москвы, где онкологический диагноз не подтвердился, и женщина была успешно прооперирована по иным показаниям. Позже якутянка обратилась в прокуратуру, по её заявлению о некачественном оказании ей медицинской помощи в местных клиниках прокуроры провели проверку.

В ходе судебного разбирательства была назначена экспертиза в бюро СМЭ Хабаровского края. Согласно заключению экспертов, в Республиканской больнице № 2 диагноз женщине установлен неверно, а в онкологическом диспансере не выполнен полный объём исследований для установления диагноза.

Из-за неправильной интерпретации медучреждениями результатов обследования были серьёзно отодвинуты сроки оказания пациентке необходимой медицинской помощи, что привело к развитию общего септического состояния, развитию токсической анемии высокой степени и потребовало большего времени реабилитации после операции.

Прокуратура Якутска обратилась в суд в интересах пострадавшей о взыскании компенсации морального вреда. Исковое заявление прокурора судом рассмотрено и удовлетворено, с учреждений здравоохранения в пользу пациентки взыскано в общей сумме 500 тыс. руб.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Якутск.

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

## Начало

Диагностика идёт  
на Север

Государственная система здравоохранения Приангарья расширяется

В Братске началось строительство филиала Иркутского областного диагностического центра. Уже через год, по заверениям строителей, в 500 км от областного центра появится новое государственное медицинское учреждение. С началом его работы, подчеркнут в Минздраве Иркутской области, значительно повысится качество и доступность диагностической помощи для 650 тыс. жителей северных территорий региона.

Сейчас, чтобы пройти углублённое обследование, местное население вынуждено ехать в Иркутск, что не только осложняет саму возможность получения людьми медицинской помощи, но и значительно удорожает её. По словам главного врача центра Игоря Ушакова, Иркутский диагностический центр (ИДЦ) стал первым из всех диагностических центров в стране, кто решил покончить с данной проблемой, открыв свой филиал.

В филиале будут работать автоматизированная клиничко-диагностическая лаборатория, отделы лучевой диагностики, функциональной диагностики, эндоскопии, ультразвуковой диагностики, консультативный отдел. Оснастить учреждение решено новым оборудованием, поэтому процедуры закупки МРТ, МСКТ, УЗИ-сканеров экспертного класса, лабораторных анализаторов и т.д. начались загодя.

Самое же необычное во всём этом проекте то, что и строительство здания, и покупка оборудования для филиала проводятся за счёт средств самого ИДЦ, а также привлечённых инвестиций. Участие бюджетных средств не предусмотрено. Таким об-



Губернатор на фоне макета будущего учреждения подписывает послание потомкам

разом, государственная система здравоохранения Приангарья бесплатно приобретёт новое медицинское учреждение с плановым объёмом медицинской помощи в первый год работы – 400 тыс. исследований, две трети которых будут выполняться по полисам ОМС. При этом финансовые вложения в строительство предварительно оцениваются в 270 млн руб., а расходы на оснащение медицинским и немедицинским оборудованием – в 430 млн руб. Такие данные приводит региональный Минздрав.

Пять лет потребовалось руководству центра на то, чтобы «пробить» идею создания филиала учреждения в Братске, согласовать её со всеми ведомствами и получить все необходимые разрешения. Этот срок, вероятно, в укор чиновникам, назвал сам губернатор Приангарья Сергей Левченко, прибывший для участия в торжественной церемонии закладки памятной капсулы в честь

начала строительства подразделения ИДЦ.

В капсулу заложено послание потомкам, а вскрыть её они должны будут в 2042 г. В тексте говорится, что в данном проекте воплощены лучшие разработки в области проектирования, строительства и, конечно, медицины. Авторы послания выражают надежду, что будущие поколения по достоинству оценят их усилия по созданию этого медицинского учреждения.

Памятную капсулу замуровали в стену старого полуразрушенного здания на территории городской больницы № 2 Братска. Именно данную площадку областная власть передала ИДЦ под возведение филиала. Если строители не подведут, к началу следующего года это место будет выглядеть совсем иначе.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

## Статистика

Альтернативы  
ОМС нет

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение врачей в 50 регионах России, в том числе в Москве и Санкт-Петербурге, к идее замены обязательного медицинского страхования (ОМС) добровольным (ДМС) полностью или по выбору пациента.

Примерно две трети (69%) врачей считают, что в России неприменима модель безальтернативного добровольного медицинского страхования по примеру ряда западных стран, когда пациент самостоятельно выбирает и оплачивает полис, исходя из своих потребностей и возможностей. Опрошенные врачи считают, что в России даже через 15-20 лет подобная модель маловероятна – в среднем вероятность перехода на такую систему доктора оценивают в 22 из 100%.

Такую позицию половина врачей объясняют тем, что не каждый сможет себе позволить медицин-

скую страховку, так как это дорого. 13% предположили, что люди ещё пока не готовы к такому шагу из-за менталитета и недостатка образованности. 12% уверены, что пожилые люди и льготные категории граждан не могут сами оплачивать полис. Десятая часть врачей считает, что альтернативы ОМС пока нет, так как в стране кризис и низкий уровень жизни.

Что интересно, даже среди врачей, поддерживающих повсеместную замену ОМС на ДМС (17%), почти треть считают, что только для трудоспособного населения это адекватная опция. Четверть высказали мнение, что полисы ДМС уже широко используются и есть тенденция к полной замене ОМС. Пятая часть докторов уверена, что ДМС позволит пациентам больше заботиться о своём здоровье и самостоятельно решать, что ему нужно. 15% говорят о необходимости уже хоть что-то менять в медицине, в том числе и ОМС.

Почти половина опрошенных врачей (41%) поддерживает идею возможности выбора – либо пользоваться системой ОМС, либо отказаться от регулярных отчислений в фонд ОМС, а высвобожденные средства потратить на приобретение медицинской страховки, которую выберет сам, с возможностью доплатить из своего дохода, если этих средств недостаточно.

Среди поддержавших возможность выбора 56% врачей сама идея кажется разумной, 15% считают, что это допустимо только для платёжеспособной части населения, 10% полагают, что многие пациенты и так платят за медицинские услуги.

«Большинство опрошенных сами работают в системе ОМС, их мнение – это взгляд изнутри. А для людей, находящихся внутри системы, каждый второй, поддерживающий перемены, – это много. Своим мнением они демонстрируют, что изменения действительно нужны», – прокомментировала Ксения Медведева, руководитель Департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Cito!

Москва.

В Минздраве России

## Дефицита лекарств нет

Минздрав России распространил заявление относительно закупок лекарственных препаратов для Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Роспотребнадзора. «Потребность в антиретровирусных препаратах для пациентов, наблюдающихся в этом учреждении, учтена при формировании регионального объёма лекарств, закупаемых для граждан, проживающих в Москве», – говорится в нём.

При этом действующее законодательство предусматривает возможность перераспределения

лекарств с учётом мобильности пациентов с тем, чтобы обеспечить ими каждого нуждающегося вне зависимости от того, в каком регионе нашей страны он находится в конкретный момент времени – соответствующие нормы были специально предложены Минздравом России с учётом обсуждения данного вопроса с общественными организациями. Таким образом, какого-либо дефицита лекарств для граждан, наблюдающихся в конкретных учреждениях, не возникнет.

Соб. инф.

Решения

## В электронном виде

Государственной думой РФ во втором чтении принят законопроект, в котором предусматривается возможность оформления листка нетрудоспособности в электронном виде.

Законопроект «О внесении изменений в статью 13 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьи 59 и 78 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» будет доработан с учётом вынесенных поправок, Комитетом Госдумы РФ по труду, социальной политике и делам ветеранов. Затем проект закона будет рассмотрен в третьем чтении. Соответствующее постановление подписано председателем Госдумы РФ В. Володиным и размещено на официальном сайте парламента.

Если закон будет принят в третьем чтении, с 1 июля 2017 г. больничный можно будет оформлять в виде электронного документа: бумажные и электронные листки нетрудоспособности

получат равную юридическую силу. Порядок оформления листков нетрудоспособности в виде электронного документа будет разработан Минздравом России.

Сейчас в рамках пилотного проекта электронные больничные выдаются в некоторых лечебных учреждениях Москвы, Астраханской, Белгородской областей, Крыма и Севастополя.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

МИА Сити!

Москва.

Официально

Пресс-служба Минздрава России распространила заявление в связи с поступающими вопросами относительно доработанного проекта анти-табачной концепции на 2017-2022 гг.

– В настоящее время проект концепции доработан с учётом замечаний федеральных органов исполнительной власти, а также состоявшегося обсуждения документа, – говорится в пресс-релизе. – Все основные меры в документе сохранены. При этом целый ряд положений проекта был уточнён. Так, например, из документа были исключены указания на конкретные ставки

## Основные положения сохранены

акцизных налогов, поскольку такие ставки устанавливаются налоговым законодательством. В то же время в проекте концепции сохранён общий вектор – требование о доведении уровня акцизных налогов до среднего для европейского региона ВОЗ.

Аналогичные изменения затронули и наиболее обсуждаемую меру – запрет на продажу табака лицам, родившимся после 2015 г. Как неоднократно заяв-

лял Минздрав России, данная мера является не конкретным требованием, а целевым стратегическим ориентиром, основная задача которого – формирование свободного от табака поколения и последовательное выведение в будущем данного вредоносного товара с рынка. Именно в таком виде данное положение сохранено в проекте концепции.

Соб. инф.

Санитарная зона

В прививочных кабинетах медицинских учреждений Омска и сельских районах области началась сезонная вакцинация против клещевого энцефалита.

Заблаговременно позаботиться о прививке заставляют не только прогнозы синоптиков, обещающих раннюю и дружную весну. «Запас» времени требуется для того, чтобы успеть пройти полный курс защитных инъекций, потому как все прививки должны быть завершены не позднее, чем за 14 дней до выезда в очаги клещевых инфекций. Не стоит забывать и о том, что с каждым годом – с повсеместным потеплением климата – клещи просыпаются всё раньше и раньше.

Как напомнили в Управлении Роспотребнадзора по Омской области, в минувшем году первый случай присасывания клеща к человеку в черте мегаполиса был зарегистрирован первого апреля, и среди сельских территорий в этот же день «отметился» посёлок Северо-Любинский Любинского района (вот такая первоапрельская нешутливая история). Хотя годом ранее в Прииртышье первый укус клеща случился 6 апреля. К слову, последнее в 2016 г. нападение лесных кровопийц было зафик-

сировано аж 16 ноября, причём у жителя Омска! (в 2015 г. сезон был закрыт 21 октября укусом жителя посёлка Артын).

Наступление весны для эпидемиологов – тревожное время, время «Ч», когда из разных мест, словно сводки с фронта, начинают поступать сообщения о фактах нападения клещей на дачников,

туристов, охотников, лесорубов, геологов и т.д. Так, в эпидемический сезон-2016 в учреждения здравоохранения Омской области за медицинской помощью обратились 4200 пострадавших от присасывания клещей, в том числе 1253 ребёнка (29,6% от общего числа обратившихся), из них горожан – 1679 человек (39,8%).



## Эпидемиологи дождались клещей

Инициатива

## Верховный суд поддержал важный законопроект

Минздрав России благодарит Верховный суд РФ за поддержку законопроекта, пресекающего противоправные действия против медицинских работников и пациентов. Об этом сообщает пресс-служба министерства.

«Эта важная инициатива, разработанная вице-спикером Государственной Думы Федерального собрания Российской Федерации Ириной Яровой, председателем Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Дмитрием Морозовым, Минздравом России

совместно с профессиональным медицинским сообществом, предусматривает введение уголовной и административной ответственности за нападение на медицинских работников, препятствование их работе, действия, ставящие под угрозу жизнь и здоровье пациентов, – говорится в заявлении для прессы. – Надеемся, что законопроект с учётом его поддержки федеральными органами исполнительной власти будет рассмотрен Госдумой уже в весеннюю сессию».

Соб. инф.

Дословно

## Вкусный и питательный стимул

Финансирование программы социальной поддержки больных туберкулёзом в Республике Хакасия в 2017 г. не сократится в сравнении с 2016 г. Как стало известно, в региональном бюджете на эти цели запланировано 3,5 млн руб.

Социальная поддержка предполагает обеспечение больных продуктовыми наборами и бесплатным проездом из дома до тубдиспансера на лечение. Как уточнили в Министерстве здравоохранения республики, рассчитывать на такую помощь могут только те пациенты, чей доход ниже прожиточного минимума.

– Бесплатные продуктовые наборы помогают повысить приверженность к терапии: если больной в течение 5 дней исправно принимал лекарства, то раз в неделю он может получить продуктовый набор. Компенсация затрат на проезд к месту лечения также повышает мотивацию пациентов, – поясняют в Минздраве Хакасии.

Реализация программы социальной поддержки пациентов с туберкулёзом даёт положительный результат. В частности, в снижении смертности от туберкулёза. В 2016 г. данный показатель сократился в регионе на 30,6%: в 2015 г. было зарегистрировано 70 случаев смерти от туберкулёза, в 2016 г. – 45.

За минувший год социальную помощь в виде продуктовых наборов получили более 300 пациентов противотуберкулёзного диспансера, которые находятся на контролируемой химиотерапии. 56 больным выдана компенсация транспортных расходов на проезд к месту лечения и обратно. В республиканском Минздраве подчёркивают: Хакасия осталась одним из немногих, если не единственным субъектом Российской Федерации, оказывающим системную социальную помощь больным туберкулёзом с целью мотивации их к лечению.

Елена ЮРИНА.

Абакан.

Соб. инф.

Соб. инф.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

**Вирусный гепатит – одна из нерешённых проблем здравоохранения международного масштаба наравне с такими инфекционными заболеваниями, как ВИЧ, туберкулёз и малярия. Не случайно ВОЗ разработана глобальная стратегия по борьбе с этим заболеванием. И уже есть конкретные успехи в отдельно взятых российских регионах.**

Орловская область считается одной из наиболее примерных. Заболеваемость гепатитом С здесь – 11-13 человек в год на 100 тыс. населения (по России соответствующая цифра – 40), гепатитом В – ещё ниже (острых случаев за последние 5 лет вообще не регистрировалось). Скринингом охвачена значительная часть жителей, что позволило выявлять болезнь не на поздних стадиях и таким образом экономить бюджет здравоохранения.

Работа областного гепатологического центра построена по типу диспансера: то есть не только «выявили – вылечили» – специалисты просчитывают истинную и прогностическую инфицированность территории.

– С гепатитом В хорошо помогла общероссийская вакцинация, – говорит заведующая гепатологическим центром Орловской области городская больница им. С.П.Боткина Виктория Адоньева, – и то, что с 2010 г. из регионального бюджета финансируется пожизненная адекватная лекарственная поддержка пациентов с хроническим гепатитом В. Это позволяет не допускать развития цирроза и рака печени, контролировать эпидемиологическую ситуацию.

Она отмечает: в течение 7 лет в области не регистрируются случаи инфицирования гепатитом В в родах, помимо вакцинации, новорождённому сразу вводится иммуноглобулин. В течение беременности все будущие мамы с вирусными гепатитами находятся в гепатологическом центре под наблюдением и рожают в этой же больнице.

– Мы оцениваем вирусную нагрузку, даём акушерской бригаде рекомендации по снижению рисков инфицирования новорож-

дённому. За этими малышами наблюдают специалисты детского кабинета и при необходимости по достижении ими 3-летнего возраста мы их пролечиваем, – подчёркивает В.Адоньева. – А применение в последние годы новых безинтерфероновых схем терапии при гепатите С дало нам огромные возможности. Те-

С и анамнеза заболевания. Лабораторный мониторинг в процессе лечения из-за меньшего числа побочных явлений перестал быть таким интенсивным, как раньше.

Обычно поликлиники выявляют инфицированных гепатитами и направляют в центр, где устанавливается стадия, степень фиброза печени, определяются

вительства Орловской области с 2010 г. непрерывно финансируется лечение пациентов с хроническими вирусными гепатитами в регионе, что позволяет повысить доступность противовирусного лечения и применять в терапии самые современные препараты, обеспечивающие максимальную эффективность.

## Преодоление

# Чтобы гепатит остался в прошлом

## Наша страна нарабатывает успешный опыт

перь даже пациенты с циррозом печени имеют хороший шанс на возвращение к жизни.

Гепатит D у нас редкость – всего 29 человек на область, это заболевание в основном диагностируется у выходцев из южных регионов и только у инфицированных гепатитом В. Вот он излечивается очень тяжело – не более 17-20%.

По словам В.Адоньевой, недавно ВОЗ обновила прежнее Руководство по скринингу, оказанию медицинской помощи и лечению лиц с хроническим вирусным гепатитом С от 2014 г.

Цель обновления руководства – предоставить научно обоснованные рекомендации для лечения инфекции гепатита С, по возможности полностью пероральными комбинациями противовирусных препаратов прямого действия.

В документе содержится рекомендация по выбору предпочтительной схемы лечения на основании генотипа вируса гепатита

показания к терапии – срочность, схемы лечения.

Все анализы проводятся пациентам абсолютно бесплатно. Территориальным фондом ОМС для гепатологического центра разработан специальный тариф, целиком покрывающий затраты на полную диагностику в соответствии с европейскими и российскими стандартами всех случаев заболевания гепатитами.

Здесь, помимо общеклинических исследований, специалисты могут выявить вирус, посчитать его количество, сделать генотипирование, УЗИ, рентгенологию, МРТ, каждому инфицированному несколько раз в год провести скрининг рака печени и т.д.

В.Адоньева считает, что в регионе вовремя актуализировали проблему, нашли взаимопонимание с представителями территориального фонда ОМС. Кроме того, благодаря поддержке пра-

– Федеральный фонд ОМС предусмотрел клинико-статистические группы по вирусным гепатитам, дающие любому региону РФ возможность лечить своих пациентов в условиях дневного стационара, – говорит она. – На 2017 г. коэффициент затратности по этим тарифам увеличен, что даст возможность обеспечивать больных более дорогостоящими и эффективными препаратами. Так что это надо использовать и расширять своё присутствие в системе ОМС, так мы сможем лечить больше пациентов, укрупним дневной стационар для проведения противовирусной терапии.

Такая работа – маленький кирпичик в масштабную глобальную стратегию по ликвидации гепатита в ближайшие годы.

**Жанна ДЫМОВА,**  
внешт. корр. «МГ».

Орёл.

## Перспективы

# Титановые имплантаты-импортозаменители

## От них выиграют клиники и пациенты

**Омские учёные намерены в ближайшее время наладить выпуск имплантатов из титана для подразделений травматологии и ортопедии, которые будут дешевле зарубежных аналогов.**

В медицине титановые имплантаты используются достаточно давно. К сожалению, в отечественном здравоохранении операции с ними в разряде штучных. А всё дело в том, что эти изделия, способные заменить костные дефекты, выпускаются зарубежными фирмами и их покупка и доставка обходятся лечебным учреждениям слишком дорого. Решить проблему импортозамещения в этой области хирургии взялись учёные Омского государственного технического университета.

