

# Медицинская

25 октября 2017 г.  
среда  
№ 80 (7798)

# 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)

Работают мастера

## С ювелирной точностью

### Кардиохирургические вмешательства занимают всё меньше времени



В Чесменском районе в плановом порядке прооперировали 58-летнего Виктора Торбенко. Необычной стала лишь методика – вместо привычной открытой операции пациенту провели малоинвазивное вмешательство. Через небольшой разрез в грудной клетке (6 см), врачи заменили изношенный клапан искусственным, для этого кардиохирургам потребовались дополнительные исследования.

«Перед операцией мы провели пациенту компьютерную томографию, чтобы посмотреть, каким образом расположены магистральные сосуды: сможем ли мы через небольшой разрез максимально близко подойти к требуемым структурам.

Открытые операции тоже становятся малотравматичными

У некоторых больных по этой причине такие операции невозможны», – пояснил заведующий отделением кардиохирургии Челябинской областной клинической больницы Михаил Нуждин.

Небольшой доступ требует от хирургов ювелирной точности и большого мастерства, но зато значительно ускоряет процесс выздоровления пациента. Вместо нескольких недель в реанимации и длительного восстановления в стационаре такой больной готов к выписке уже через пару недель после вмешательства. А вместо большого и опасного осложнения шрама остаётся только узенькая полоска на груди.

Специалисты пояснили, что показания для такой операции – патологии аортального и митрального клапанов; возможно вмешательство и при поражении обоих. На сегодня потребность южноуральцев в таких операциях – 35-50 в год.

Кардиохирурги намерены продолжить работу в этом направлении и со временем увеличить количество малоинвазивных операций, а также сократить время вмешательства с 2,5 часов почти наполовину.

Наталья МАЛУХИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Инициатива

## В край, где начинается Россия

Ведущие специалисты, кандидаты и доктора медицинских наук детской городской клинической больницы им. З.А.Башляевой (Москва) провели выездные дни открытых дверей в Камчатской краевой детской больнице в Петропавловске-Камчатском.

За несколько дней столичные медики проконсультировали и обследовали почти 800 детей с хроническими заболеваниями, в том числе детей-инвалидов. Кроме того, были проведены врачебные консилиумы и операции.

«Это не первый наш опыт проведения выездных консультаций. В рамках таких мероприятий мы не ограничиваемся разовым выездом в регион и налаживаем тесные научно-образовательные контакты с местными коллегами в виде

совместных веб-семинаров, научных проектов и научно-практических конференций, – говорит главный врач больницы им. З.А.Башляевой, главный детский специалист нефролог столичного Департамента здравоохранения Исмаил Османов. – Мы и дальше готовы делать всё для того, чтобы поделиться передовым московским опытом с камчатскими коллегами, и целенаправленно заниматься подготовкой специалистов для региона на базе университетских клиник, работающих в нашей больнице».

По итогам работы «десанта» принято решение о заключении договора о сотрудничестве с Камчатской краевой детской больницей. Состоялся также «круглый стол», в котором приняли участие московские врачи, главы детских медицинских организаций

Петропавловска-Камчатского, руководство Министерства здравоохранения Камчатского края. В ходе полуторачасового обсуждения были подняты вопросы нехватки узких специалистов, связанные со спецификой работы на Дальнем Востоке, проблемы технического оснащения местных медицинских учреждений, особенности диагностики различных заболеваний и др.

Несмотря на особенности региона, все московские врачи отметили хороший уровень подготовки местных коллег, грамотность и ответственный подход родителей, сформированный благодаря активной просветительской работе врачей.

Константин БЕЗНЕГ.

МИА Сити!



Вероника СКВОРЦОВА,  
министр здравоохранения РФ:

Медицинские вузы играют важную роль в развитии системы здравоохранения каждого региона.

Стр. 4

Сергей ПЛЮСНИН,  
главный гастроэнтеролог ЦВКГ  
им. А.А.Вишневого, профессор:

Самым лучшим гепатопротектором является врач, опирающийся в своей работе на результаты достоверных клинических исследований и убеждённый в том, что безопасных доз алкоголя нет.

Стр. 10



Николай ЮЩУК,  
президент МГМСУ им. А.И.Евдокимова:

Необходимо открыто проанализировать результаты прошедшей аккредитации и в первую очередь решить, что следует изменить в подготовке студентов на наших кафедрах инфекционных болезней.