Как сообщили в ОмГТУ, уже в этом году планируется на базе кафедры металлорежущих станков и инструментов поставить на поток выпуск высокопрочных медицинских имплантатов. Ежегодно здесь будут производить 10-15 тыс. изде-



лий из титановых сплавов для отделений травматологии и ортопедии больниц Омской области и клиник близлежащих регионов Сибири. Известно, что сплавы из титана не только способны выдерживать большую нагрузку, но и обладают высокой биосовместимостью. Среди других преимуществ имплантатов из титана – хорошая коррозионная стойкость, биоинертность,

немагнитность, низкая теплопроводность, нетоксичность, относительно меньший по сравнению со сталью удельный вес.

Как рассказал доцент кафедры ОмГТУ кандидат технических наук Евгений Васильев, с предложением по разработке и выпуску имплантатов в вуз обратились врачи Клинического медико-хирургического центра. В настоящее время в травматологии и ортопедии используются в основном американские и китайские имплантаты. В Омском «политехе», взяв за аналог импортные изделия, создали модель и разработали свою технологию – листовую штамповку.

По оценке специалистов, «доморощенные» имплантаты получились и прочнее, и по себестоимости дешевле на 50%. Учёные не сомневаются в успешной реализации проекта, поскольку кафедра «Металлорежущие станки и инструменты» ОмГТУ обладает необходимой материально-технической базой. Здесь имеется несколько лабораторий, новейшие материалы, инструмент, оснастка, высококвалифицированные специалисты. Кафедра входит в инновационно-образовательный ресурсный центр машиностроения, оснащённый современными станками с системами числового программного управления. Более того, руководство техникума выделило средства на приобретение дополнительного оборудования, эти инвестиции оцениваются в сумму почти 6 млн руб.

К тому же в процессе изготовления первых экземпляров титановых стержней свои авторские корректировки и усовершенствования вносили травматологи и ортопеды центра. В региональном Минздраве идея организации промышленного производства титановых имплантатов на базе ОмГТУ поддержали. Ведь от такого импортозамещения выиграют и клиники, и их пациенты, которые ждут операций по вживлению в конечности титановых «запчастей».

**Николай ВАСИЛЬЕВ,**  
МИА Сито!

Омск.

## Из первых уст

### Диспансеризация – за один день

И такое сегодня вполне возможно

**Проработать вопрос об организации прохождения диспансеризации работающими жителями западного анклава страны за один день вместо принятых трёх-четырёх предложила областному Минздраву и местным страховым компаниям председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко в ходе своего состоявшегося визита в Калининградскую область.**

Вместе с помощником министра здравоохранения РФ Виталием Флеком глава ФОМС подробно ознакомилась с порядком проведения регулярных бесплатных медицинских осмотров и лабораторных анализов по полису ОМС. Для этого визитёры побывали в поликлиническом отделении городской больницы № 3, городской поликлинике № 2, а также посетили три страховые медицинские организации. Как известно, с начала этого года страховые компании стали оповещать россиян о начале прохождения диспансеризации посредством рассылки СМС-сообщений. «Информирование проходит один раз в квартал, если человек не пришёл, оповещение повторяется, – уточнила Н.Стадченко. – Обязаны: учреждения здравоохранения предоставляют сведения, кого из своих пациентов в соответствии с годом рождения они ждут на диспансеризацию в текущем году, а страховые компании приглашают граждан».

Как работает tandem страховщиков и специалистов поликлинического звена, председатель Федерального ФОМС и представитель Минздрава России оценили, лично проследив весь путь организации процесса от момента получения жителями Калининграда ангажмента на диспансеризацию. В городской поликлинике № 2 для подобных медицинских осмотров выделено отделение медицинской профилактики, при нём ведут 2 врача в сопровождении 4 медицинских сестёр. Накануне прохождения диспансеризации, которая проводится каждый день за исключением воскресенья, посетители записываются по телефону, через информационные киоски, либо воспользовавшись интернетом. Предварительная запись, однако, не обязательна. Как сообщила гостям главный врач Елена Тихомирова, желающих пройти диспансеризацию примут, если они «зайдут» в поликлинику через специально выделенное в медицинской регистратуре окно.

Подводя черту рабочему визиту в Калининград на встрече с врио заместителя председателя правительства региона Ильёй Барининым, Н.Стадченко заострила внимание на необходимости непрерывной связи между поликлиниками и страховыми организациями с тем, чтобы держать ситуацию под контролем. Кто из пациентов прошёл профилактический осмотр самостоятельно, не дожидаясь оповещения, а до чьих ушей информацию следует ещё разок донести? Кроме того, руководитель ФОМС призвала региональные власти подумать, как укоротить время прохождения диспансеризации работающего населения. «Не каждого сотрудника работодатель отпустит на несколько дней, а проведение диспансеризации «одного дня» реальна», – сказала она.

**Владимир КЛЫШНИКОВ,**  
соб. корр. «МГ».

Калининград.

Наше пополнение

Программа «Земский доктор» стартовала 4 года назад, и за это время коллектив районной больницы пополнился на 12 врачей различных специальностей.

В частности – выпускник медицинского института Пензенского государственного университета Дмитрий Митрофанов. По словам молодого доктора, он уроженец сельской местности и свою судьбу

его бывшая однокурсница, а ныне стоматолог Елена Старостина. Чуть не задал ей неуместный, как выяснилось вскоре, вопрос: не разочаровалась ли в избранной профессии? Где там! Ещё больше

# В полку земских докторов прибывает

## Сразу несколько специалистов приступают к работе в Пензенской области



Ким Кушаев, Елена Старостина, Елена Военкова и Дмитрий Митрофанов (слева направо)

«Пионерами» стали стоматолог Вадим Аббасов, невролог Шамиль Таймазов и хирург Абдулкосим Мамаджанов. «Прибыли они к нам по окончании медицинских вузов Волгограда, Махачкалы и Астрахани. На следующий год ещё 3 молодых специалиста влились в коллектив», – заканчивает свой рассказ об обеспеченности кадрами руководимой им медицинской организации Ким Кушаев.

Особо «урожайным» на рост коллектива стал прошлый год, когда сразу 6 специалистов приступили к работе в Луинской ЦРБ. Среди них трое так называемых целеви-

навсегда связал с селом. Подтверждение тому – полученное пособие в миллион рублей собирается направить на закупку стройматериалов для жилья. Вот вот он приступит к осуществлению своей мечты. Откроем ещё один секрет, который известен коллегам Д.Митрофанова. Он женится. Его избранница тоже сельчанка. Так что дом для них – не роскошь, а семейный очаг. Кстати, проект новостройки – дело рук самого будущего новосёла. Специалисты дали высокую оценку плана строения.

Также на приобретение жилья потратит полученный миллион

влюбилась, когда дело дошло до повседневной практики. Ежедневно за врачебной помощью обращаются более 12 пациентов (средняя нагрузка на стоматолога), да ещё приём людей с острой болью. Но, по словам Елены, без труда не вынуть и рыбки из пруда. Да и шла в профессию осознанно, воплощая мечту детства.

Не разочаровалась в профессии и ещё один врач, проходящая по программе «Земский доктор», терапевт Елена Военкова. Тем более когда после окончания приёма пациент тепло благодарит врача за оказанную помощь, когда понимаешь, что не напрасно затрачены усилия на определение диагноза, нахождение путей лечения. За неполный год работы молодой специалист твёрдо уяснила, что не зря «пошла» в медицину. Теперь она тепло благодарит преподавателей Самарского государственного медицинского университета, которые дали ей путёвку в профессию. Планы, как и у коллег: постигте дело, которому готова посвятить жизнь. А на ближайшую перспективу – построить первый дом. Второй уже, как видно, есть. Понятно, что это – больница с её работой...

Валерий ЧИСТЯКОВ,  
внешт. корр. «МГ».

Пензенская область.

Акценты

# К единому модулю

## Здравоохранение в Татарстане – основной поставщик электронных услуг

В Министерстве здравоохранения Республики Татарстан подвели итоги внедрения информационных технологий в отрасли.

Сегодня в республике электронная запись осуществляется посредством портала государственных услуг, мобильного приложения и инфоматов электронной очереди. Также действует система записи от врача к врачу.

Электронная самозапись (через портал государственных услуг республики, мобильное приложение и инфоматы) доступна в учреждениях здравоохранения, имеющих прикрепленное население. За прошлый год в медицинских организациях республики зафиксировано почти 11,5 млн фактов электронной записи на приём к врачу. В среднем 35% населения Татарстана используют электронную запись. Отрасль здравоохранения – основной поставщик электронных услуг.

Так, в регионе начато внедрение новых модулей единой государственной информационной системы «Электронное здравоохранение Республики Татарстан»: «стационар», «вакцинопрофилактика», «выписка свидетельств о рождении»,

«кодирование причин смерти». Функционируют модули: «диспансеризация», «ДЛО», «мобильный диагностический комплекс», «выписка рецепта на молочное питание». На каждом жителя республики заведена и пополняется персональная электронная медицинская карта.

«На данном этапе происходит выявление ошибок в программном продукте и передача их в Министерство информатизации и связи Республики Татарстан для устранения. Совместная работа с Министерством информатизации и связи с государственным заказчиком программы информатизации здравоохранения позволяет решать возникающие проблемы. Мы ставим перед собой задачу охватить в полном объёме все поликлиники», – заявил начальник отдела информационных и инновационных технологий Минздрава Татарстана Марат Нурмиев.

Примечательно, что в октябре минувшего года в Зеленодольске стартовал пилотный проект «Карта жителя Республики Татарстан». Уже выдано 14,8 тыс. пластиковых карт с чипом, на которых содержатся платёжные, социальные, транспортные

приложения и графическая информация о владельце. Также карта содержит квалифицированную электронную подпись владельца.

Держатели карт, что характерно, удобным способом могут пользоваться различными медицинскими, социальными, транспортными сервисами. Например, это касается электронной записи к врачу, получения электронных рецептов на лекарства, формирования рецепта на бесплатное детское питание, передача витальной информации бригадам скорой медицинской помощи и т.д.

Значимым нововведением в сфере IT стал запуск пилотного проекта оснащения бригад скорой медицинской помощи мобильными АРМ системы ЕГИС «ГЛОНАСС+112» на базе планшетных ПК. Это позволило повысить оперативность оказания скорой медицинской помощи населению. Таким оборудованием уже оснащены бригады Казани и Чистополя, в нынешнем году его должны получить бригады скорой помощи всей республики.

Ян РИЦКИЙ.

Республика Татарстан.

Тенденции

# ЭКО: радость на всех одна

## Оно становится естественным путём к счастливому родительству

Проблема бесплодного брака остаётся актуальной на территории Южного Урала. Поэтому развитие репродуктивных технологий получило дополнительные перспективы в связи с открытием нового современного здания Челябинского областного перинатального центра.

Перинатальный центр – это не просто роддом, это крупная клиника с большими возможностями, в которой есть всё для планирования беременности, зачатия, вынашивания, родоразрешения и выхаживания.

Здесь открыто целое отделение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) с лабораторией экстракорпорального оплодотворения, а также консультативно-диагностическое отделение, где организованы специализированные приёмы по бесплодию. Отделение оборудовано самой современной медицинской техникой, доктора применяют передовые методики диагностики и лечения бесплодия. Благодаря современному подходу экстракорпоральное оплодотворение стало естественным этапом к счастливому родительству для тысяч женщин Южного Урала.

«Отделение вспомогательных репродуктивных технологий начало работать с декабря прошлого года, – рассказал главный специалист по акушерству и гинекологии Минздрава Челябинской области, главный врач областного перинатального центра Юрий Семёнов. – За это время мы уже провели 30 циклов ЭКО, результаты порадовали:

7 пациенток получили долгожданную беременность. То есть эффективность метода составила 23,3%. Для отделения, которое только начало работать, это очень хороший показатель. Мы рассчитываем, что дальнейшая работа будет идти таким же темпом. Пациенток, забеременевших после ЭКО, мы возьмём к себе на учёт, поможем выносить ребёнка и родить в нашем перинатальном центре».

Благодаря тому, что лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий внесено в перечень услуг, оказываемых в рамках обязательного медицинского страхования, его доступность для женщин региона значительно увеличилась. Напомним, с 2016 г. лечение бесплодия с использованием ЭКО осуществляется за счёт средств ОМС в рамках базовой программы. Ранее такое лечение проводилось также из федерального бюджета.

Если в 2014 г. в рамках ОМС в Челябинской области было запланировано и проведено 1730 циклов ЭКО, то в 2016 г. это число выросло до 1900. В 2017 г. в регионе также планируется провести 1900 процедур ЭКО.

За 2016 г. после ЭКО произошло 923 родов, (в 2014 г. – 733).

В листе ожидания на 2017 г. стоят 1594 пациентки (на 2016 г. лист ожидания составлял 1280 человек).

Все получают медицинскую помощь в течение года.

Мария ХВОРОСТОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Проблемы и решения

Цель Международного дня редких заболеваний, который в очередной раз отмечался в конце февраля, – обратить внимание общества на данную проблему.

становится вопрос расширения списка орфанных препаратов, доступных в рамках государственных гарантий», – комментирует президент Национальной ассоциации организаций больных редкими за-

# Использовать все возможности

## Редкие заболевания требуют особого внимания

К числу редких (орфанных) болезней относится большая часть опухолей кроветворной ткани. Многие из них неизлечимы, но стали хорошо контролироваться благодаря современным методам терапии.

«Очень важно, чтобы у врачей была возможность использовать последние достижения медицинской науки, а именно – лечить пациентов инновационными препаратами. Государство сделало уже очень много для улучшения доступа пациентов к редким заболеваниям к инновационному лечению: здесь стоит отметить и создание Перечня ЖНВЛП, и реализацию федеральной программы «Семь высокотехнологичных нозологий». Однако с появлением всё новых лекарств актуальным

болевыми «Генетика» Светлана Каримова.

Разработка орфанного препарата – очень долгий и дорогостоящий процесс. Это затрудняет как разработку новых лекарств, так и доступ к уже существующим методам лечения. Именно поэтому очень важно, чтобы в государстве была сформирована эффективная система социальной защиты. Мировая практика показывает, что проблему лекарственного обеспечения больных редкими заболеваниями можно решить только сообща – государству, бизнесу и общественным организациям.

Елена ОСТАПОВА.

МИА Сити!

Москва.

## Итоги и прогнозы

## На здоровье денег не жалеть

Но и отдача должна быть соответствующей

На сахалинское здравоохранение в 2016 г. было выделено 29,5 млрд руб. Об этом сообщил глава регионального Минздрава Алексей Пак, выступая на заседании коллегии при подведении итогов за минувший год и определении основных направлений движения на будущее. Он озвучил, что на реализацию программы лекарственного обеспечения граждан, в частности, было направлено 804 млн. Крупной статьёй расходов стал и капитальный ремонт учреждений здравоохранения. Он потребовал 242 млн руб. При этом 503,4 млн потратили на приобретение нового оборудования.



Выступает Алексей Пак

В соответствии с поручением губернатора Сахалинской области была модернизирована материально-техническая база зубопротезных отделений и кабинетов государственных учреждений здравоохранения. Приобретены 24 стоматологические установки, 27 визиографов, 6 ортопантомографов, 21 автоклав группы В, оборудование для 16 зуботехнических лабораторий.

В прошлом году в рамках адресной инвестиционной программы на территории области ввели в эксплуатацию 10 фельдшерско-акушерских пунктов, амбулаторию на 120 посещений в смену в селе Троицком, лечебный корпус Александровск-Сахалинской ЦРБ. В этом году планируется строительство 3 ФАПов и 2 амбулаторий. Также, по словам министра, надо обязательно включить в программу на 2017-2028 гг. строительство станции скорой медицинской помощи, хирургического корпуса для областной и детской областной больницы.

Сегодня в системе здравоохранения на островах трудятся более 14 тыс. человек. Обеспеченность населения врачами – одна из самых высоких в России: 46,1% при среднероссийском показателе 39,2%.

За 2015-2016 гг. в первичное звено пришёл работать 151 специалист. Для врачей в прошлом году приобретено 150 квартир.

По итогам 2016 г. выполнены все целевые показатели повышения заработной платы медицинских работников, – отметил А.Пак. – В прошлом году среднемесячная заработная плата работников, имеющих высшее медицинское образование или иное высшее образование, в государственных учреждениях здравоохранения Сахалинской области составила 90,1 тыс. руб. с ростом к 2015 г. на 11,9%. Среднемесячная зарплата среднего медицинского персонала достигла 50,1 тыс. руб. Это на 8,4% больше, чем в 2015 г.

Помимо прочего, глава ведомства пообещал двойной контроль при проведении закупок медицинских изделий, чтобы не было больше таких ситуаций, когда на территории одного города, например, Южно-Сахалинска, разброс цен на одно и то же изделие составлял 50, а то и 70%.

Средняя зарплата младшего медицинского персонала составила 38,1 тыс. руб. Рост по сравнению с 2015 г. составил 19,8%.

Первичная заболеваемость стала выше на 5,4%. Общая заболеваемость по классу «новообразования» выросла на 20% по сравнению с 2015 г. Всё это, считает министр, можно объяснить активной работой по проведению диспансеризации населения.

В рамках ведомственного контроля было проведено 128 проверок. В 52% случаев выявлены нарушения оказания медицинской помощи. В Минздрав Сахалина поступило 3323 обращения граждан, это на 2,5% больше, чем в предыдущем году. В 81% обращений люди просят дать разъяснения по вопросам оказания медпомощи. Это говорит о том, что они недополучают информацию.

Лечение доктора разучились разговаривать с пациентами. Руководители учреждений далеки от пациентов и не ведут полноценные приёмы граждан, – сделал вывод министр регионального здравоохранения.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ». Южно-Сахалинск.

## События

На днях 26 участников Всероссийского проекта «Научись спасать жизнь» получили удостоверения о прохождении обучения. Событие это произошло в Министерстве здравоохранения Алтайского края, где проходило итоговое мероприятие Всероссийского проекта «Научись спасать жизнь». В нём приняли участие заместитель председателя правительства Алтайского края Виктор Мещеряков, начальник Главного управления МЧС России по Алтайскому краю Игорь Лисин, заместитель министра здравоохранения Сергей Насонов.

## Научились спасать жизнь

«Основная идея проекта заключается в том, что любой человек, не имеющий специального образования, при наличии определённых знаний мог в экстремальной ситуации спасти жизнь пострадавшего до приезда специалистов. Очень важно, чтобы в учебных заведениях, в трудовых коллективах, были люди, умеющие оказывать первую помощь», – отметил в своём выступлении В.Мещеряков.

В Алтайском крае мероприятия в рамках акции проходили с 31 января. Преподаватели основ безопасности жизнедеятельности вузов и ссузов Алтайского края, а также среднеобразовательных школ региона повышали квалификацию, посещали различные тренинги, мастер-классы, лекции, посвящённые вопросам оказания первой помощи и психологической поддержки. А уже 8 февраля во всех образовательных учреждениях Алтайского края прошли открытые уроки, посвящённые вопросам оказания первой помощи и психологической поддержки, которые провели участники проекта «Научись спасать жизнь». Всего в открытом уроке приняли участие более 2 тыс. человек.

«На сегодняшний день снижение смертности – это одна из основных задач, поставленных перед Министерством здравоохранения Президентом РФ и губернатором Алтайского края. В нашем регионе на протяжении более 10 лет ведётся системная работа по обучению принципам доврачебной помощи с получением статуса спасателя. Но проект «Научись спасать жизнь» дал новый импульс данной работе. Она приобрела более масштабный уровень, благодаря его реализации обучение основам оказания первой помощи проходит сразу на 3 уровнях. Таким образом, мы научим наше подрастающее поколение не только оказывать первую помощь, но и, возможно, подтолкнём некоторых школьников в дальнейшем выбрать медицинское образование», – подчеркнул С.Насонов.

Процесс обучения подошёл к завершению, участники проекта получили документы об окончании, но это лишь первый шаг в работе. Уже на следующей неделе педагоги начнут проводить обучение среди своих коллег и учащихся.

Елена ЛЬВОВА.

## Перемены

Объём средств, выделенных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включённой в программу обязательного медицинского страхования (ОМС), жителям Челябинской области, вырос: распоряжение о выделении субсидий регионам на эту программу опубликовано на официальном сайте Правительства РФ.

получить высокотехнологичное лечение по профилю «комбустиология». Ещё 7112 южноуральцев получили ВМП за пределами региона за счёт федеральных средств.

В программу обязательного медицинского страхования не входят те виды ВМП, которые требуют уникальных методик, самого сложного оборудования, то есть являются

## Помощи будет больше

Она явно ощущается на Южном Урале

Так, Южный Урал, согласно распоряжению, получит в 2017 г. более 184 млн руб. Из областного бюджета на софинансирование программы будет направлено около 687 млн. Общая сумма финансирования оказания ВМП из бюджетных средств составит более 871 млн. Для сравнения, в 2016 г. эти цифры составили соответственно 124, почти 612 и 736 млн.

В 2016 г. эти средства позволили оказать ВМП 6975 южно-уральским пациентам в клиниках, расположенных на территории Челябинской области. Также в прошлом году губернатор Челябинской области Борис Дубровский выделил средства из областного бюджета сверх этого соглашения, благодаря чему 130 человек смогли

наиболее дорогостоящими, например трансплантация органов, брахитерапия, кохлеарная имплантация и др. Такая помощь финансируется из бюджетов двух уровней.

Добавим, что 11 109 жителей региона получили ВМП за счёт средств ОМС в учреждениях Челябинской области и 605 – в других территориях. Общая сумма финансирования из средств фонда ОМС составила порядка 1,7 млрд руб.

Таким образом, в общей сложности около 26 тыс. жителей Челябинской области в 2016 г. воспользовались высокотехнологичной медицинской помощью.

Ирина ДУБАЕВА, внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

## Идеи

## Моя поликлиника: воронежский вариант

Когда врач и пациент становятся равными в лечебном процессе

В Воронеже начали перестраивать формат работы городских поликлиник. На совещании с участием руководителя Департамента здравоохранения Александра Щукина и главных врачей области были подведены первые официальные итоги пилотного проекта «Воронеж. Моя поликлиника». Приоритетная цель проекта – повышение качества и доступности амбулаторно-поликлинической помощи. Главные врачи четырёх поликлиник отчитались о результатах административных и организационных преобразований, которые происходили в их медучреждениях поэтапно с конца прошлого года до настоящего времени.

Напомним, что в июне 2016 г. при поддержке Департамента здравоохранения и правительства Воронежской области стартовал краудсорсинг-проект «Воронеж. Моя поликлиника». В течение месяца воронежцы на специальном сайте оставляли свои предложения по улучшению работы этих городских учреждений: взрослых, детских и стоматологических. Всего поступило более 2 тыс. предложений. Для разработки нового формата работы экспертная группа отобрала наиболее рациональные. В пилотном проекте участвовали поликлиники № 1, № 3, № 4 и № 7.

В ходе совещания главные врачи и представители СМИ посетили пилотные поликлиники, где им были представлены результаты проекта. Руководители районных больниц смогли лично увидеть и оценить результаты проведённых изменений, задать интересующие

вопросы. Самые значительные преобразования произошли во внешнем виде и формате работы регистратур – теперь это открытое пространство, организованное по принципу «рецепции». Для удобства посетителей на каждом этаже появились инфоматы и навигационные стенды. Введение электронных историй болезни, организация сестринских постов, создание центров, внедрение нового формата работы патронажной службы позволили перераспределить потоки посетителей, увеличить «полезное время общения врача с пациентом», значительно уменьшить очереди.

«После проведённого краудсорсинг-проекта, узнав мнения жителей о состоянии городских поликлиник и увидев проблемы их глазами, Департамент здравоохранения разработал комплекс мероприятий по совершенствованию амбулаторно-поликлинической

помощи. Нам было важно провести эффективные реформы как для врача, так и для пациента – сделать их равными партнёрами в лечебном процессе. В целом комплекс мероприятий позволил увеличить число принятых участковыми врачами пациентов почти на 20%. И это без дополнительного увеличения штата врачей. Хотелось бы подчеркнуть, что это без специального финансирования проекта. Его реализация, в первую очередь, это энтузиазм главных врачей пилотных поликлиник, внутреннее резервное финансирование, а также помощь спонсоров, которые поверили в развитие этого проекта, его эффективность в будущем», – подвёл итоги совещания руководитель Департамента здравоохранения Воронежской области А.Щукин.

До 2018 г. проект планируется поэтапно реализовать во всех поликлиниках города и области. При этом будут учитываться индивидуальные особенности каждого учреждения, поскольку они очень различаются по количеству обслуживаемого населения, материально-техническим ресурсам и другим параметрам.

Оксана КОЗЛОВА, внешт. корр. «МГ».

Воронеж.

**Проект «Здоровье каждого – богатство страны»**

Ассоциация «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений» по инициативе её председателя академика РАН П.Глыбочко совместно с кафедрой общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко медико-профилактического факультета и кафедрой спортивной медицины и медицинской реабилитации Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова разработали проект «Здоровье каждого – богатство страны», который ориентирован на формирование навыков здорового образа жизни как мировоззрения в образовательных организациях среднего и высшего образования.

Концептуальной идеей проекта является приоритет медицинских вузов, располагающих необходимым потенциалом знаний и опытом в формировании здоровьесберегающих технологий, в продвижении здорового образа жизни в иные образовательные организации различного профиля.

В процессе реализации будут разработаны и внедрены механизмы воспитания культуры здорового образа жизни, мотивации к активному сохранению и укреплению личного и общественного здоровья, проведены межвузовские и региональные научно-практические конференции по проблеме здорового образа жизни, организованы просветительские программы по здоровому образу жизни в школах силами студентов медицинских вузов.

**Управление здоровьем – инструмент для ведения здорового образа жизни**

Одним из самых действенных методов формирования здоровья является здоровый образ жизни, который состоит из следующих элементов:

- знание основ анатомии и физиологии человека;
  - соблюдение гигиены – уход за телом, одеждой и обувью, гигиена жилья, уровень шума, инсоляции, влажность воздуха;
  - достаточный уровень физической активности, в том числе регулярные занятия физической культурой и спортом;
  - рациональное питание, которое отвечает индивидуальным особенностям организма, учитывает характер труда, половые и возрастные особенности, условия проживания;
  - отказ от вредных привычек – курения, употребления алкоголя и наркотиков. В последнее время стали актуальными такие зависимости, как зависимость от интернета, социальных сетей, телефонных мессенджеров;
  - соблюдение режима дня и полноценный сон способствуют полноценному восстановлению, а также выработке стереотипов поведения, повышающих приспособляемость к окружающей среде;
  - закаливание, то есть повышение устойчивости организма к воздействию естественных природных факторов в границах физиологического стресса;
  - душевное спокойствие и психологическая разгрузка.
- Взятые вместе эти факторы помогают нам сохранить и укрепить здоровье.

**Зачем вести здоровый образ жизни?**

Осознанность – важный шаг на пути к успеху в любом деле. Понимание того, зачем человеку вести здоровый образ жизни, поможет ему в управлении своим здоровьем. Вот некоторые из причин.

Здоровье. Ведение правильного образа жизни – профилактика заболеваний и укрепление иммунитета.

В литературе встречается много определений «здоровья», однако мировое признание имеет определение Всемирной организации здравоохранения: здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Состояние собственного здоровья зависит на 50-55% от образа жизни, на 20-22% – от генетических факторов, на 19-20% – от экологической ситуации и лишь на 7-10% – от уровня системы здравоохранения и качества оказания медицинской помощи.

Вопросы охраны здоровья и профилактики заболеваний в нашей стране регулируются Федеральным законом

№ 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В ст. 27 «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья» отмечено, что «каждый гражданин РФ обязан заботиться о сохранении своего здоровья, то есть проводить профилактику заболеваний, вовремя обращаться к специалистам за медицинской помощью, следовать всем назначениям и рекомендациям...»

Таким образом, если мы проснулись и не сделали утреннюю гимнастику, ведём малоподвижный образ жизни, курим, злоупотребляем алкоголем и т.д., то фактически мы нарушаем действующий закон. Но мерой наказания в данном случае будут являться наше плохое самочувствие и болезни.

**Ориентиры**

# Здоровье каждого – богатство страны

## Что мы должны знать о здоровом образе жизни

Вы будете хорошо себя чувствовать, иметь заряд бодрости и сил.

Успех. Здоровый человек способен работать более продуктивно, поэтому успех и карьерный рост гарантированы.

Красота. Здоровая еда и регулярные физические нагрузки обеспечат вам стройную фигуру, красоту и сохранение молодости.

Сила. Исследования демонстрируют, что у здоровых людей более развиты сила и выносливость мускулов.

Интеллект. Регулярные физические упражнения активируют участки мозга, которые отвечают за память и обучение.

Творчество. Здоровые люди счастливы и довольны своей жизнью, что благоприятно сказывается на силе воображения и творческих способностях.

Экономия денег. Сохранение и укрепление здоровья позволяет существенно сэкономить на медицинском обслуживании, обследовании, лекарствах и лечебных процедурах.

Устойчивость к стрессам. Правильная еда насыщает организм всем необходимым, а физкультура – эндорфинами (гормон счастья). Поэтому здоровые люди редко подвергаются стрессам, конфликтам и ссорам.

Продление жизни. Учёными доказано, что приверженцы ЗОЖ живут дольше благодаря высокому жизненному потенциалу.

**Мотивация к ведению здорового образа жизни**

Побудить человека вести правильный образ жизни – сложная задача. Можно с лёгкостью объяснить важность тех или иных действий, но нельзя заставить его действовать. Поэтому сохранение, укрепление и пропаганда здоровья должны стать ценностным мотивом, формирующим образ жизни человека.

Формирование мотивации к здоровому образу жизни должно начинаться с младенческих лет и продолжаться на протяжении всей жизни. Справиться с этим поможет следование простым рекомендациям:

Ставьте перед собой конкретные, реальные цели. Определите, чего именно в отношении вашего здоровья вы хотели бы добиться. Достижение реальной цели придаст вам уверенность, необходимую в дальнейшем. Не стремитесь сразу решить какую-нибудь серьёзную задачу. Если, например, вам нужно сбросить вес, постарайтесь сначала похудеть на 1 кг, чего добиться не слишком трудно. Когда у вас это получится, ставьте следующую цель – сбросить ещё 3 кг и т.д. Как



Доцент Е.Машковский, профессор Е.Ачкасов и академик РАН Л.Бокерия (слева направо) на IX Всероссийском форуме

и во всех человеческих начинаниях, успех порождает успех.

Будьте готовы к тому, что достижение цели требует времени. Если на этом пути вы делаете два шага вперёд и один назад, вы всё же движетесь в нужном направлении. Но если этот вынужденный шаг излишне драматизировать, вряд ли вы достигнете своей цели. Лишь очень немногим удаётся в жизни решить какую-то важную задачу, ни разу не отступая назад. Будьте оптимистами, никогда не сдавайтесь.

Вознаграждайте себя. Один из законов психологии гласит, что закрепляется лишь тот вид поведения, за которым следует подкрепление. Крепкое здоровье – лучшая награда для человека за отказ от вредных привычек, но эта награда, как правило, слишком далеко отстоит во времени, чтобы служить подкреплением. То, что вы не заболели раком через 10 лет после того, как бросили курить, – замечательно, но это не тот вид вознаграждения, который может укрепить ваше намерение не курить. Делайте себе приятное, вознаграждайте себя за самые скромные успехи: за избавление от 2 кг лишнего веса, за неделю регулярных занятий физкультурой, за месяц без сигареты. Наградой может быть новый компакт-диск, книга, джемпер или что-то совсем другое, что вам действительно нравится.

Сделайте готовность к здоровому образу жизни устойчивой. Все мы знаем людей, которые, стремясь укрепить здоровье, ненадолго меняли поведение, а затем возвращались к старым привычкам. Чтобы поддерживать в себе настрой на достижение благополучия в течение длительного времени, следует, во-первых, сконцентрироваться на ощущении хорошего настроения, то есть чаще думать о том, насколько

Комплекс ГТО состоит из тестов, определяющих физические качества, двигательные-прикладные навыки, и нормативов, оценивающих гармоничное развитие физических качеств и навыков. Кроме того, для каждой ступени в соответствии с возрастом испытуемого обозначены необходимые знания, умения и рекомендации к двигательному режиму.

После успешного выполнения нормативов ГТО выдаётся значок установленного образца: золотой, серебряный или бронзовый. К значку выдаётся удостоверение с описанием, за какие именно нормативы был вручен знак.

**Заключение**

Президент Лиги здоровья нации академик Л.Бокерия отмечает: «У каждого из нас в детстве был человек, который научил нас играть в футбол, волейбол, настольный теннис, кататься на коньках или ходить на лыжах. Далеко не всегда это были родители или учителя. Иногда просто взрослые люди, старшие товарищи, ровесники, увлечённые тем или иным видом спорта. Дворовые спортсмены и энтузиасты активного отдыха. Дело не в корочках или дипломах, которыми обладает человек, а в умении правильно организовать свой досуг, правильно относиться к себе и своему здоровью и в стремлении передать это умение другим. Сегодня нам не хватает активных, искренних энтузиастов, способных увлечь и повести за собой как молодёжь, так и людей старшего поколения. Наша задача – найти таких людей, поддержать и объединить...»

Здоровье – важнейшая ценность современного человека. Оно выводит жизнь на более качественный уровень, обеспечивая профессиональный успех, социальный статус, благополучную старость и долголетие. Поэтому медицинским работникам следует личным примером мотивировать друг друга и пациентов к активной, здоровой жизни.

**Евгений АЧКАСОВ, заведующий кафедрой спортивной медицины и медицинской реабилитации Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, профессор.**

«При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации № 68-рп от 05.04.2016 и на основании конкурса, проведённого Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации».

**Роль ГТО в формировании здоровья граждан**

24 марта 2014 г. Президент РФ В.Путин подписал указ о возрождении комплекса ГТО. Прежнее название комплекса решено сохранить как дань традициям. Постановление Правительства Российской Федерации № 540 от 11.06.2014 «Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе (ВФСК) «Готов к труду и обороне» определяет цели, задачи, принципы, содержание, структуру и методики внедрения комплекса ГТО. Цель ВФСК – повышение эффективности использования возможностей физической культуры и спорта в укреплении здоровья, гармоничном и всестороннем развитии личности, воспитании патриотизма и обеспечение преемственности в осуществлении физического воспитания населения.

Комплекс ГТО, утверждённый Минспорта России в 2014 г., состоит из 11 ступеней, охватывающих население от 6 лет до пожилого возраста без ограничений его предела.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 19 (2049)

**Вирусы гриппа занимают важное место в структуре заболеваемости людей острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ), составляющими до 90% от всех других инфекционных болезней. По данным Всемирной организации здравоохранения, только тяжёлыми формами гриппа в мире ежегодно заболевают 3-5 млн человек. Заболевают ежегодно гриппом и другими ОРВИ в РФ 25-35 млн, из них 45-60% – дети. Экономический ущерб РФ от сезонного эпидемического гриппа составляет до 100 млрд руб./год, или порядка 85% экономических потерь от инфекционных болезней.**

Опыт, приобретённый мировым медицинским сообществом в сезон пандемии гриппа А/Н1N1/09, свидетельствует о следующем: от 1 до 10% всех пациентов нуждались в госпитализации, и общая летальность больных составила около 0,5%. По данным различных источников, во всём мире было зафиксировано от 17,4 до 18,5 тыс. летальных случаев (лабораторно подтверждённых) от пандемического гриппа А/Н1N1/09. В августе 2010 г. генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен объявила о завершении пандемии гриппа Н1N1, при этом она в своём заявлении подчеркнула, что «...имеющиеся фактические данные и опыт, приобретённый во время прошлых пандемий, позволяют предположить, что вирус будет продолжать вызывать тяжёлую болезнь в более молодых возрастных группах по меньшей мере в непосредственный послепандемический период».

## Этиология

Грипп – острое респираторное вирусное заболевание, этиологически связанное с представителями трёх родов – Influenza A virus (вирусы гриппа А), Influenza B virus (вирусы гриппа В) и Influenza C virus (вирусы гриппа С) – из семейства Orthomyxoviridae.

На поверхности вириона (вирусной частицы) вируса гриппа А имеются две функционально важные молекулы: гемагглютинин (с помощью которого вирион прикрепляется к поверхности клетки-мишени); нейраминидаза (разрушающая клеточный рецептор, что необходимо при почковании дочерних вирионов, а также для исправления ошибок при неправильном связывании с рецептором).

В настоящее время известны 16 типов гемагглютинина (обозначаемые как Н1, Н2, ..., Н16) и 9 типов нейраминидазы (N1, N2, ..., N9). Комбинация типа гемагглютинина и нейраминидазы (например, Н1N1, Н3N2, Н5N1 и т.п.) называется субтипом: из 144 (16 x 9) теоретически возможных субтипов на сегодняшний день известны не менее 115.