Стр. 11

Профилактика

## Задумываясь о здоровье будущих поколений

Потребление алкоголя, табака, наркотически действующих веществ подростками является одной из актуальнейших проблем для многих стран мира. В России отслеживанием ситуации с потреблением психоактивных веществ (ПАВ) в подростковой среде на протяжении последних двух десятилетий занимается Центр мониторинга вредных привычек среди детей и подростков Минздрава России.

На днях в Москве в рамках I Всероссийского форума по общественному здоровью центром была организована и проведена конференция на тему: «Мониторинг потребления психоактивных веществ среди подростков в России. Проблемы и перспективы».

В конференции приняли участие специалисты региональных центров мониторинга из всех федеральных округов РФ, представитель Шведского совета по алкоголю и наркотикам, заведующие кафедрами наркологии, общественного здоровья и здравоохранения медицинских университетов страны. Участниками форума была детально охарактеризована ситуация с потреблением

ПАВ среди подростков за 20-летний период (по данным мониторинга и официальной статистики). Мия Сандулин (Швеция) поделилась опытом использования социальных индикаторов для организации профилактической работы на муниципальном уровне.

Выступавшие отмечали большую значимость данных мониторинга для организации целенаправленной и успешной профилактической работы среди подросткового контингента.

Елена СКВОРЦОВА,  
руководитель Центра мониторинга вредных привычек среди детей и подростков,  
доктор медицинских наук,  
профессор.

**Stormoff®**

Аксессуары и запчасти  
для оборудования



- Для электрокардиографов (ЭКГ кабели, электроды)
- Для мониторов пациента (манжеты, датчики, кабели)
- Для электрокоагуляторов (электроды, инструментарий)

+7(495) 956-05-57  
[www.stormoff.com](http://www.stormoff.com)

## Новости

## Тысяча часов в полёте

За 3 месяца реализации приоритетного проекта «Обеспечение своевременности оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации», омские медики совершили почти 190 вылетов в отдалённые населённые пункты для оказания помощи пациентам, нуждающимся в неотложной врачебной помощи.

В распоряжении специалистов омского отделения санавиации теперь имеются два вертолёта МИ-8, оснащённых медицинским оборудованием. Вторую винтокрылую машину регион получил буквально на днях. Этот борт МИ-8 уже совершил первые вылеты для оказания экстренной помощи пациентам из Тарского и Муромцевского районов.

Важно, что вертолёт оснащён двухместным медицинским модулем, что позволяет медикам во время транспортировки оказывать медицинскую помощь сразу двум пациентам одновременно.

Возможность поставить на дежурство ещё одно воздушное судно появилась в результате аукциона: в ходе конкурсной процедуры на закупку авиационной услуги для оказания медицинской помощи с применением авиации образовалась экономия финансовых средств. И во время повторного аукциона был закуплен второй вертолёт.

Как сообщили в региональном Минздраве, в рамках реализации проекта с 1 июля 2017 г. в районы Омской области совершено 187 вылетов, эвакуировано 245 человек.

Отметим, что в соответствии с соглашением между Министерством здравоохранения РФ и правительством Омской области на закупку авиационной услуги для оказания медицинской помощи с применением авиации в 2017 г. из средств федерального и областного бюджетов выделено 139,6 млн руб. По результатам торгов до конца года планируется сделать вылеты общей продолжительностью более тысячи лётных часов.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

## Впервые в регионе

Хирурги Александро-Мариинской областной клинической больницы впервые в регионе выполнили эмболизацию доброкачественной сосудистой опухоли печени (гемангиомы), достигающей в диаметре 15 см, что считается большим размером для подобных новообразований.

«Ранее такие операции проводились через разрез на брюшной стенке. Новый подход позволил не только достичь отличного результата в плане хирургии, но и в плане косметическом. Там, где раньше появился бы шрам, сегодня благодаря ангиографическому оборудованию вообще не остаётся следов», – комментирует лечащий врач хирургического отделения № 1 Александро-Мариинской областной клинической больницы Пётр Кириосов.

Продолжительность операции на сосудах печени новым методом, которую провели абдоминальные и рентгенохирурги Александро-Мариинской областной клинической больницы, составила всего 10 минут. Под местной анестезией был выполнен прокол, и в просвет бедренной артерии введён тонкий катетер. Под контролем рентгеновского изображения катетер был установлен в сосуде, который непосредственно и снабжал кровью опухоль печени. С помощью специального клея сосуда внутри гемангиомы были заклеены. При отсутствии кровоснабжения новообразование не сможет дальше расти, и это позволит хирургам в дальнейшем устранить его без существенных последствий для здоровья.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Астрахань.