Природным резервуаром вируса гриппа А являются дикие птицы водно-околоводного экологического комплекса (в первую очередь речные утки, чайки и крачки), однако вирус способен преодолевать межвидовой барьер, адаптироваться к новым хозяевам и длительное время циркулировать в их популяциях. Эпидемические варианты вируса гриппа А вызывают ежегодный подъём заболеваемости и раз в 10-50 лет – опасные пандемии.

Вирус гриппа В не вызывает пандемии, но является возбудителем крупных эпидемических вспышек.

Вирус гриппа С вызывает локальные эпидемические вспышки в детских коллективах. Наиболее тяжело инфекция протекает у детей младшего возраста.

Пандемия гриппа в 2009 г., получившая известность как свиной грипп, была вызвана именно вирусом А/Н1N1/09, обладающим наибольшим генетическим сходством с вирусом свиного гриппа. Свиной грипп – это комбинация генетического материала уже известных штаммов – гриппа свиней, птиц и человека. Происхождение штамма точно неизвестно, а эпидемическое распространение данного вируса не удалось установить среди свиней. Вирусы этого штамма передаются от человека к человеку и вызывают заболевание с симптомами, обычными для гриппа.

## Эпидемиология тяжёлых форм гриппа

Одним из наиболее ярких примеров высокой заболеваемости тяжёлыми формами гриппа является картина недавней пандемии свиного гриппа А/Н1N1/09.

В Российской Федерации за октябрь – декабрь 2009 г. переболели гриппом и ОРВИ 13,26 млн человек (на 5,82 млн больше, чем в 2008 г.), при этом гриппом переболели 4,1% от общей численности населения. В общей структуре на долю взрослого населения РФ пришлось 61% случаев заболевания, в возрасте 18-39 лет зарегистрировано 44,2% от всех лабораторно подтверждённых случаев гриппа А/Н1N1/09. Необходимо отметить, что примерно у 40% больных, которым потребовалась госпитализация и среди которых отмечены летальные исходы, не было выявлено сопутствующей патологии до момента заболевания гриппом А/Н1N1/09.

новым, реассортантным вирусом А/Н1N1/09, содержащим гены свиного, птичьего и человеческого вирусов гриппа;

– вовлечением в эпидемический процесс лиц всех возрастных групп, но более часто детей и молодых лиц;

– более частым поражением нижних дыхательных путей с развитием прогрессирующей пневмонии и ОРДС у детей и лиц молодого и среднего возраста.

## Клиническая картина

Инкубационный период при гриппе составляет от 2 до 7 дней.

К критически тяжёлым пациентам относят лиц, у которых имеет место быстро прогрессирующее заболевание нижних дыхательных путей, пневмония, острая дыхательная недостаточность (ОДН) и острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС). Практически во всех странах мира среди больных гриппом А/Н1N1/09, госпитализированных в стационар и ОРДС, основной проблемой являлась прогрессирующая ОДН: пневмония

Пневмония может быть частью континуума развития гриппа, то есть может быть вызвана непосредственно вирусом (первичная или вирусная пневмония) или сочетанной вирусной и бактериальной инфекцией, как правило, через несколько дней после стабилизации острого состояния (вторичная или вирусно-бактериальная пневмония).

Наиболее грозными признаками тяжёлого заболевания гриппом являются быстрое прогрессирование ОДН и развитие мультилобового поражения лёгких. Такие больные на момент обращения или поступления в стационар имеют выраженную одышку и тяжёлую гипоксемию, которые развиваются через 2-5 дней после появления типичных для гриппа симптомов.

При рентгенографии грудной клетки выявляют двусторонние сливные инфильтративные затемнения, расходящиеся от корней лёгких, что может имитировать картину кардиогенного отёка лёгких. Чаще всего наиболее выраженные изменения локализируются в базальных отделах лёгких. Также может присутствовать и небольшой

# Диагностика и лечение тяжёлых форм гриппа. Национальные рекомендации

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2+

Таблица 1

## Лечение взрослых больных тяжёлыми и осложнёнными формами гриппа

Препарат	Схема назначения
Осельтамивир	150 мг 2 раза/сут в течение 5-10 дней (суточная доза 300 мг)
Занамивир	2 ингаляции по 5 мг два раза в день в течение 5 дней (только у спонтанно дышащих пациентов!)
Осельтамивир в комбинации с имидазолилэтанамид пентадиовой кислотой	150 мг 2 раза/сут в течение 5-10 дней (суточная доза 300 мг); 180 мг 1 раз/сут в течение 5-10 дней

С начала пандемии выделено более 551 тыс. вирусов гриппа, из них 78% относились к гриппу А/Н1N1/09.

Таким образом, эпидемический сезон заболеваемости гриппом и ОРВИ в 2009 г. отличался от предыдущих рядом особенностей:

– более ранним началом (сентябрь – октябрь против декабря – января в прошлом);  
– сочетанием заболеваемости сезонным гриппом и пандемией гриппа, вызванного

была диагностирована у 40-100% больных, а ОРДС – у 10-56% больных. Другие серьёзные осложнения гриппа А(Н1N1) включали в себя вторичную инвазивную бактериальную инфекцию, септический шок, почечную недостаточность, полиорганную недостаточность, миокардит, энцефалит и ухудшение имеющихся хронических заболеваний, таких как бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) или застойная сердечная недостаточность.

плевральный или междолевой выпот. Достаточно часто выявляются двусторонние (62%) и мультилобовые (72%) лёгочные инфильтраты.

Компьютерная томография (КТ) лёгких является более чувствительным методом для диагностики вирусной пневмонии. Основными находками при первичной пневмонии, вызванной вирусом гриппа, являются двусторонние инфильтраты в виде «матового стекла» или консолидации, имеющие преимущественно периферическое или субплевральное распространение и расположенные в нижних и средних зонах лёгких.

При классической вирусно-бактериальной пневмонии интервал между возникновением первых респираторных симптомов и признаками вовлечения в процесс паренхимы лёгких может составлять несколько суток, в течение этого периода может наблюдаться даже некоторое улучшение состояния больного. Рентгенографическая картина лёгких при вторичной пневмонии может быть представлена комбинацией диффузных инфильтратов с очагами фокальной консолидации.

## Организация оказания помощи больным гриппом

К группам риска тяжёлого течения гриппа относятся следующие лица (B):

- младенцы и дети младшего возраста, особенно дети младше 2 лет;
- беременные женщины;
- лица любого возраста с хронической болезнью лёгких (астма, ХОБЛ);
- лица любого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (например, с застойной сердечной недостаточностью);
- лица с нарушениями обмена веществ (например, с диабетом);
- лица с хроническими заболеваниями почек, хроническими заболеваниями печени, с определёнными неврологическими состояниями (включая нейромышечные, нейрокогнитивные нарушения, эпилепсию), гемоглобинопатиями или иммунодефицитами, либо по причине первичных иммунодефицитов, таких как ВИЧ-инфекция, либо в связи с вторичными состояниями, такими как

Таблица 2

Принципы респираторной поддержки при ОРДС, вызванным вирусом гриппа

<b>Респиратор</b>	Респиратор для проведения респираторной поддержки больным с ОРДС, вызванным гриппом A/H1N1/09, должен удовлетворять следующим условиям: – современный респиратор для интенсивной терапии; – автоматическая компенсация объёма вследствие компрессии газа в контуре (или измерение в Y-трубке); – экран, позволяющий наблюдать за кривыми давление/время и поток/время; – мониторинг давления плато; – измерение «внутреннего» РЕЕР или общего РЕЕР (PEEP <sub>tot</sub> = РЕЕР + РЕЕР <sub>i</sub> ). Для транспорта больных внутри стационара рекомендуется использование транспортных респираторов последнего поколения, позволяющих проводить точную настройку РЕЕР, дыхательного объёма (V <sub>T</sub> ) и фракции кислорода во вдыхаемой смеси (FiO <sub>2</sub> ) и оснащённых системами мониторинга, близкими к таковым у реанимационных респираторов
<b>Режимы вентиляции</b>	Так как ни один режим респираторной поддержки не продемонстрировал своё преимущество при ОРДС, рекомендован выбор вентиляции, контролируемой по объёму, вспомогательно-контролируемый режим (VAC). Данный режим – наиболее распространённый в современных ОРИТ и наиболее простой. Также рекомендован выбор постоянного инспираторного потока (прямоугольный профиль), 50-60 л/мин и использование инспираторной паузы 0,2-0,3 сек (для возможности проведения мониторинга давления плато)
<b>Дыхательный объём</b>	Рекомендовано использование дыхательного объёма (V <sub>T</sub> ) 6 мл/кг должной массы тела. Должная масса тела рассчитывается по формуле: – должная масса тела = X + 0,91 (рост в см – 152,4). Женщины: X = 45,5. Мужчины: X = 50. В таблице ниже представлен рекомендуемый V <sub>T</sub> в зависимости от пола пациента и его роста: Рост (см) 150 155 160 165 170 175 180 185 190 195 200 Женщины V <sub>T</sub> (мл) 260 290 315 340 370 395 425 450 480 505 535 Мужчины V <sub>T</sub> (мл) 290 315 340 370 395 425 450 480 505 535 560
<b>Частота дыхания</b>	Рекомендовано использование частоты дыхания 20-35/мин, которая регулируется для достижения PaCO <sub>2</sub> , при котором pH находится в диапазоне от 7,30 до 7,45. Изначально выбирается частота дыхания, позволяющая добиться той же минутной вентиляции, что и до перевода больного на протективную вентиляцию (с V <sub>T</sub> 6 мл/кг)
<b>РЕЕР</b>	Рекомендован выбор такого уровня РЕЕР, чтобы добиться давления плато в диапазоне 28-30 см H <sub>2</sub> O и чтобы при этом общее РЕЕР (PEEP + РЕЕР <sub>i</sub> ) не превышало бы 20 см H <sub>2</sub> O и не было бы ниже 5 см H <sub>2</sub> O, то есть РЕЕР должно быть в диапазоне 5-20 см H <sub>2</sub> O. Изначально РЕЕР выставляется на 8-10 см H <sub>2</sub> O, затем повышается на 2 см H <sub>2</sub> O каждые 3-5 мин для достижения нужного давления плато (28-30 см H <sub>2</sub> O). При использовании V <sub>T</sub> 6 мл/кг такой уровень РЕЕР обычно не вызывает нарушения гемодинамики. При возникновении артериальной гипотензии во время повышения уровня РЕЕР, рекомендована временная отсрочка повышения РЕЕР до восполнения объёма циркулирующей жидкости
<b>FiO<sub>2</sub></b>	Рекомендовано использование FiO <sub>2</sub> 30-100%, которая регулируется для достижения показателей оксигенации: – 88% ≤ SpO <sub>2</sub> ≤ 95% – 55 мм рт.ст. ≤ PaO <sub>2</sub> ≤ 80 мм рт.ст.
<b>Седация – миорелаксация</b>	При тяжёлых формах ОРДС в течение первых 24-48 часов рекомендована глубокая седация и начальная миорелаксация больного. Затем необходима адаптация седации для достижения частоты дыхания ≤ 35/мин, хорошей синхронизации больного с респиратором
<b>Манёвры рекрутирования</b>	Манёвры рекрутирования не могут быть рекомендованы для всех больных ОРДС. Манёвры рекрутирования рекомендованы при развитии тяжёлой десатурации во время случайного отсоединения контура от респиратора или аспирации секрета. Так как проведение данной процедуры может осложниться гемодинамическими нарушениями и баротравмой, манёвры рекрутирования должны проводиться врачом (не медсестрой!) под тщательным клиническим контролем параметров больного. Методика проведения манёвра: CPAP 40 см H <sub>2</sub> O в течение 40 сек или транзитное повышение РЕЕР (для достижения давления плато = 40 см H <sub>2</sub> O)
<b>Трахеальная аспирация</b>	Для предотвращения дерекрутирования и десатурации рекомендовано проведение аспирации трахеобронхиального секрета без отсоединения контура от респиратора. Для защиты медицинского персонала рекомендовано использование закрытой системы аспирации
<b>Увлажнение вдыхаемой смеси</b>	Метод выбора кондиционирования воздушной смеси в данной ситуации – теплообменник (ТВО). При развитии респираторного ацидоза необходимо заменить ТВО на увлажнитель-подогреватель (для уменьшения инструментального мёртвого пространства)
<b>Фильтрация выдыхаемой смеси</b>	Фильтр между экспираторным контуром и экспираторным блоком респиратора позволяет защитить окружающую среду от вирусной контаминации. Фильтр абсолютно необходим, если используется увлажнитель-подогреватель. Установка фильтра в экспираторный контур позволяет избежать контаминации окружающей среды, независимо от способа увлажнения. В случае использования увлажнителя-подогревателя данный фильтр должен меняться регулярно, так как происходит его заполнение влагой
<b>Прональная позиция</b>	– сеансы от 6 до 18 часов; – оценка эффективности: PaO <sub>2</sub> через 1 и 4 часа; – фиксация интубационной трубки и катетеров во время смены позиции; – профилактика пролежней +++; – изменение положения головы и рук каждый час
<b>Ингаляционный NO</b>	– начальная доза: 5 ppm; – подача газа в инспираторный контур; – использование привычных систем доставки для отделения; – оптимально – синхронизация с инсуффляцией (OptiNO®); – ежедневные попытки снижения дозы (2,5, 1, 0,5 ppm)
<b>Отлучение от респиратора</b>	Рекомендовано ежедневное проведение сеанса спонтанной вентиляции у больных, которые соответствуют следующим критериям: – отсутствие потребности в вазопрессорах; – отсутствие седации; – выполнение простых команд. Рекомендовано проводить сеанс спонтанной вентиляции в режиме: PS 7 см H <sub>2</sub> O, РЕЕР = 0, FiO <sub>2</sub> от 21 до 40%. Максимальная продолжительность сеанса – 2 часа, при плохой переносимости спонтанной вентиляции необходимо его немедленное прекращение. При хорошей переносимости сеанса спонтанной вентиляции больному показана экстубация

приём лекарств, подавляющих иммунитет, или наличие злокачественных образований;  
– дети, получающие лечение аспирином по поводу хронических заболеваний;  
– лица в возрасте 65 лет и старше;  
– лица с морбидным ожирением.  
**Признаками прогрессирования заболевания являются (С):**  
– нарастание температуры тела или сохранение высокой лихорадки более 3 дней;  
– появление одышки в покое или при физической нагрузке;  
– цианоз;  
– кровавистая или окрашенная кровью мокрота;  
– боли в груди при дыхании и кашле;  
– артериальная гипотония;  
– изменение психического статуса.  
При появлении вышеперечисленных симптомов необходима специфическая антивирусная терапия и направление заболевшего человека в специализированный стационар. Экстренная госпитализация в стационар показана при наличии следующих критериев (D):  
– тахипноэ более 24 дыханий в минуту;  
– гипоксемия (SpO<sub>2</sub> < 95%);  
– наличие очаговых изменений на рентгенограмме грудной клетки.  
При госпитализации больного в процессе его первичного обследования в условиях **приёмного отделения стационара** необходима комплексная оценка клинических проявлений гриппа, в первую очередь характера поражения органов дыхания,

степени компенсации сопутствующих болезней, основных физиологических констант: частоты дыхания и пульса, АД, насыщения крови кислородом (SpO<sub>2</sub>), диуреза. Обязательное проведение рентгенографии (или широкоформатной флюорографии) лёгких, ЭКГ. Осуществляется стандартное лабораторное обследование, взятие материала для специфической диагностики – ОТ-ПЦР, серологические реакции (диагностическое значение имеет нарастание титра антител в 4 раза и более).  
В процессе лечения необходим регулярный мониторинг основных клинико-лабораторных параметров, так как у пациентов, у которых первоначально проявляются симптомы неосложнённого гриппа, заболевание может прогрессировать в течение 24 часов в более тяжёлую форму. Известны случаи молниеносного развития ОДН/ОРДС (в течение от 1 до 8 часов) у пациентов с отсутствием предикторов тяжёлого течения гриппа.  
**Показания для перевода в ОРИТ (B):**  
– клиническая картина быстро прогрессирующей острой дыхательной недостаточности (ЧД > 30 в минуту, SpO<sub>2</sub> < 90%, АД сист. < 90 мм рт.ст.);  
– другая органная недостаточность (острая почечная недостаточность, энцефалопатия, коагулопатия и др.).  
**Медикаментозная терапия**  
**Антивирусная терапия**  
Антивирусными препаратами выбора яв-

ляются ингибиторы вирусной нейраминидазы осельтамивир и занамивир (А). В связи с устойчивостью вируса гриппа A/H1N1/2009 к блокаторам М2-белка применено амантадин и римантадин нецелесообразно (С).  
Обычно осельтамивир применяется перорально в капсулах по 75 мг или в виде суспензии, приготавливаемой из порошка 12 мг/мл ex tempore.  
Занамивир взрослым и детям старше 5 лет используется в следующем режиме: 2 ингаляции по 5 мг два раза в день в течение 5 дней. Занамивир может применяться в случаях резистентности вируса A/H1N1/2009 к осельтамивиру (D). Согласно информации ВОЗ (2009), изучается эффективность внутривенного применения занамивири и альтернативных противовирусных препаратов (перамивир, рибавирин) в случаях резистентности вируса A/H1N1/2009 к осельтамивиру. Занамивир является также препаратом первого выбора у беременных женщин (D).  
Отечественный препарат имидазол-этанамид пентадиовой кислоты является оригинальным отечественным противовирусным препаратом, эффективность которого в клинических исследованиях доказана в ведущих научных центрах России (D). Обычно применяется перорально однократно в дозе 90 мг в сутки.  
Следует отметить, что максимальный лечебный эффект от применения этих препаратов отмечен только при начале лечения в первые 2 дня болезни.

Имеются сведения о том, что у больных тяжёлыми формами пандемического гриппа A/H1N1/2009 с развитием вирусной пневмонии на фоне стандартной терапии выявляется более высокая интенсивность вирусной репликации (вирусная нагрузка) и длительное (7-10 дней) выявление вируса в бронхальном содержимом. Это делает обоснованным увеличение дозы противовирусных препаратов (взрослым осельтамивир по 150 мг дважды в день) и удлинение курса лечения до 7-10 дней (D).  
**Антибактериальная терапия**  
При подозрении на развитие вирусно-бактериальной пневмонии антибактериальная терапия должна проводиться в соответствии с принятыми рекомендациями по ведению больных с внебольничной пневмонией (С). Вирусная инфекция сезонным гриппом и предыдущие пандемии гриппа продемонстрировали повышенный риск развития бактериальных инфекций Staphylococcus aureus, которые могут протекать в тяжёлой форме, носить быстро прогрессирующий характер, вызывать некроз и в некоторых случаях вызываться штаммами, устойчивыми к метициллину. В случае использования антибиотиков при подозрении на сопутствующую бактериальную инфекцию у пациентов с гриппом необходимо по возможности руководствоваться результатами микробиологических исследований.  
*(Окончание следует.)*

Международный день редких заболеваний в России отмечается с 2008 г. Традиционно в этот день проводятся различные информационно-просветительские мероприятия, целью которых является привлечение внимания общественности к проблемам людей, страдающих редкими заболеваниями, а также повышение уровня информированности в кругу медицинского сообщества и за его пределами. Так, по инициативе Российского респираторного общества (РРО) в столице прошла пресс-конференция, приуроченная к Международному дню редких заболеваний, которая была посвящена такому тяжёлому заболеванию, как идиопатический лёгочный фиброз (ИЛФ).

### Редко да метко

ИЛФ, как известно, относится к группе интерстициальных заболеваний. Это диссеминированный процесс, в результате которого паренхима лёгкого замещается грубой соединительной тканью. Таким образом, лёгкие не в состоянии выполнять функцию газообмена, что приводит к прогрессирующему дыхательному недостаточности. Это заболевание характеризуется крайне неблагоприятным прогнозом: постоянным и неуклонным прогрессированием, серьёзным ухудшением качества жизни пациентов и очень высокой летальностью.

– Научившись справляться с распространёнными респираторными патологиями, мы всё ещё находимся в начале большого пути, – заявил, открывая мероприятие, заместитель директора НИИ пульмонологии ФМБА России член-корреспондент РАН Сергей Авдеев. – Всё большее и большее значение приобретают редкие болезни, к которым относится и ИЛФ. Сейчас на долю интерстициальных заболеваний, в том числе и ИЛФ, приходится около 20% всех пульмонологических больных. Так что редкие заболевания всё чаще встречаются в практике специалиста.

На сегодняшний день известно более 7 тыс. редких заболеваний, и страдают ими около 350 млн человек во всём мире. Причём ежегодно описывается около 250 новых орфанных заболеваний. Диагноз «ИЛФ» имеют около 3 млн человек в мире. А заболеваемость данной патологией в России составляет 9-11 случаев на 100 тыс. населения.

Этиология ИЛФ до сих пор неизвестна, что, собственно говоря, обуславливает название «идиопатический», то есть возникший без видимой причины. Многие учёные признают их аутоиммунный характер. Различные экологические и профессиональные факторы,

### Экспертный уровень

# Уверенные шаги к полноценному развитию

## Идиопатический лёгочный фиброз: как обуздать патологию?

курение, вирусные инфекции, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), с точки зрения специалистов, также могут играть роль в развитии ИЛФ. Наряду с этим большое значение предаётся генетической предрасположенности: у 40% больных ИЛФ имеются подтверждённые генетические мутации.

Наиболее информативными методами диагностики ИЛФ являются рентгенография лёгких, а также компьютерная томография высокого разрешения (КТВР), исследование функции внешнего дыхания, изучение газового состава крови, бронхоскопия с исследованием жидкости бронхоальвеолярного лаважа, биопсия лёгочной ткани. Последняя считается «золотым стандартом» диагностики ИЛФ и позволяет установить точный диагноз, а также предсказать прогноз заболевания и возможный ответ на терапию.

По мнению С.Авдеева, поздняя диагностика болезни – это очень острая проблема. «ИЛФ плохо диагностируется во всём мире. С чем это связано? Во-первых, заболевание редко встречается, во-вторых, не имеет специфической симптоматики. Основными жалобами таких больных являются одышка и сухой кашель, общая слабость, как и при многих других лёгочных заболеваниях. В среднем для установления диагноза пациенту приходится пройти не менее 3 специалистов, а от начала симптомов до установки диагноза проходит не менее 1,5-2 лет. За это время болезнь стремительно прогрессирует. Лёгкие превращаются в компактную, плотную, кистозную структуру. На биопсии ткань такого лёгкого напоминает «резиную губку». Разумеется, поражённое лёгкое не в состоянии выполнять газообменную функцию, что неизбежно приводит к дыхательной недостаточности», – констатировал он.

### Во имя доступности

– В России до 5 млн человек могут страдать редкими заболеваниями. Из них в федеральном регистре пациентов находятся всего 13,7 тыс. человек, – сказала

директор Института экономики здравоохранения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» профессор Лариса Попович. – Как помочь этим людям? Главная задача – обеспечить доступность лекарственных препаратов. А на сегодняшний день менее 40% пациентов с редкими заболеваниями обеспечены лекарственными препаратами в полном объёме. 95% субъектов нашей страны не справляются со своими обязанностями по обеспечению «орфанными» препаратами.

Примечательно, что 2/3 пациентов с ИЛФ – это люди старше 50 лет. А основной пик заболеваемости приходится на возрастную группу «70+». Прогноз здесь крайне неблагоприятный. Так, по данным зарубежных научно-исследовательских центров по редким заболеваниям, 5-летняя выживаемость у больных ИЛФ ниже, чем у онкологических пациентов, и составляет всего 2,5-3 года. В течение ближайших 12 месяцев умирает 1 из 3 пациентов с ИЛФ. Однако, по словам Л.Попович, если болезнь может быть редкой, то надежда редкой быть не должна. «Наша задача – сделать так, чтобы эти люди не теряли надежду и имели возможность лечиться», – добавила Л.Попович.

### Нагрузка на государство

– Безусловно, бремя этих заболеваний ложится тяжким грузом на государство, общество и индивидуумов. Стоимость лечения таких пациентов чрезвычайно высокая, а продолжительность жизни очень низкая. Однако необходимо понимать, что для этой группы пациентов не существует понятия фармакоэкономики или сбережения средств. Дело здесь не в снижении числа госпитализаций, а в сохранении и продлении жизни, причём – качественной, – отметил главный пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой пульмонологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, профессор Андрей Белевский. – Нельзя не сказать и о проблеме гипердиагностики в этой

связи: из 100 человек, у которых подозревается ИЛФ, 80-90% им не страдают. Вот почему так важно точно установить диагноз. Это необходимо для выбора адекватной терапии. Поэтому сейчас РРО занимается созданием регистра пациентов. Больные пройдут дифференциальную диагностику, консультации разных специалистов и в случае подтверждения диагноза ИЛФ будут внесены в регистр. В этом случае каждый пациент будет известен обществу, конкретно врачу и государству. Лишь тогда мы сможем точно знать, как ему помочь. Нам будет легче понять и эпидемиологию этого заболевания, внедрить единые стандарты диагностики, облегчить специалистам доступ к информации по терапии заболевания. Для ввода пациентов в регистр будут проводиться дистанционные консилиумы, обучение врачей, создаваться референтные центры. Мы ставим для себя задачу – перевести ИЛФ из категории смертельных заболеваний в патологию, поддающуюся лечению, пусть и остающуюся в ремиссии.

### Посредством образования

– В своё время за счёт различных образовательных мероприятий были достигнуты очень хорошие результаты в снижении смертности от пневмоний, число госпитализаций больных с обострением ХОБЛ. Мы добились успехов в борьбе с табакокурением. Немало было сделано и для помощи больным муковисцидозом. В целом Россия добилась немало на респираторном поприще, однако пульмонология не ограничивается такими болезнями, как бронхиальная астма, ХОБЛ и пневмония, – подчеркнул директор НИИ пульмонологии ФМБА России, главный терапевт-пульмонолог Минздрава России, заведующий кафедрой госпитальной терапии РНИМУ, академик РАН Александр Чучалин. – С развитием медицины качество жизни этих пациентов значительно улучшилось. Создан государственный центр для взрослых больных муковисцидозом. Многие женщины с этим диагнозом смогли стать матерями. Средняя продолжи-

тельность жизни больных с этим диагнозом сегодня составляет 42 года. Это потрясающий результат. Такое невозможно было представить ещё 10-15 лет тому назад. И я бы хотел, чтобы для борьбы с другими редкими болезнями мы взяли за основу этот положительный опыт.

В качестве резюме академик А.Чучалин акцентировал внимание аудитории на том, что ИЛФ в течение последних лет встречается всё чаще, а с учётом того, что РФ в настоящее время осваивает северные территории, не исключено, что заболеваемость возрастет. В этом особенно актуальность проблемы. «По мнению зарубежных специалистов из Мирового центра по редким заболеваниям, ИЛФ распространяется и неуклонно прогрессирует. Следует признать: данная болезнь протекает злокачественно. Тем не менее на сегодняшний день существуют международные клинические рекомендации по организации помощи таким больным, лечебный алгоритм», – заключил эксперт.

\* \* \*

В России, что характерно, реализуется Национальная программа по борьбе с редкими заболеваниями. Создаются клинические рекомендации. Проводятся образовательные мероприятия. Планируется открытие референтных центров для своевременной диагностики и внесения пациентов в единый регистр. Эти центры будут опираться на мнение ведущих специалистов: пульмологов, морфологов, рентгенологов. Сегодня можно говорить об открытии таких центров в Москве, Санкт-Петербурге, Екатеринбурге, Красноярске. В Барнауле и Иркутске такие центры будут открыты в ближайшее время. Всё это делается для того, чтобы понять болезнь, вовремя её диагностировать и предотвратить прогрессирование. Иными словами – добиться того, чтобы каждый гражданин нашей страны с ИЛФ мог своевременно получить адекватное лечение, увеличивая тем самым продолжительность качественной жизни.

Юлия ШЕВЧУК,  
корр. «МГ».

### Современные технологии

# Революция в биотехнологиях по-сибирски

## Биопротезы кровеносных сосудов получают надёжную прочность

**Перспектива, когда хирурги смогут выполнять пациентам трансплантацию искусственных сосудов не только большого, но и малого диаметра, уже не выглядит отдалённой.**

Учёные Новосибирского государственного университета, Института цитологии и генетики Сибирского отделения РАН, Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина и Института химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН в ходе совместных исследований добились убедительных результатов: они предложили эффективный

метод получения тканеинженерных конструкций малого диаметра, свойства которых максимально приближены к физиологическим. Как сообщили в университете, данная научная разработка позволяет избежать негативных последствий биопротезирования – воспаления, тромбоза и других иммунопатологических процессов.

Достижение новосибирских биологов и медиков состоит в том, что их тканеинженерные сосудистые конструкции имеют в своей основе мембраны из поликапролактона и хитозана, заселённые эндотелиальными и гладкомышечными клетками кардиальных эксплантов (отходного послеоперационного

материала миокарда – ред.) человека. Именно такое сочетание материалов и клеток позволяет придать биопротезам кровеносных сосудов прочность, обеспечить их физиологичность и долговечность. Причём сама технология получения необходимых клеток из миокарда тоже разработана в Новосибирске, а именно в лаборатории эпигенетики развития ИЦиГ.

Каждый из компонентов играет в биоинженерии особую роль. Как поясняют исследователи, хитозан обладает нужными биологическими свойствами, а именно – отсутствием иммуногенности, биосовместимостью, биоразлагаемостью и антимикробной актив-

ностью. Один минус – материалы на основе хитозана не обладают достаточной механической прочностью, а для протезов кровеносных сосудов это необходимое условие. Чтобы компенсировать недостаток прочности, хитозан смешивают с поликапролактоном.

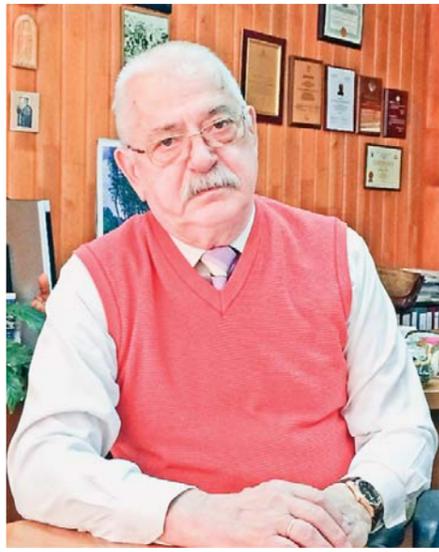
Что касается эндотелиальных и гладкомышечных клеток, полученных из кардиальных эксплантов, они, заселяясь в сосудистые биопротезы, начинают вырабатывать межклеточный матрикс и тем самым увеличивают срок службы трансплантата. Правда, авторы исследования высказывают предположение, что во избежание реакции отторжения при изготовлении

биопротезов сосудов для конкретного пациента необходимо всё же будет использовать аутоклетки.

В новосибирском Академгородке уже проведены эксперименты на мышах с использованием разработанной технологии. Грызунам имплантировали в аорту клеточно-заселённые тканеинженерные конструкции. Период послеоперационного наблюдения составил 24 недели, после чего методами УЗИ и МРТ было получено подтверждение, что аорта остаётся проходимой, в биопротезе сохраняется пульсирующий кровоток.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

**Значение слова «фундаментальный» в словарях Ожегова и Ушакова – основной, главный. Следовательно, фундаментальная медицина, которая базируется на понимании причин, этапов развития заболевания и общих механизмов действия лекарств на молекулярном уровне, по праву считается основой основ врачебной деятельности. А что же в таком случае представляет собой персонализированная (она же персонифицированная) медицина, и может ли такая существовать в принципе? Есть ли за красивым названием какое-то реальное содержание, или это всего-навсего тривиальный маркетинговый ход? Попробуем разобраться.**



В. Козлов

варианта, уходя от персонализированности. В таком случае лечение будет начато значительно раньше, и стоит оно будет дешевле, чем если подбирать конкретное лекарство конкретному больному.

Впрочем, с точки зрения патогенеза заболевания, цитостатическая терапия – всё же не лечение, так как всегда будет опасность возникновения новой опухоли, появления новых метастазов. Что же касается собственно патогенетической терапии, здесь в принципе не до персонализации. Лечить будем всех

даниа от её успехов, по моему мнению, непосредственно связаны с определёнными пробелами в фундаментальных научных исследованиях. И в этой связи нельзя не упомянуть документ, подписанный Президентом РФ 1 декабря 2016 г. – «Стратегия научно-технологического развития Российской Федерации». В числе приоритетов и перспектив научно-технологического развития страны на ближайшие 10-15 лет названы, в частности, «переход к персонализированной медицине, высокотехнологичному здравоохранению и технологиям здоровьесбережения, в том числе за счёт рационального применения лекарственных препаратов (прежде всего

гомеостатическая система, которая создана природой для борьбы с микробно-вирусной опасностью. Именно здесь, я считаю, надо сосредоточить внимание и усилия науки, и на первое место выходит задача по созданию высокоспецифических антисывороток.

Вопросов в этом разделе много, искать на них ответы должна фундаментальная медико-биологическая наука. В частности, иммунология. В настоящее время очень многое говорит о том, что иммунология должна занимать ведущее положение в перечне главных направлений медико-биологических исследований. Именно нарушения функционирования иммунной системы лежат в основе развития всех

Итак, в современном здравоохранении появилось направление «персонализированная медицина», и к нему очень часто относят таргетную и клеточную терапию, что не соответствует истине.

Как у человека, который всю жизнь занимается фундаментальными научными исследованиями и привык смотреть в корень явлений, у меня возникает вопрос: мы что, отныне разных людей будем лечить от одной и той же болезни разными лекарствами? При том, что симптомы у них одни и те же, а главное – патогенез заболевания один и тот же. Применение персонализированных подходов предполагает, что мы будем в отношении части больных ревматоидным полиартритом применять базовую терапию (метотрексат и нестероидные противовоспалительные препараты), а в отношении других – нет? Вряд ли что-то хорошее из этого получится. Тогда где здесь «персона»?

То же самое в отношении atopического дерматита: что будет персонализировано – вид лекарственного препарата? Думаю, в ближайшие несколько десятков лет такой возможности просто не представится.

Более-менее, да и то с оговорками персонализированность в медицине можно приписать к онкопатологии. Если верить литературным данным,

### Точка зрения

# Персона без фундамента

Мифотворчество начинается там, где даёт слабину большая наука

вся онкологическая патология делится на две большие и практически равные группы: чувствительная и резистентная к противоопухолевым препаратам. С чем это связано, пока не очень понятно. Не исключено, что с наличием или отсутствием у пациента гена лекарственной резистентности. Но даже если это так, что значит «опухольная клетка резистентна к цитостатику»? Достаточно обработать такую клетку ингибитором циклооксигеназы-2, или indoleamin 2,3-dioxygenase, и она становится чувствительной.

Элемент персонализированности в данном разделе медицины будет присутствовать до тех пор, пока мы не поймём механизм лекарственной резистентности раковой клетки или не синтезируем новый цитостатический препарат, к которому будут чувствительны все без исключения клетки разных опухолей. На мой взгляд, если браться за решение этой проблемы, то, конечно, с помощью второго

одинаково: антитела такие и этикие, клеточные вакцины из одних клеток иммунной системы и из других. Используемые антитела и клеточные вакцины будут различаться в зависимости от вида рака, но при одном и том же варианте опухоли у всех больных будут использоваться одни и те же антитела, одни и те же вакцины.

Главное – надо совершенно чётко понимать: принципиальное отличие антител и вакцин от лекарственных препаратов химического происхождения в том, что они обладают архивысокой специфичностью против молекул и клеток, определяющих патогенез заболевания. При этом все другие клеточные системы организма остаются в стороне от воздействия. Так где же здесь место персонализированному подходу? Это то же самое, что вакцинация против оспы, полиомиелита и других инфекций: никакой персонализации, но и оспы в мире тоже нет.

Само появление понятия «персонализированная медицина» и преувеличенные ожи-

антибактериальных). И сразу же, следующим пунктом сказано: «Поддержка фундаментальной науки как системообразующего института долгосрочного развития нации является первоочередной задачей государства».

Два соседних раздела документа по смыслу совершенно не соответствуют друг другу. Персонализированная медицина, высокотехнологичное здравоохранение, технологии здоровьесбережения, рациональное применение лекарственных препаратов – где же здесь фундаментальная наука? Её здесь просто нет. Равно как нет следов фундаментальной науки и в тезисе о рациональном применении антибактериальных препаратов.

Более того, сами дальнейшие попытки рационализировать антибиотикотерапию – это, по большому счёту, тупиковый путь. Рано или поздно микроорганизмы всё равно будут становиться резистентными. В то же время в организме человека есть

основных социально значимых заболеваний современного человека. Следует подумать о том, чтобы все научно-медицинские проекты, независимо от их основной тематики, включали в себя вопросы иммунологии.

В заключение хочу привести слова великого Луи Пастера: «Наука должна быть возвышенным воплощением отечества, ибо из всех народов первым будет всегда тот, который опередит другие в области мысли и умственной деятельности». Так давайте сосредоточивать свои силы, деньги, интеллект не на том, что нынче модно, но скоро будет забыто, а попробуем стать первыми именно в области фундаментальной науки и фундаментальной медицины».