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

## События

Энергия молодых —  
медицинеХроника прошедшего в Сочи фестиваля глазами  
представителей РНИМУ им. Н.И.Пирогова

Как мы уже информировали наших читателей (см. «МГ» № 79 от 20.10.2017), в Сочи прошёл XIX Всемирный фестиваль молодёжи и студентов, собравший свыше 20 тыс. талантливых и перспективных молодых людей со всего света. В течение недели работы фестиваля студенты Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова активно участвовали в его мероприятиях. Это вполне закономерно, ведь студенты педиатрического факультета Павел Савчук и Мария Якунчикова – организаторы слота «Здоровье».



В.Скворцова с удовольствием общается с молодёжью

Активисты вуза – председатель Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики», заместитель директора Федерального центра содействия добровольчеству Минздрава России, студент 6-го курса Павел Савчук, заместитель директора Федерального центра содействия добровольчеству, руководитель Волонтерского центра университета Владислава Белякова и проректор по связям с общественностью и воспитательной работе Георгий Надарейшвили – 15 октября встретились с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой. Встреча собрала команду движения «Волонтеры-медики» из 55 субъектов нашей страны.

«За 2 года вами оказана помощь более 1,5 млн людей, и уже более 500 больниц и поликлиник работают при вашем участии. Вы являетесь примером для молодёжи, которая обучается в других учебных заведениях. Вы передовой отряд молодёжного волонтерского движения», – отметила Вероника Игоревна в ходе встречи. Также министр подчеркнула, что добровольцы должны иметь преимущество при получении профильного медицинского образования.

Отметим, что в сентябре 2017 г. по поручению В.Скворцовой на базе РНИМУ был соз-

дан Федеральный центр поддержки добровольчества в сфере охраны здоровья, который призван оказывать методическую и организационную поддержку медицинскому волонтерству по всей стране. Инициативу волонтеров поддержал ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова академик РАН Сергей Лукьянов.

Центральным мероприятием слота «Здоровье» в третий день фестиваля стала дискуссия «Защитить самых слабых: советы врачам от детского врача» с главным аллергологом-иммунологом Минздрава России, президентом Европейской педиатрической ассоциации, председателем правления Российской академии педиатрии, заведующей кафедрой факультетской педиатрии педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова, академиком РАН Лейлой Намазовой-Барановой.

Четвёртый день запомнился открытой дискуссией «Медицина 2.0: из настоящего в будущее», в которой принял участие С.Лукьянов. В качестве спикеров также присутствовали руководитель Департамента перспективных исследований ВЮСАД Александр Карабельский и профессор регенеративной медици-

ны Университетского колледжа Лондона Александр Сейфальян. Дискуссия затронула наиболее актуальные темы современной медицины и вызвала большой интерес.

Медицинскую тему продолжил мастер-класс «Больница будущего: лидерство, превосходство, инновации», на котором выступили министр здравоохранения Калининградской области Александр Кравченко, старший менеджер управления по медицинскому обслуживанию Оргкомитета «Сочи-2014» Вячеслав Климович и т.д. Модерировал мероприятие Г.Надарейшвили. В числе обсуждавшихся тем – новые вызовы в здравоохранении, диалог врачей и технологий, информатизация в медицине и другие актуальные вопросы.

В дебатах «Улучшение человека: биотехнологическое счастье или судный день?» 19 октября принял участие проректор по научной работе РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доктор биологических наук, профессор Денис Ребриков.

Насыщенная программа фестиваля принесла незабываемые впечатления участникам, организаторам и гостям мероприятия.

Александр ОДЕР.

Сочи – Москва.

## Перспективы

Глобальная конференция по неинфекционным заболеваниям состоялась под председательством генерального директора Всемирной организации здравоохранения Тедроса Адхано Гебрейесуса и министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой в городе Монтевидео (Уругвай).

– Проведение данной конференции в Уругвае – не случайность, – сказала В.Скворцова в своём приветствии собравшимся. – За последнее время эта страна добилась значительных успехов в борьбе с неинфекционными заболеваниями, что в немалой степени связано с личной приверженностью президента Табаре Васкеса – профессора-онколога.

Очевидно, что проблему неинфекционных заболеваний, являющихся причиной более 70% смертей во всём мире, можно решить

## Мы равны, и при этом мы вместе!

только комплексно, межсекторально и совместными усилиями.