**Владимир КОЗЛОВ,**  
научный руководитель  
Института фундаментальной  
и клинической иммунологии,  
академик РАН.

Новосибирск.

### Проблемы и решения

**Попытки разработать метод своевременной диагностики заболеваний органов дыхания по биомаркерам в выдыхаемом воздухе ведутся в мире уже давно. Особенно сильно ждут положительных результатов этих научных исследований фтизиатры, ведь в случае успеха выявление туберкулёза станет действительно более ранним, более быстрым по времени и, разумеется, неинвазивным.**

Сама возможность ставить диагноз ТБ на том основании, что в пробе выдыхаемого человеком воздуха выявлены следы микобактерии, выглядит не очень убедительной: выдыхаемый воздух больше чем наполовину состоит из вдыхаемого, а в нём могут быть намешаны разные патогены. Однако это вопрос дискуссионный, и потому учёные разных стран продолжают разрабатывать методики определения маркеров патологий в выдыхаемом воздухе.

# Выдыхайте то, что нужно

Микрокапли лёгочной жидкости расскажут о многом

Одна из самых трудных задач в данном направлении – как собрать у пациента микрокапельки лёгочной жидкости для последующей лабораторной диагностики. Решение предложили в Институте теоретической и экспериментальной биофизики (ИТЭБ) РАН (город Пушкино Московской области). Они разработали устройство, с помощью которого можно концентрировать наноаэрозоли, получающиеся при высыхании микрокапелек, и затем проводить анализ сухих наночастиц с помощью атомно-силового микроскопа. Первые испытания устройства прошли успешно, о чём уже оповещена мировая научная общественность.

– Мы впервые сумели собрать и проанализировать высохшие остатки выдыхаемых микрокапельки лёгочной жидкости, определили их размеры, установили соотношение липидов и водорастворимых метаболитов в них. Но это, по большому счёту, лишь подготовительная работа для следующего шага – анализа биомаркеров в отдельных выдыхаемых микрокаплях, чем мы сейчас активно занимаемся, – пояснил заведующий лабораторией наноструктур и нанотехнологий ИТЭБ доктор физико-математических наук Виктор Морозов.

Специально для читателей «МГ» Виктор Морозов уточнил,

какие конкретно биомаркеры туберкулёза учёные считают возможным выявлять в пробах выдыхаемого воздуха: это секретируемые антигены микобактерий туберкулёза; антитела к иммуноглобулину альфа, специфичные к секретируемым генам; провоспалительные интерлейкины; ДНК микобактерий туберкулёза.

Авторы исследования убеждены, что оценивать необходимо именно отдельные микрокапли лёгочной жидкости, поскольку они могут выходить из разных частей лёгких. И только в тех микрокаплях, которые возникли в очаге заболевания, будут содержаться маркеры патологии в больших количествах.

«Анализируя эти «горячие» маркеры, можно надеяться оценить размеры очага и место его локализации», – осторожно добавляют в институте.

Необходимо добавить, что данное исследование сотрудники ИТЭБ ведут совместно со специалистами лаборатории биотехнологии Центрального института туберкулёза РАН (Москва). Коллаборация биофизиков с медиками – залог того, что предложенный теоретиками подход не является оторванным от жизни, а действительно в перспективе может быть применен в клинической практике.

Елена ЮРИНА.

Как любая другая область медицины, современная российская кардиология переживает период больших перемен, причём не только и не столько технологических, сколько организационных. Всегда ли изменения, именуемые совершенствованием, на самом деле являются таковыми? Как правильно должны быть расставлены акценты в научных исследованиях, разработке новых медицинских технологий и организации кардиологической помощи пациентам, чтобы в итоге мы получили желаемый результат – снижение показателя смертности от сердечно-сосудистых заболеваний? С такими вопросами мы обратились к одному из ведущих российских специалистов в области кардиологии и ревматологии, научному руководителю Томского НИИ кардиологии, заведующему кафедрой факультетской терапии Сибирского государственного медицинского университета, академику РАН Ростиславу КАРПОВУ.

– Ростислав Сергеевич, начнём с главного – профессиональной подготовки будущих кардиологов в России. По вашему, достаточно двух лет ординатуры?

– Бурное развитие медицины и накопление новых знаний обуславливают новые требования к компетенции врачей, в том числе необходимость владеть большим объёмом практических навыков. В связи с этим двух лет ординатуры явно недостаточно. В настоящее время разрабатывается новый, четвёртый Федеральный стандарт обучения в клинической ординатуре, который предполагает продолжительность обучения по терапевтическим специальностям три года, а по хирургическим – пять лет. Это приблизит нас к Европейским стандартам образования.

Однако возникает опасение, что из-за маленького размера стипендий и перспектив потерять врачебный стаж часть талантливой молодёжи вряд ли будет заинтересована в поступлении в ординатуру. Не говоря уже об аспирантуре...

– Как вы оцениваете происходящее неформальное дробление на «подспециальности» внутри специальности «кардиология», когда врачи занимаются узкими направлениями – аритмология, сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, атеросклероз? Не страдает ли от этого общий уровень квалификации кардиолога? Должен ли он быть «очень узким» специалистом или всё же, как хирург, – «поливалентным»?

– Прежде всего врач любой специальности должен получить хорошую общеврачебную подготовку, так как мы редко встречаемся с пациентами, страдающими только одной патологией. Чаще это два-три и более заболеваний. Больные ишемической болезнью сердца, как правило, страдают ещё и артериальной гипертензией, всё чаще сахарным диабетом, а в условиях нашего региона ИБС нередко сочетается с ХОБЛ и т.д.

В 70-е годы на одном из всеобщих съездов терапевтов академик Е.Тареев, касаясь проблемы коморбидности, образно выразился, что современный пациент приходит в клинику, согнувшись под целой «вязанкой» болезней. В связи с этим очень важным этапом подготовки будущего кардиолога в своё время была субординатура по терапии. В клинике нашего института, например, практически все руководители отделений – неотложной кардиологии, острой сердечной недостаточности, ишемической болезни сердца – изначально были квалифицированными терапевтами. Самому мне выпало счастье пройти подготовку на кафедре факультетской терапии

Авторитетное мнение

Ростислав КАРПОВ:

# Коморбидность – нарастающая проблема современной медицины

Кто и как будет лечить кардиологических пациентов завтра?



под руководством замечательного клинициста, академика АМН СССР Дмитрия Дмитриевича Яблокова.

Вместе с тем современная медицина характеризуется колоссальным прогрессом, что неизбежно приводит к дроблению на более узкие специальности. В ряде случаев это требует не только углублённых знаний, но и владения инновационными технологиями. Примерами обоснованного выделения из кардиологии являются аритмология и детская кардиология. Что же касается артериальной гипертензии, сердечной недостаточности, атеросклероза, то такая дифференцировка оправдана только для федеральных центров, а также крупных краевых и областных больниц. Кардиология первичного звена здравоохранения должна оставаться цельной, здесь кардиолог обязан ориентироваться во всех аспектах современной кардиологии.

– Кстати, о федеральных центрах сердечно-сосудистой хирургии и их взаимодействии с региональными кардиодиспансерами: все ли вопросы этапности оказания помощи больным и распределения потоков пациентов решены? Вероятны ли ситуации, когда учреждения регионального подчинения даже при наличии показаний не направляют больных в федеральные клиники потому, что «за пациентом уходят деньги»?

– В целом следует отметить, что порядок оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в настоящее время достаточно хорошо определён нормативными актами. Но есть и сложности.

Открытие федеральных центров сердечно-сосудистой хирургии, несомненно, сыграло большую роль в обеспечении доступности высокотехнологичных методов лечения. Вместе с тем, мне кажется, нарушилось единство кардиологической службы регионов, которые были сформированы в СССР под руководством академика Е.Чазова. В федеральные центры вложены большие средства, они блестяще оборудованы. Кардиологические же диспансеры в последние годы оказались без должного внимания, однако именно они составляют основу медицинской помощи массе больных с ССЗ.

Для дальнейшего совершенствования кардиологической службы в стране следует регламентировать роль диспансеров как центра организации кардиологической помощи населению. Примером могут служить онкологические и противотуберкулёзные диспансеры, которые комплексно реализуют систему борьбы с соответствующими заболеваниями: профилактика, диагностика, лечение и диспансерное наблюдение. Главной фигурой в этой системе должен быть квалифицированный кардиолог.

Правильно говорить, что «деньги уходят из региона», а не «за пациентом». Такая проблема на самом деле существует, и в ряде случаев регионы действительно не направляют больных в федеральные клиники. Об этом, в частности, нам говорят сами иногородние пациенты.

Кроме того, регионы стараются оставлять себе более лёгких пациентов, а в федеральные центры отправить тяжёлых коморбидных больных. И это было бы понятным и приемлемым, если бы тарифы на лечение данной категории больных были более высокими. Но в условиях нынешней тарифной политики многие федеральные кардиодиспансеры тоже вынуждены вести отбор пациентов более лёгких, финансово не затратных. Коль скоро финансирование в ОМС выстроено по нозологическим группам, это позволяет среди когорты больных отбирать тех, у кого более простая клиническая ситуация, не требующая существенных материальных затрат. При этом тяжёлые больные помощь не получают.

– Есть ли объяснение тому, что в ряде экономически развитых стран в структуре смертности населения лидируют уже не ССЗ, а онкологические заболевания, а в России по-прежнему – сердечно-сосудистые?

– Как известно, основной стратегией борьбы с хроническими инфекционными заболеваниями, к которым относятся ССЗ, является первичная профилактика. Её идеологию заложили американские кардиологи, которые в 1948 г. предложили концепцию факторов риска как научную основу профилактики и управления ССЗ. Внедрение данной стратегии в провинции Северная Карелия (Финляндия) позволило за 22 года снизить смертность от ИБС в 5 раз.

Но особое значение имеет ещё и популяционная стратегия, то есть формирование здорового образа жизни населения. Эта стратегия реализуется исключительно на межведомственной основе.

К сожалению, в России, несмотря на создание в системе здравоохранения центров профилактики, не удалось в полной мере внедрить популяционную стратегию. Так, согласно отечественному многоцентровому эпидемиологическому исследованию «ЭССЕ-РФ-2012», распространённость АГ в Томске составляет 50,7% у мужчин и 46,3%

у женщин. В то же время официальная статистика констатирует заболеваемость АГ 51,4 случая на 1000 взрослого населения, то есть всего 5,1%.

– Сама по себе столь существенная разница в цифрах о многом говорит...

– Да, расхождение явное. Что касается эффективности направленного лечения АГ, она у нас в стране тоже пока не очень высока – 28% у мужчин и 44% у женщин. При этом нельзя сказать, что в данном разделе отечественной медицины нет прогресса. Надо отметить большие успехи в обеспечении доступности современных эндovasкулярных и хирургических технологий в лечении ССЗ.

Недалеко ушло то время, когда на огромной территории Сибири и Дальнего Востока было всего два центра современных технологий в кардиологии – НИИ кардиологии в Томске и НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина в Новосибирске. Сегодня успешно работают НИИ комплексных проблем ССЗ в Кемерово, открыты федеральные кардиохирургические центры в Красноярске и Хабаровске. Активно развивается кардиохирургия в Барнауле и Омске. Всё это уже привело к снижению смертности от ССЗ, в частности от инфаркта и инсульта.

И всё-таки для более значимого снижения необходимо более широкое внедрение стратегии популяционной профилактики.

Наконец, есть проблемы и в самой медицинской помощи. Так сложилось, что приблизительно половину своей почти 60-летней врачебной деятельности я проработал в системе советского здравоохранения, а вторую половину – в современной, основу которой составляет обязательное медицинское страхование. Мне было комфортнее работать в советской системе: тогда мы не были ограничены строгими стандартами лечения и действительно имели возможность лечить больных комплексно, с учётом всего многообразия клинических проявлений болезни. Сейчас же эксперты фонда ОМС делают замечания и штрафуют врача, который лечил коморбидного пациента и в его пользу вышел за рамки стандарта.

– Ростислав Сергеевич, коль скоро уже коснулись этой темы, считаете ли вы серьёзной и пока не решённой с точки зрения научных знаний и готовых медицинских технологий проблему коморбидности?

– Коморбидность – нарастающая проблема современной медицины. Решение её находится исключительно в зоне мультидисциплинарных исследовательских подходов и требует тесного взаимодействия специалистов различных областей.

Так, например, рост сердечно-сосудистой заболеваемости происходит параллельно с увеличением распространённости висцерального ожирения и сахарного диабета 2-го типа. Эти заболевания патофизиологически очень тесно связаны.

Одним из общих механизмов взаимного отягощения этих коморбидных заболеваний является иммунологически опосредованное воспаление. В нашем институте

изучается данная тема, мы регистрируем у многих коморбидных пациентов с атеросклерозом и сахарным диабетом такие изменения в крови, которые характерны для классических аутоиммунных заболеваний: системной красной волчанки, аутоиммунного тиреоидита, сахарного диабета 1-го типа, только в меньшей степени выраженности.

– Можно ли говорить, что томские кардиологи приблизились к разгадке феномена «ССЗ и диабет»?

– В данной области знаний пока целый ряд вопросов остаётся без ответов. Что является первичным: метаболические расстройства, нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы или наличие воспаления? Что является иницирующим фактором в развитии воспаления у данной группы пациентов? На сегодняшний день наличие провоспалительных изменений и иммунологического дисбаланса у пациентов с диабетом, ожирением и атеросклерозом практически не учитывается при диагностике и лечении.

Далее установлено, что повышение концентрации С-реактивного белка является независимым предиктором развития сердечно-сосудистых осложнений. Однако этот маркер является неспецифическим, и в клинических рекомендациях отсутствует алгоритм ведения пациентов с повышенными значениями hsCRP. Цель нашего исследования – найти такие биомаркеры, которые позволили бы с наибольшей точностью выделить группу пациентов, нуждающихся в коррекции провоспалительных нарушений.

Также перед нами стоит задача – определить наиболее подходящие методы коррекции субклинического воспаления. Не обязательно, что это будет классическая иммуномодулирующая терапия, хотя и такие подходы разрабатываются и в ряде случаев могут быть эффективными. Наши данные и данные других исследователей свидетельствуют о пользе в этом отношении благоприятных плейотропных эффектов ряда антигипертензивных, липидснижающих и сахароснижающих препаратов.

Специальные научные исследования и разработка новых мультидисциплинарных подходов требуются и для снижения смертности «коморбидных» диабетических пациентов с острым коронарным синдромом и сердечной недостаточностью. Риск смерти от сердечной недостаточности у таких пациентов в два раза выше, чем у пациентов без диабета, а риск внезапной смерти – втрое. Вместе с тем в большинстве современных клинических рекомендаций нет каких-либо специальных указаний на особые подходы к профилактике внезапной сердечной смерти у таких пациентов.

Кроме того, диабетические пациенты с тяжёлой ХСН значительно хуже отвечают на общепринятую медикаментозную терапию, чем пациенты без диабета. Необходим поиск новых, более эффективных терапевтических подходов для лечения этого «смертельного дуэта», равно как и всех прочих коморбидных состояний.

Беседу вела Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Исследования

# Разрешение медицины

Прогресс медицины неразрывно связан и с повышением разрешения оптики, начиная от луп Левенгука и кончая современными флуоресцентными микроскопами. Сложные исчисления матанализа ввели в оборот слово «флюксии», означающее некие отклонения, турбулентность с её «завихрениями» в отличие от плавного ламинарного потока – flu. Фтору дали имя fluoigine, так как он используется в качестве флюса, а в медицине это просто «отёк», от того же корня печально знаменитая инфлюэнца, которая, как считалось век назад, возникла под влиянием influence – небесных потоков.

Сегодня уже никого не удивит яркосветящимися, или флуоресцентными изображениями клеток и их белков. Иллюминация живых клеток стала возможна после выделения из медузки гена зелёного флуоресцентного протеина (GFP). Проблема, однако, в том, что для получения эмиссии клетку с белком необходимо освещать ультрафиолетом, который её попросту сжигает. Микроскопистам понадобилось 20 лет, чтобы признать метод получения чётких светящихся «картинок», имеющих в 10 раз большее разрешение (по сравнению с оптическим микроскопом). Нобелевскую премию С.Хеллу из Гёттингенского университета дали в 2014 г., но прошедшие 3 года он отнюдь не почивал на лаврах, улучшив рекорд ещё в 20 раз и достигнув разрешения 2 точек, разделённых расстоянием один нанометр!

Столь невообразимая «резолюция» позволяет видеть движение отдельных молекул в клетке, и в своей статье Хелл привёл «динамическое» изображение бактерии длиной 3 микрона (мкм),

в которой удалось проследить путь рибосомы, на которой идёт синтез белков. Новый метод с фантастическим разрешением учёный назвал MINFLUX (MINimal emission FLUXes), то есть уловление вспышек минимальной эмиссии, возбуждаемого под действием лазера. В комментарии говорится, что это весьма щадящий метод, позволивший также резко увеличить и разрешение временной составляющей регистрации случайных «флюксий» молекул. В будущем новый микроскоп позволит «рассмотреть» не только движение внутриклеточных «машин», но даже и скоротечные движения протеиновых цепей при их 3D-складывании (folding, изменения конформации). Это очень важно для понимания молекулярных процессов, протекающих в здоровых и больных клетках – некоторые белки становятся онкопротеинами при замене всего лишь одной аминокислоты – и поиска новых мишеней воздействия.

В Калифорнийском технологическом институте Лос-Анджелеса Михаил Шапиро подошёл к изучению мозговых опухолей с помощью аквапорина. Это белок, который, исходя из его названия, образует пору, встраиваясь в мембрану-оболочку клетки и насыщая её водой. Оказалось, что за ним, а вернее включением и выключением активности его гена, можно «наблюдать» с помощью всем известной МРТ, которая позволяет увидеть движения водных молекул.

Для визуализации генной активности учёные выключили ген аквапорина, в результате чего опухоль в мозгу мыши стала намного ярче. После этого мышам ввели вещество, включившее ген, и опухоль «погасла», поскольку вода из неё ушла. Дело в том, что в норме водный транзит клетки уравнове-

шен, но в отсутствии аквапорина опухоль из-за избытка воды «набухает», что хорошо известно нейрохирургам. Шапиро уверен, что новый «репортёр» окажется более функциональным и ярче «обрисует» границы опухоли, что облегчит задачу хирурга.

В мае 1914 г. известный журнал написал про «Смоляный институт», а в конце 2016 г. сообщил, что «сотрудники Национального исследовательского технологического университета «МИСиС» (Россия)... извлекли из яда кобры нейротоксины, ...мишень которых – никотиновые холинорецепторы», участвующие в проведении нервного импульса, «...но их в огромном количестве вырабатывают и клетки... опухоли... как маркер раковых клеток». Учёные «соединили молекулы нейротоксина с флуоресцентным селенидом кадмия, который светится под ультрафиолетовым светом. Попав по кровотоку в поражённый орган, препарат ярко визуализирует опухоль...Использование наночастиц может улучшить диагностику благодаря их большей яркости». В другом сообщении говорилось об активности «передачи информации по синапсам нейронов», которая сокращалась при нехватке пищи, «уменьшая выработку нейромедиаторов – химических веществ, необходимых для передачи нервного импульса». Голодный «стресс может вести к накоплению повреждённых в нейронах...», и «речь идёт о новом направлении в терапии нейродегенеративных заболеваний». Думается, что только подготовленный читатель издания с более чем 100-летней историей может понять, о чём идёт речь.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам  
Nature Communications, Science.

Новые подходы

# Методом глубокой стимуляции

В Бристольском университете (Великобритания) учёные впервые использовали глубокую стимуляцию мозга для лечения повышенного артериального давления у пациентки, которой не помогли никакие медикаменты. Женщине были выписаны 8 наименований препаратов, у которых были серьёзные побочные эффекты. И несмотря на это, её артериальное давление держалось на уровне 320/150 мм рт.ст. Благодаря новой методике его удалось существенно снизить.

Амели Хоффманн страдала от очень высокого давления в течение 10 лет. Её лечащие врачи назначали ей гипотензивные препараты, но они не помогали. Женщина была измождена, у неё были постоянные мигрени, а медики не могли найти причину её гипертензии, хотя неоднократно проводили различные обследования и анализы. Из-за медикаментов, которые ей приходилось принимать, она несколько раз потеряла слух, что в итоге привело к почти полной глухоте. Правым ухом женщина не слышала совсем, а левым – очень плохо. Сама Хоффманн рассказала, что очень беспокоилась и о своём будущем, и о будущем детей.

В 2011 г. нейрохирург из Бристольского университета Ник Пател опубликовал рассказ о больном, у которого он с помощью глубокой стимуляции мозга лечил нейропатическую боль, и параллельно с этим у пациента упало кровяное давление. Этот рассказ случайно увидела А.Хоффманн и связалась с врачом. Когда она впервые приехала в Бристольский университет, чтобы проконсультироваться у кардиолога, её артериальное давление было около 320/150 мм рт.ст. Как известно, цифры АД 180/90 мм рт.ст. уже считаются серьёзным случаем гипертензии, которая, в свою очередь, является одной из ведущих причин смертности в мире.

Кардиолог Ангус Найтингейл рассказал, что давление пациентке он измерял несколько раз, так как не мог поверить своим глазам. Он добавил, что неизвестно, как ей удалось выжить с таким высоким давлением. Он и его коллеги боялись, что у неё в любой момент может случиться инсульт. В 2012 г. А.Хоффманн уже стала участницей исследования, в ходе которого впервые в медицинской практике глубокая стимуляция мозга использовалась для терапии при высоком кровяном давлении.

Процесс глубокой стимуляции мозга выглядит так: в мозг пациента вводится электрод, который

подсоединён к прибору, напоминающему кардиостимулятор. Этот прибор стимулирует определённые регионы мозга. Подобное лечение применяется, например, при болезни Паркинсона или в случаях, когда пациент страдает от неустранимых болей.

Известны также случаи, когда стимуляция мозга помогала при анерексии – в группе из 16 пациентов от 21 до 57 лет средний индекс массы тела поднялся с 13,8 до 17,3. А учёные из Исследовательского института Скриппса (США) смогли остановить развитие героиновой зависимости у крыс – им стимулировали субталамическое ядро.

В случае миссис Хоффманн электрод воздействовал на околоводопроводное серое вещество мозга. Сразу после процедуры артериальное давление пациентки упало на 100-150 единиц, и она смогла отказаться от 7 препаратов из 8, которые ей были назначены ранее. Спустя 2,5 года эффект всё ещё сохранялся, цифры АД пациентки были всё ещё высокими – 180-220/130 мм рт.ст., однако эти показатели не были настолько большими, как раньше, и качество её жизни значительно улучшилось.

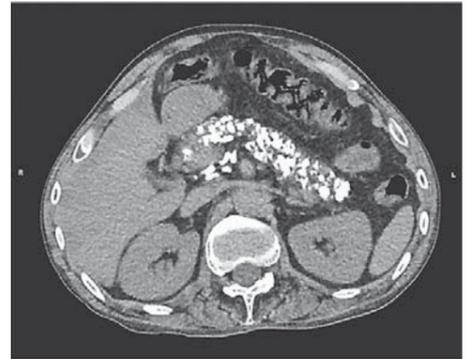
Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации Daily Mail.

Клинический случай

# Кальцификация поджелудочной железы вследствие злоупотребления алкоголем. Образ патологии

За медицинской помощью обратился 50-летний мужчина в связи с внезапно начавшейся кровавой рвоты. Из анамнеза: 2 месяца назад у него появилась боль в эпигастриальной области и дурно пахнущий понос. В течение 15 лет ежедневно он выпивал полпинты водки.



При физикальном обследовании выявлена болезненность в эпигастриальной области. Результаты лабораторных анализов, включая определение сывороточной липазы и функциональных показателей печени, были в норме. При КТ-сканировании у больного выявлена выраженная кальцификация поджелудочной железы без признаков отёка органа или скопления перипанкреатической жидкости, что говорит об отсутствии хронического кальцифицирующего панкреатита. При эндоскопии выявлена язва желудка, которая была пролечена с помощью антацидных препаратов.

Как отмечают сотрудники Католитического медицинского центра в Дарби (Пакистан) Yub-Raj Sedhai

и Dhruvan Pate, хронический алкогольный панкреатит обычно является причиной кальцификации поджелудочной железы. Лечение хронического панкреатита в типичных случаях заключается в применении обезболивающих средств и в коррекции экзокринной функции железы. У больного было достигнуто гладкое, без осложнений выздоровление. Он был выписан с рекомендацией получать панкреатические ферменты, а также была назначена антиалкогольная реабилитационная программа.

Рудольф АРТАМОНОВ.

По материалам  
New England Journal of Medicine.

Взгляд

# В тандеме с техникой

Как известно, вердикт морфолога, исследовавшего образцы тканей пациента, крайне важен при лечении многих болезней. В частности, если речь идёт об онкологических заболеваниях, на основе диагноза патолога строится вся схема лечения. Врачи тренируются годами, оттачивая своё мастерство и приобретая опыт.

Даже с учётом постоянных тренировок диагноза, поставленные одному и тому же пациенту разными патологами, могут существенно различаться, что в итоге может привести к неправильной терапии. При изучении снимков больных с некоторыми формами рака молочной железы и простаты мнения могут совпадать всего на 48%. Это неудивительно – объём информации, которая содержится на изображениях, огромен. Патологам необходимо рассмотреть все без исключения ткани на снимке, а таких снимков у одного пациента может быть несколько. Если оцифровать изображения при 40-кратном увеличении, они будут «весить» по 10 Гб, и за каждый пиксель врач несёт ответственность. Время при этом может быть ограничено.

Чтобы разрешить трудности с разницей во мнениях и ограниченностью времени, специалисты Google изучают, как можно применить алгоритмы глубокого обучения в работе патолога, дополнить «ручное» изучение программой автоматического распознавания поражённых клеток. Для подготовки программы исследователи использовали снимки, предоставленные медицинским центром Университета Неймегена (Нидерланды). Программисты обучили искусственный интеллект находить на снимках клетки рака молочной железы с метастазами в лимфоузлах.

Обнаружилось, что даже стандартные алгоритмы способны эффективно отличать больные клетки от здоровых, хотя получившиеся

тепловые карты (изображения, показывающие, какая часть ткани, вероятно, поражена) содержали слишком много шумов. Однако после доработки, включавшей также обучение сетей сканированию изображений при разном увеличении, точность математической модели была сравнима или даже превосходила точность работы патолога, который при изучении биоматериала не ограничен во времени.

Фактически после модификации алгоритма подготовленные при его помощи тепловые карты были усовершенствованы настолько, что их точность достигла 89%. Специалисты сравнили свой результат с работой патолога, время которого не ограничивали (на самом деле он закончил спустя 30 часов, просмотрев 130 снимков), и обнаружили, что искусственный интеллект на 16% эффективнее человека (73%). Модель показала себя хорошо и с иным набором снимков, предоставленным другой больницей.

Несмотря на многообещающие результаты, авторы алгоритма подчеркнули, что модель в любом случае уступает человеку хотя бы потому, что она запрограммирована искать только определённые патологии, а человек обратит внимание и на признаки иных заболеваний – аутоиммунных болезней, воспалительных процессов, других типов рака и т.д.

Сама система подсчёта, что характерно, также имеет свои минусы – количество ложноположительных результатов, когда патолог принимает здоровые клетки за больные, увеличивает чувствительность алгоритма при обучении. Оптимальный вариант, по мнению специалистов, – сочетать оба подхода, то есть дополнить работу специалиста-человека программой-алгоритмом глубокого обучения.

Герман АКОДИС.

По информации  
research.googleblog.com

## Ракурс

## В состоянии соревнования

Если бы человек мог сделать что-то, чтобы улучшить свою память, стать более уверенным в себе и более хорошим оратором, помочь своим детям стать более стойкими к жизненным неприятностям – сделал бы он это? А если бы это было сопряжено с тем, чего люди обычно предпочитают избегать – со стрессом? Профессор Ян Робертсон, нейробиолог и психолог, считает, что фраза знаменитого немецкого философа и писателя Фридриха Ницше «Всё, что нас не убивает, делает нас сильнее» имеет под собой серьёзные основания.

Учёный отметил, что заявление философа всегда его интриговало, а также процитировал известного гольфиста Тайгера Вудса: «Тот день, когда я не буду нервничать во время игры, станет днём, когда я закончу играть». Эксперт пояснил, что многие спортсмены и музыканты знают, что нервничать необходимо, и подчеркнул, что то, станет ли ситуация стрессовой или откроет новые возможности, находится всегда под контролем человека. Симптомы стресса хорошо известны: повышенное потоотделение, сухость во рту, учащённое сердцебиение – могут отражать не только беспокойство, они также свойственны страху, злости или возбуждению. По словам

Робертсона, всё зависит только от контекста.

Нейробиолог посоветовал в стрессовых ситуациях думать не «я нервничаю», а «я взволнован». Это переключит мозг из состояния избегания в состояние соревнования. Профессор уточнил, что он ни в коем случае не имеет в виду серьёзные и продолжительные нервничающие ситуации, однако умеренный стресс при правильном использовании положительно влияет на внимательность, что, в свою очередь, тренирует клетки мозга и заставляет их функционировать более эффективно. В качестве примера Робертсон привёл всё то, что доставляет беспокойство в повседневной жизни – проблемы на работе или с родственниками, денежные вопросы, новые начинания.

Психолог рассказал о своём друге-велосипедисте, которого сбил автобус. Мужчина едва не умер, потерял правую руку, ему раздробило обе ступни. Когда Робертсон навестил его в больнице, то процитировал ему Ницше. Больной ответил: «Я с этим справлюсь». После выхода из больницы спортсмен снова сел на велосипед, чтобы преодолеть длинные дистанции.

Профессор заявил, что для развития мозга необходимо сталкиваться со сложными задачами. Однажды было проведено исследование, в котором участвовали люди в возрасте от 70 лет. Респонденты

уже начинали терять память, и при повторном опросе спустя 2 года после первого все они действительно имели проблемы с запоминанием, кроме одной группы. Участники этой группы в течение прошедших лет столкнулись с одной или несколькими стрессовыми ситуациями.

Согласно гипотезе Робертсона, такие события, как, например, инсульт у партнёра, заставляют мозг работать, не давая ему погрязнуть в рутине, и эта работа производит положительный эффект. По мнению учёного, детей также не следует чрезмерно защищать, так как люди, в жизни которых совсем не было проблем, могут быть так же склонны к депрессиям и чувствительны, как и те, кто перенёс серьёзные несчастья. Стресс «средней тяжести», ещё раз подчеркнул психолог, полезен для здоровья.

Я.Робертсон озвучил несколько способов, которые можно применить для борьбы с тревожностью. Учёный посоветовал в нервничающей ситуации сделать 5 глубоких вдохов, выпрямиться или начать плавно сжимать, а потом коротко временно разжимать правую руку. Всё это поможет прийти в себя. Чтобы избежать долгосрочного стресса, по словам профессора Робертсона, стоит начать ставить себе правильные цели – не слишком лёгкие, но и не слишком труднодостижимые.

## Однако

Женщины, имеющие лишний вес во время беременности, чаще рожают детей, которые биологически старше своих сверстников. Биологический возраст определяется длиной теломеров, концевых частей хромосом, выполняющих функцию защиты. Они уменьшаются каждый раз, когда происходит деление клетки, поэтому чем старше человек, тем короче его теломеры. Кроме того, что теломеры ассоциируются с продолжительностью жизни, их укорачивание может также приводить к развитию различных заболеваний – сахарного диабета 2-го типа, атеросклероза, сердечно-сосудистых патологий.

## По образу матери

Длина теломеров при рождении у детей различается, и почему так происходит – неизвестно. Тим Ноурот и его команда из Университета Хасселта (Бельгия) решили проверить, влияет ли лишний вес матери на параметры теломеров её ребёнка. Учёные собрали данные об индексе массы тела 743 женщин. Позже эти женщины забеременели, и после родов группа Ноурота взяла анализ крови из пуповины и плаценты у каждой пары мать – ребёнок, чтобы измерить длину теломера.

Выяснилось, что у детей тех женщин, которые имели лишний вес или страдали ожирением, теломеры были короче, чем у детей женщин с нормальным весом, на 2,5 и 5,5% соответственно. Обычно теломер укорачивается на 5,5% за 5-10 лет. Таким образом, разница в длине оказалась значительной. Точной информации о том, проживут ли дети полных женщин на 5-10 лет меньше, чем дети женщин со здоровым весом, пока нет, но учёные планируют продолжить исследование, наблюдая за его участниками и дальше. Как может вес матери влиять на теломеры?

Т.Ноурот и его коллеги предположили, что, возможно, всё

дело в жировой ткани, избыток которой повышает уровень воспаления в организме. Спровоцированный этим процессом оксидативный стресс может вредить клеткам и сокращать теломеры, а к ребёнку всё переходит через плаценту.

Катарина Энрикес из Университета Шеффилда (Великобритания) не вполне согласилась с выводами, сделанными специалистами из Бельгии. Она заявила, что, возможно, меньшая длина теломер у детей полных матерей может быть обусловлена изначально меньшей длиной теломер у их родителей, причём должен приниматься во внимание не только вес матери, но и вес отца. По её мнению, эту возможную зависимость также необходимо исследовать.

В то же время Дженет Лорд из Университета Бирмингема (Великобритания) подчеркнула, что будущим матерям стоит следить за своим весом, так как каждая единица, прибавляющаяся к индексу массы тела, сокращает теломеры на 0,5%. Поддержание нормального веса во время планирования беременности, добавила она, в долгосрочной перспективе полезно для здоровья ребёнка.

## Почему бы и нет?

## Латвия против бюрократии

Ассоциация семейных врачей Латвийской Республики выступила против полной отмены бумажных больничных. Согласно плану Министерства здравоохранения страны перейти на электронные больничные все медучреждения должны с будущего года.

«Мы готовы начать вводить «Э-здоровье», только начнём с пилотного проекта, как это про-

исходит в странах Европы. Сейчас мы ждём – может, Минздрав передумает и предложит Кабинету министров пилотный проект не только для выписки электронных рецептов, но и для больничных», – сообщила руководитель Ассоциации семейных врачей Латвии Сармите Вейде.

Врачи считают, что у них могут возникнуть трудности с освоением электронной системы здравоохранения, а следовательно,

это увеличит время, затрачиваемое на выписку электронных рецептов и больничных. Минздрав Латвии потратил на разработку системы «Э-здоровье» 11 млн долл.

Что характерно, информатизация здравоохранения активно проходит и в нашей стране. Внедрение системы электронных рецептов обсуждалось в сентябре 2016 г. в ходе заседания Экспертного совета при Минздраве России.

## Ситуация

Продолжительность жизни человека практически достигла своего максимума. К такому выводу пришли учёные из Медицинского колледжа Альберта Эйнштейна (США). Они уверены, что существенного увеличения продолжительности жизни в ближайшие десятилетия вряд ли удастся добиться.

С XIX века средняя продолжительность жизни постоянно росла. Это связано с совершенствованием здравоохранения, изменением питания и многими другими факторами. Например, младенцы, рождённые в США, в 1900 г. в среднем могли прожить около 47 лет, а ожидаемая продолжительность жизни новорождённого, появившегося на свет в наши дни, – 79 лет. Профессор Ян Вийг и его коллеги уверены, что сейчас максимальная продолжительность жизни практически достигла своего «потолка» и более увеличиваться не будет.

Исследователи проанализировали данные о продолжительности жизни людей из 40 с лишним стран. Они выяснили, что с начала XX века с каждым годом всё больше людей доживали до старости (старыми считаются люди старше 70 лет). С другой стороны, вне зависимости от года рождения, большинство долгожителей достигали столетнего возраста, лишь некоторые из них жили дольше.

## Не важно – сколько, важно – как



Учёные даже изучили подтверждённые данные о тех, кто прожил дольше 110 лет, – эта информация собиралась в США, Японии, Франции и Великобритании в период с 1968 по 2006 г. Возраст смерти супердолгожителей увеличился в период с 1970 по 1990 г. и к 1995 г. достиг плато. В 1997 г. умерла француженка Жанна Кальман – старейшая жительница Земли, чьи даты рождения и смерти подтверждены документально.

Исследователи подсчитали, что средняя максимальная продолжительность жизни составляет 115 лет, а абсолютным максимумом они назвали 125-летний возраст. Как предполагают учёные, средняя продолжительность жизни ещё будет увеличиваться, хотя и не так сильно, как в предыдущие годы, а вот значительного увеличения максимальной продолжительности жизни ожидать не стоит.

## А как у них?

## За государственный счёт

Канадские исследователи выяснили, что населению не хватает средств на лекарства, и предложили правительству выделить их на закупку жизненно важных препаратов.

По данным исследователей, каждый десятый житель страны не покупает необходимых препаратов из-за высоких цен на них. Чтобы справиться с ухудшением здоровья канадцев и предоставить им равный доступ к медицинской помощи, доктор Нав Персауд из медицинского колледжа в Торонто (Канада) предложил правительству страны последовать рекомендациям Всемирной организации здравоохранения и выделить средства на закупку жизненно важных препаратов для всех слоёв населения. Эти лекарства, по замыслу врачей и ВОЗ, пациенты должны получать бесплатно в случае необходимости.