Начало международному диалогу по этой важнейшей проблематике было положено на Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, прошедшей в 2011 г. в Москве. Положения Московской декларации, принятой по результатам данной конференции, легли в основу последующих политических и организационных документов ВОЗ и ООН: Политической декларации, Глобального плана действий, Глобальной системы мониторинга, Глобального координационного механизма. Таким образом, на сегодня завершено создание методологического фундамента

по проблеме неинфекционных заболеваний.

По инициативе Российской Федерации и при поддержке 109 стран мира была создана Межучрежденческая целевая группа ООН по профилактике и контролю НИЗ.

В Москве был открыт географический удалённый офис ВОЗ по НИЗ, который стал инновационным центром, центром наилучших практик. Его наработки используются не только в европейском регионе, но и в других регионах мира. Сформированы оптимальные национальные модели борьбы с НИЗ уже для 24 стран, в 16 из которых активно проходит реализация комплексных мер, при этом данные модели продемонстрировали свою практическую эффективность.

В феврале этого года на встрече Президента РФ Владимира Путина с Президентом Восточной Республики Уругвай профессором Васкесом особое внимание было уделено значимости межгосударственных усилий на самом высоком уровне для снижения бремени неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья людей всего мира.

Министр подчеркнула, что Россия признательна руководителям стран, проявившим решимость в борьбе с НИЗ и поддержавшим включение мер по укреплению здоровья в Цели устойчивого развития ООН.

По её словам, сегодня открывается новая страница в истории глобального здравоохранения,

когда проблема неинфекционных заболеваний выносится на президентский уровень.

– Убедена, что это придаст принципиально новую энергию международным усилиям по сохранению главного богатства не только каждого человека и государства, но и человечества в целом – здоровья людей, – заявила В.Скворцова. – Хотелось бы закончить словами выдающегося уругвайского писателя Орасио Кириги: Somos iguales, pero juntos – Мы равны, и при этом мы вместе!

Только вместе мы сможем преодолеть все вызовы и угрозы человечеству!

Подготовил  
Павел АЛЕКСЕЕВ.

Обсуждения

# Ответственность за своё здоровье

**Президент России Владимир Путин в ходе встречи с участниками XIX Всемирного фестиваля молодёжи и студентов предложил подумать об ответственности самого человека за своё здоровье.**

– В современном мире медицина приобрела ещё, кроме чисто гуманитарной составляющей, и экономическую сторону, – сказал он. – Потому что человеку с проблемами со здоровьем, конечно, гораздо труднее, мягко говоря, осваивать современные знания, нужные для развития современной экономики, ему не-

просто полноценно работать. Основные направления, куда в современном мире должны вкладываться ресурсы государства, – это здравоохранение и образование. Поскольку человеческая жизнь бесценна, то, наверное, всё-таки здравоохранение где-то выше других направлений деятельности сегодняшнего дня.

По словам Президента РФ, есть направления, где медицинская помощь обязана оказываться бесплатно, но есть и такие, где возможно какое-то софинансирование. В США до сих пор идут споры по поводу того, как организовать систему

здравоохранения. Следует ли государству оплачивать полностью медицинскую страховку?

– На мой взгляд, нужно организовать работу таким образом, чтобы каждый человек имел доступ к медицинской помощи, – подчеркнул В.Путин.

Кстати, в Центре стратегических разработок в ближайшие 5-7 лет предлагается рассмотреть варианты, при которых ранее гарантированные услуги ОМС останутся бесплатными, а новые технологии будут оплачиваться на условиях софинансирования.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

Начало

# Конкурс стартовал

**За 300 мест в кадровом управленческом резерве московского здравоохранения будут бороться более 6 тыс. кандидатов.**

Департамент здравоохранения Москвы 15 октября завершил приём заявок на участие в проекте по формированию кадрового резерва медицинских учреждений столицы. Всего было зарегистрировано 6033 заявки.

Основное количество заявок поступило от врачей, работающих в системе столичного здравоохранения. В проекте также приняли участие и специалисты из других российских регионов: Ставрополя, Нижнего Новгорода, Сургута, Сыктывкара, Оренбурга, Казани, Омска, Нижневартовска, Иваново и др.

«Проект «Лидер.Мед» направлен на формирование кадрового резерва столичного здравоохранения, он позволит выявить наиболее перспективных специалистов, которые смогут пополнить состав лучших руководителей наших поликлиник и больниц. За 2 месяца мы получили более

6 тыс. заявок, при этом 38% – это кандидаты на должность заведующего отделением и начальника отдела, 36% – на заместителя главного врача, около 26% – на должность руководителя организации», – сообщил руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун.

Программа определения кандидатов в кадровый резерв представляет собой 4 этапа, каждый из которых сопровождается оценкой управленческих, коммуникационных и личностно-деловых качеств участников. Первый шаг – подача заявки и заполнение анкеты с указанием сведений об образовании, профессиональном опыте. Также кандидат может приложить краткое эссе на управленческую тематику и предоставить короткий видеоролик о себе. Сразу после заполнения анкеты кандидату предлагается пройти онлайн-тестирование. Наибольшие сложности вызвали вопросы, связанные с работой над амбициозными и сложными задачами, а также с готовностью внедрять в свою работу инно-

вационные методы. На данный момент кандидаты прошли 2 этапа проекта: заполнение анкеты и прохождение компьютерного тестирования.

«Радует то, что большинство участников выразили готовность объединяться с коллегами для выполнения сложных задач, а также соблюдать необходимый регламент и правила проекта», – добавил А.Хрипун.

В ближайшем будущем кандидатам предстоит пройти 3-й этап – оценку потенциала сотрудников, содержащую поведенческие упражнения, мозговые штурмы по управленческим вопросам, интервью. Завершающим этапом проекта станет общее рейтингование претендентов: участники, набравшие максимальное количество баллов, будут зачислены в кадровый резерв, а также получат сертификаты о включении в управленческий резерв Департамента здравоохранения Москвы. Итоги проекта будут подведены в рамках ассамблеи «Здоровье столицы».

Андрей ДЫМОВ.

Подписка-2018

# Идёт подписная кампания

## Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

**Подписные индексы:**

**42797** – на год;

**32289** – на полугодие;

**50075** – на месяц.

Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: [mg.podpiska@mail.ru](mailto:mg.podpiska@mail.ru) или по почте: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, 8-916-271-08-13.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте [www.mgz.ru](http://www.mgz.ru)



Официально

# ФОМС исполнил бюджет

**Совет Федерации на пленарном заседании одобрил закон об исполнении бюджета фонда обязательного медицинского страхования за 2016 г.**

В соответствии с документом бюджет фонда исполнен по доходам в сумме около 1 трлн 657 млрд руб., или 99,8% от размера, утверждённого Федеральным законом (1 661 679,7 млн). По сравнению с 2015 г. доходы увеличились на 84 076,2 млн, или на 5,3%.

Расходы бюджета фонда за 2016 г. составили более 1 трлн 590 млрд руб., или 99,7% от размера, утверждённого Федеральным законом, и

от уточнённой сводной росписи (1 594 890,6 млн).

Из федерального бюджета в фонд поступили межбюджетные трансферты в объёме 25 441 млн руб. (100% от размера, утверждённого Федеральным законом). Объём межбюджетных трансфертов, переданных из бюджета фонда бюджету Фонда социального страхования РФ в соответствии с заявками, представленными в фонд, составил 17 818,9 млн руб. (95% от размера, утверждённого Федеральным законом).

Бюджет фонда за 2016 г. исполнен с профицитом более 67 млрд руб.

Алексей КОНДРАТЬЕВ.

Итоги

# Три миллиона просмотров

**В «Одноклассниках» завершилась федеральная неделя здоровья, организованная социальной сетью совместно с Министерством здравоохранения РФ.**

С 9 по 15 октября в официальной группе Минздрава России специалисты ведомства в прямом эфире вели онлайн-лекции о различных аспектах здорового образа жизни. Каждый день был посвящён определённой тематике, в частности вопросам профилактики заболеваний, экстренной медицинской помощи, проблемам зрения и психического здоровья.

Суммарно трансляции лекций набрали в «Одноклассниках» около 3 млн просмотров. Наиболее популярной оказалась трансляция с участием знаменитой фигуристки Ирины Слуцкой о правильном питании и занятии спортом, которая собрала почти 500 тыс. просмотров. Кроме того, главную страницу авторизации с лентой публикаций о здоровом образе жизни пользователи посетили более 250 млн раз.

В социальной сети также прошёл флешмоб #спасибодоктор: пользователи могли поделиться в ленте текстом или фотографиями с

благодарностью своим врачам. Во флешмобе приняли участие более 20 тыс. человек: большинство людей оставляли личные благодарности своим докторам. Пользователи также могли рассказать о том, как они ведут здоровый образ жизни, и принять участие в конкурсе в мобильном приложении для стриминга OK Live. К акции с хэштегом #язазож присоединились больше тысячи участников.