«Мы все знаем, что есть люди, которые не могут купить эти лекарства из-за их высокой стоимости. Если сложить этот факт и то, что такие препараты являются жизненно необходимыми, получится, что введение системы бесплатной выдачи жизненно важных лекарств позволит улучшить качество медицинской помощи и

увеличить ожидаемую продолжительность жизни в стране», – пояснил Н.Персауд.

Всево Н.Персауд и его коллеги составили перечень из 125 жизненно важных препаратов, в который вошли инсулин, лекарства от артериальной гипертонии, ВИЧ, онкологических заболеваний, антибактериальные препараты, пероральные средства контрацепции и многие др. Эти препараты составляют 44% от всех лекарств, прописанных врачами и выданных пациентам в аптеках в 2015 г. Их закупка в среднем обойдётся властям страны в 1,23 млрд долл. ежегодно, однако введение такой системы позволит сэкономить пациентам и медицинским страховщикам 4,27 млрд в год.

Борьба с высокими ценами на лекарства идёт и в США, где продолжается исследование в отношении нескольких фармкомпаний из-за политики ценообразования. Кроме того, конгресс США рассмотрит законопроект, согласно которому фармкомпания обязаны согласовывать повышение стоимости препаратов с американскими властями, а также предоставлять данные о стоимости разработки лекарств и их клинических испытаний.

Подготовил  
Марк ВИНТЕР.

По информации New Scientist, BBC, Medical Xpress, LSM.lv, CBS News.

Душевное дело

# Цветы в танцующей вазе

Так назвал свою выставку живописи подмосковный врач



Во время открытия выставки А.Климай (второй слева) с коллегами и друзьями

На днях в городе Долгопрудном Московской области открылась очередная выставка живописи врача-художника Александра Климая. В 2010 г. в редакции «Медицинской газеты» он с успехом провёл свою первую персональную выставку в московском регионе.

Родился Климай в деревне Чалкино Курганской области в 1955 г. В 1974 г. с отличием окончил медицинское училище. В этом же году поступил в Ленинградскую военно-медицинскую академию им. С.М.Кирова.

В 1983 г. окончил Челябинский государственный медицинский институт. Работал терапевтом, психотерапевтом, затем 13 лет – главным врачом санатория «Женьшень» (Курган). Имеет специализацию по ириодиагностике.

С 2001 г. А.Климай пере-

езжает в Подмоскowie и работает в региональных больницах. Что же касается живописи, то он – действительный член Российской академии народного искусства, академик РАНИ, член Московского объединения художников «Международный художественный фонд».

Рисует он с детства. Художник А.Климай работает во всех жанрах живописи и, кроме того, часто иллюстрирует свои собственные литературные произведения. Мы не оговорились.

Да, он ещё – писатель, почётный член Российского союза писателей, руководитель литобъединения «Клязьма» Долгопрудного, член правления Московского областного отделения Российского союза писателей.

В 1992 г. он выпускает свою первую художественную книгу.

На данный момент Александр Петрович – автор 21 разножанрового литературного произведения. Около половины из них – продолжения известных книг, таких как «Человек-амфибия», «Алые паруса», «Чудесное

путешествие Нильса с дикими гусями» и др. В октябре 2010 г. А.Климай закончил написание киносценария «Ихтиандр». За популяризацию образа Ходжи Насреддина в книге «Новая повесть о Ходже Насреддине» А.Климай награждён медалью Абу Али ибн Сины (Авиценны) (Республика Таджикистан).

Писатель Климай – финалист престижных литературных премий, лауреат премии губернатора Московской области «Наше Подмосковье», а также обладатель других наград. В планах талантливого врача – активная выставочная деятельность и популяризация здорового образа жизни. Что же касается выставки, открывшейся в Долгопрудненском историко-художественном музее, то после очень успешного начала она продолжает свою работу и завершится 30 марта этого года.

Игорь САВЕЛЬЕВ.

Московская область.



Некоторые работы врача и художника

Далёкое-близкое

У каждого человека есть малая родина, о которой он помнит всегда. Вот и я после долгой дороги иду по родной земле, вспоминаю учёбу в медицинском институте. Узнаю, что живёт в полном здравии медсестра, с которой я в семидесятых годах начинал работать в амбулатории участковым терапевтом. Зовут её Валентина Ермолаевна Тарасова. В то время она уже готовилась к выходу на пенсию и многое подсказывала мне.

## Моя медсестра

Валентина Ермолаевна с грустью вспомнила, как во время войны в их городке формировали воинское подразделение, и было огромное количество солдат. Они, молодые и красивые девушки, были в центре внимания этих парней. Все эти солдаты попали под Сталинград, а вернулся потом только один и рассказал, что все до одного погибли в боях.

Конечно, это было невероятным потрясением для неё. Закончилась война, и в их городке разместили лагерь для военнопленных японцев. Однажды в их домик пришёл японец, с огорода он принёс тыкву, и мать дала ему нож, он стал есть сырую тыкву. Мать налила ему тарелку супа, он стал ей целовать руки. Конечно, никто специально пленных солдат не морил голодом, как, например, наших солдат фашисты. Потом люди рассказывали, что охранявшие японских пленных наши часовые порой спали на посту с автоматом, а когда приближались проверяющие офицеры, японцы их будили, и часовые со свежими силами демонстрировали несение караульной службы.

Валентине Ермолаевне без малого уже 90. Мы посидели, погрузили. И я ещё раз убедился, что работа в медицине – это состояние души.

Александр СТАРИЦЫН,  
врач.

Белгородская область.

Здоровая жизнь

В областной больнице № 4 города Ишима, что в Тюменской области, стали традиционными соревнования по зимней рыбалке. В этом году впервые в истории здравоохранения юга региона на одном из водоёмов собрались более сотни медицинских работников из Ишима и окружающих районов.

Местом рыбалки был определён так называемый край 300 озёр – Армизонский район, озеро Вялково. По словам местных старожилов, рыбы в нём всегда много и разной. Но, видимо, так в этот день сошлись звёзды, что рыбакам-медикам не удалось выловить ни одной рыбки. В своём приветственном слове к участникам мероприятия глава Армизонского района Евгений Золотухин поблагодарил участников за ту помощь, которую они оказали, пробуив бесчисленное количество лунок. «Спасибо вам за кислород, который вы дали нашим рыбам. Обещаю, что как только начнётся клёв, мы вас обязательно пригласим и вы точно без улова не уедете», – пообещал Евгений Михайлович.

Из всех заявленных номинаций победитель был определён лишь в одной – «Самое быстрое бурение лунки». Счастливицом

# Главное – не рыба, а общий дух рыбаков

Это доказали тюменские медики



Зачехлив зимние удочки, они сфотографировались на память

оказался мастер по ремонту приборов и аппаратуры сектора эксплуатации медицинского оборудования и обработки

медицинских газов ишимской больницы Олег Громаков. Двухчасовое пребывание на льду ничуть не испортило настроение

участников соревнований. Более того, для них организаторы мероприятия – сотрудники Армизонской больницы – провели

весёлую эстафету. В ней с удовольствием приняли участие все 10 команд. Это – представители администрации больницы, врачи, фельдшеры, рентгенолаборанты, зубные врачи. По итогам забега на лыжах, катания друг друга на санях и перетягивания каната самыми быстрыми и сильными оказались сотрудники хозяйственного отдела ишимской больницы – команда «Сибирские медведи». Они заняли первое место. Второе место в весёлой схватке – у команды «Червячки» из Абатской районной больницы. На третьем – ишимцы, команда станции скорой медицинской помощи «Хвост-чешуя».

Подобные соревнования, в которых приняли участие преимущественно мужчины, очень сплачивают коллектив и укрепляют корпоративный дух. «Это стоит того, чтобы собираться вместе и в неформальной обстановке знакомиться и узнавать друг друга, – отметил главный врач областной больницы № 4 Дмитрий Бутов. – Это, несомненно, помогает дальнейшей совместной деятельности. Люди, которые работают в одном учреждении, должны в лицо знать своих коллег».

Жанна СТРИЖАК,  
внешт. корр. «МГ».

Тюменская область.

Одно из центральных столичных издательств выпустило две новые книги известного московского педиатра, детского гематолога и детского онколога, члена Союза писателей России, давнего автора «Медицинской газеты», доктора медицинских наук, профессора Василия Полякова. Одна из книг носит название «Хрупкое счастье», другая – «Персоналии». Сегодня публикуем одну из глав первой книги.

В перерыве после лекции кто-то крепко стиснул плечо Володе Казакову.

– Привет! – тихо и многозначительно почти прошептал ему на ухо его однокурсник Ярослав Маруськин, которого всего месяц назад кооптировали в комитет комсомола института. – Серьёзно поговорить надо.

– Здравствуй, Слава, – дружелюбно улыбнулся в ответ Казаков. – Что-то серьёзное случилось?

– Потом узнаешь, – так же тихо и многозначительно продолжал Маруськин.

В комитете Казакова таинственно провели к секретарю по оргвопросам, старшекурснику, который по своему облику и манерам напоминал скорее преподавателя или помощника декана.

Секретарь проникновенно, но строго сообщил Казакову, что его пригласили по очень ответственному и деликатному делу.

Суть дела оказалась в следующем. После окончания медицинского института студентка, круглая отличница в течение всех шести лет обучения, была распределена на работу на остров Сахалин. И вот к ноябрю стало известно, что молодой врач не приехала, к работе не приступила, и где она находится сейчас и что делает – неизвестно. Такая ситуация определялась грозным словом «недоезд», и по этому поводу уже последовали запросы облздрава в Министерство здравоохранения и в институт. Назревают неприятности, скандал. Но институт располагает подмосковным адресом бывшей студентки. Нужно съездить и всё выяснить на месте. Комитет даёт в руки Казакову официальный запрос.

Шёл ноябрь – в ту пору настоящей зимой. Мороз с утра был градусов под тридцать. Москва была завалена сугробами, припорошёнными искрящимся белым снегом.

Казакову разрешили поехать с напарником. Так было солиднее и веселее для дела и для последующей более точной и объективной информации.

Из адреса, которым Казакова снабдили в комитете, следовало, что бывшая студентка института проживала до распределения на территории подмосковной психиатрической больницы в корпусе общежития для сотрудников.

Когда Владимир Казаков и его напарник Михаил Кондратьев на нужной станции сошли с электрички, уже совсем развиднелось, хотя небо было затянуто низкими тёмно-серыми тучами. Из печных труб сельских домов дым поднимался высоко стройными белыми столбами. Путь до больницы оказался недалгим, но студенты успели замёрзнуть, хотя пешком по дороге шли широким размашистым шагом.

В приёмной было светло, уютно, просторно, чисто и, главное, тепло.

Главврач широким жестом гостеприимного хозяина пригласил их к себе в хорошо освещённый просторный кабинет.

Было что-то широкое, русское, доброжелательное и неспешное

На литературный конкурс

# Недоезд

Из студенческих тетрадей прошлого века



как во внешности этого человека, так и в уважительной манере выслушивать собеседника, не перебивая. Выслушав гостей, он вступил в беседу не сразу. Сначала подумал, постукивая лежащую на столе папку пальцами левой кисти, склонил голову влево, вправо, почмокал губами, несколько раз пригладил голову правой рукой, улыбнулся и начал так: «Понимаете, коллеги, я Наденьку Ковшову знаю много-много лет. Её родители работали в нашей больнице больше десяти лет. Отец – садовником, а мать – санитаркой. Своего жилья у них никогда не было. Жили трудно, нуждались. Это сейчас у нас построен тёплый кирпичный корпус для сотрудников, но всё равно это общежитие. А раньше они ютились то в холодном хозяйственном сарайчике, то в продуваемом насквозь летнем домике садовника. Отец Нади – фронтник. Сейчас он инвалид первой группы. Мать – уже пенсионерка, инвалид второй группы. Наде досталась суровая школа. Она ещё совсем девчонкой-школьницей помогала и отцу, и матери, а потом, сколько помню, и училась, и работала. Была у нас санитаркой, медсестрой, поступила в институт и совмещала учёбу с дежурствами. Дисциплинированная девушка. И такой в ней несгибаемый стержень заложен со стремлением учиться и обязательно стать врачом! Вы же сами сказали: все шесть лет круглая отличница!

Знаете, разговор между нами, но, с моей точки зрения, комиссия погорячилась, распределив её на Сахалин. Родители с ней не поедут. Нет у них на это ни физических сил, ни денег, да и займы взять

не у кого... Бросить отца и мать и увисеть одной? Нет, Наденька не тот человек... А не подписать распределение – значит лишиться мечты, не получить диплом, не стать врачом. Представляю, как она мучилась, страдала, как

хочу этого и поддерживаю это твоё желание.

– А потом как?

– А это уже не твоя забота. Об этом теперь будет болеть голова у меня, у комиссии по распределению.

Василий ПОЛЯКОВ

существовали. Получилось, по-моему, кратко, правдиво, убедительно. Мне сейчас в пятый корпус нужно отойти. С прорабом встреча назначена. По поводу пристройки и ремонта. Отложить это дело не могу. А вот молодым людям посмотреть больницу, познакомиться с психиатрией интересно. Да и никто лучше тебя о больнице, о пациентах, об особенностях нашей профессии не расскажет. Будь добр, отложи дела и удели коллегам время. Может быть, кто-нибудь из них вырастет в будущем Корсакова или Ганнушкина...

– Всё понял, Пётр Аркадьевич. Сделаю.

Иван Сергеевич оказался влюблённым в свою профессию тонким врачом и, конечно, очень талантливым педагогом. Он ничего не скрывал, показывал и самых курьёзных больных, но его демонстрация не выглядела грубым и пошлым анекдотом, в его объяснении постоянно звучало, что мы имеем дело с несчастным страдающим человеком, которого только болезнь и смогла загнать в положение смешного оратора, наукообразного шута, «смелой», «обворожительной» актрисы оперетты, цирка, балета, эротического кино. За внешне нелепым, экстравагантным поведением как мужчин, так и женщин болезнь скрывала и прятала болящую, страдающую, истерзанную душу пациента. Иван Сергеевич с уверенностью и убеждением подчёркивал, какими потрясающими возможностями лечения обладает современная психиатрия, способная вернуть несчастного больного к жизни, труду, семье и даже творчеству.

Время пролетело незаметно. Студенты возвращались домой, когда небо почернело и на железнодорожной станции включили яркие осветительные фонари.

Впечатление от посещения больницы было столь ярки и неординарны, что говорить о них, обсуждать откровенно не хотелось.

Когда электропоезд резко сбавил скорость у платформ московского вокзала, Казаков засунул руку в карман пиджака и с радостью убедился, что письмо главврача больницы в комитет комсомола института находится в надёжном месте и завтра оно будет доставлено по назначению.

...Прошло много лет, и на одной из конференций, посвящённой проблемам, общим для терапии и психиатрии, в повестке дня Михаил Кондратьев углядел персональный доклад психиатра Н.Ковшовой, представлявшей ту самую больницу, в которую так много лет назад по поручению комитета комсомола Кондратьев сопровождал Казакова. Надежда Ивановна сделала блестящий доклад. Ей рукоплескал весь зал. А одежда, причёска, макияж и скромные золотые украшения оратора заставили не отводить глаз от докладчицы почти всю мужскую половину участников конференции.

Кондратьев так обрадовался, увидев и узнав Наталию Ивановну, что долго и мучительно вспоминал имя и отчество главврача этой больницы.

А вот под аплодисменты коллег всё встало на свои места.

– Пётр Аркадьевич! Ну, конечно же Пётр Аркадьевич! – радостно вспомнил, рассмеялся Кондратьев и начал громко аплодировать во всю ширину своих больших мужских ладоней.

Москва.

– Спасибо вам, Пётр Аркадьевич, и от меня, и от папы с мамой.

– Передай им от меня поклон.

– Вот так она в нашей больнице и осталась и в должности психиатра уже пятый месяц после получения диплома работает.

После такой откровенной беседы и Казаков, и Кондратьев в том же кабинете главного врача быстро написали справку, которую им предстояло представить комитету комсомола института. Писали они её с полной уверенностью, что умные люди разберутся и поступят правильно.

Когда официальная часть была закончена, главный врач дал команду своему секретарю. Две полные русские красавицы в белых кокошниках и таких же белых наглаженных и хрустящих фартуках внесли подносы с вкусно пахнущими свежесдобными пирожками и бутербродами с красной рыбой, колбасой, сыром, вазой с конфетами.

Главный врач не торопил гостей, умело вёл непринуждённую беседу на самые разные темы, угощал и сам на равных вкусно и аппетитно завтракал. Общение за едой продолжалось не больше получаса. Потом все дружно мыли руки, вытирали их вафельными полотенцами, поданными каждому участнику застолья индивидуально.

А потом главный врач вызвал в кабинет своего заместителя по лечебной работе.

– Иван Сергеевич, вот у нас молодые гости, будущие врачи. Их прислали по поводу Ковшовой. Я им всё откровенно обрисовал. Справку они составили в моём при-

её сердце разрывалось на части. У других выпускников перед работой отпуск был, многие отдыхали в Подмосковье, а некоторые и на юг махнули, к Чёрному морю – поплавать, позагорать, покататься в моторной лодке, попить винца, поесть шашлыков, пофлиртовать с молодыми мужчинами. А у неё, бедной, денег не было даже на новое платье. Она была обязана накормить, напоить, одеть, обуть своих родителей и себя. Какие уж тут каникулы!

Вот получила она свой диплом и на второй день ни жива, ни мертва пришла советоваться. Ко мне пришла.

Выслушал я её и говорю: «У тебя трудовая книжка на руках?»

– Нет, – говорит. – У вас, в отделе кадров больницы.

– А что думаешь сейчас делать? В отпуск пойдёшь?

– Пётр Аркадьевич, можно я денёк три отосплюсь, а потом снова включусь в работу? Теперь я птица свободная, сама могу кого нужно подменить или выручить. А болтаться без дела я не умею. Помоему, это самое скучное занятие.

– Хорошо, Надя. Ой, прости. Ты у нас теперь дипломированный врач, а значит Ковшова Надежда Ивановна.

– Пётр Аркадьевич, не привыкла я как-то ещё...

– Привыкай. К уважению. К большей ответственности. Иди три дня отсыпайся, а потом за работу, теперь уже в новом качестве.

– Пётр Аркадьевич, так вы не возражаете, если я продолжу работать в нашей, (ой, простите!) в вашей больнице?

– Нет, не возражаю, наоборот

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Д.ВОЛОДАРСКИЙ.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА-М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-02-00347 Тираж 23 909 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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