В онлайн-шоу «ОК на связи!» 12 октября побывала министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. Она ответила на вопросы пользователей «Одноклассников» и рассказала о пользе прививок, средней продолжительности жизни россиян и своём отношении к новым болезням, в частности зависимости от смартфонов. Трансляция эфира с В.Скворцовой собрала более 4 млн просмотров.

Пользователи «Одноклассников» активно интересовались вопросами здорового образа жизни: по ходу недели здоровья официальная группа Минздрава России выросла на 10 тыс. подписчиков, а её средний дневной охват увеличился на 43%.

Соб. инф.

Новости

# Решились на ЭКО

**В Республике Дагестан за 8 месяцев текущего года благодаря экстракорпоральному оплодотворению на свет уже появились 174 малыша, среди них 20 двойняшек. Всего же за это время на процедуру ЭКО за счёт средств ОМС Минздравом республики была направлена 841 бездетная пара. Планируется, что до конца 2017 г. пройти ЭКО бесплатно смогут свыше 1050 дагестанских семей, страдающих бесплодием. Это на 15% больше, чем в 2016 г.**

На важность данного направления работы медиков обратил внимание министр здравоохранения Дагестана Танка Ибрагимов. В ведомстве, по его словам, делается всё, чтобы повысить качество ЭКО и расширить практику его использования. «То, что мы делаем сейчас, – это очень важно. Число бездетных пар в Дагестане, которым стала доступна процедура ЭКО за счёт средств ОМС, выросло в несколько раз, а это, в свою очередь, помогает улучшать

демографическую ситуацию в республике», – отметил Т.Ибрагимов.

Также он привёл статистику, по его словам, с 2013 г. в Дагестане с помощью ЭКО уже родились 359 детей. «Причём почти половина из них в этом году. Это ещё раз доказывает, что эффективность данного вида ВМП и её доступность с каждым годом только растёт», – подчеркнул министр.

Добавим, сегодня для повышения рождаемости в Дагестане, помимо увеличения объёмов ЭКО за счёт средств обязательного медицинского страхования, также проводятся профилактика абортов и ряд мероприятий для улучшения репродуктивного здоровья населения. Это профилактические осмотры несовершеннолетних для раннего выявления отклонений, профилактика невынашиваемости беременности, преждевременных родов и мертворождения.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА,  
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова прошло заседание ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений». На первой встрече в новом учебном году авторитетной организации собравшиеся подвели итоги прошедшего года и определили планы на будущее.

С приветственным словом к собравшимся обратилась министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. Она подчеркнула, что медицинские вузы играют важную роль в развитии здравоохранения каждого региона. Сегодня многие из них имеют современные клиники, оказывающие в том числе и высокотехнологичную медицинскую помощь. Поэтому значение учебного заведения для территории трудно переоценить, и его роль будет только возрастать с разработкой и внедрением новых медицинских технологий.

### Конкурс всё выше

Директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении министерства Татьяна Семёнова напомнила, что сегодня в подчинении Минздрава России 46 медицинских вузов и столько же факультетов в университетах Минобрнауки России. Все они занимаются подготовкой студентов и по программам специалитета. Но при оценке программы ординатуры становится ясно, что первые опережают вторые по количеству обучающихся, но уступают им по числу юридических лиц, которые вправе давать необходимые знания.

До сих пор никаких проблем с нормативно-правовой базой не возникло, хотя план приёма ежегодно меняется. По этому поводу не поступало жалоб, не выявлялось нарушений, практически все медицинские вузы своевременно публиковали правила приёма на своих сайтах, как того требует соответствующее постановление правительства. Единственное – отсутствовала федеральная квота для граждан, проживающих в Республике Крым и в городе Севастополь. Это право обучения по программам бакалавриата и специалитета новые субъекты РФ получают только после 2017 г. Впервые была задействована экспертиза для инвалидов, которая разрешала представлять «разовую» справку врачебно-трудовой экспертной комиссии, удостоверяющую ту или иную группу инвалидности или категорию «ребёнок-инвалид». Можно назвать новшеством тот факт, что впервые была выделена целевая квота на обучение врачей для работы в моногородах.

Контрольные цифры приёма за счёт федерального бюджета составили 21 965 человек. С 2012 г. политика закрепления выпускников в конкретных больницах и поликлиниках путём эффективного исполнения такой меры ежегодно увеличивает количество квот более чем на 2%. Вот и в этом году на первый курс поступили 57,27% «целевиков» от общего состава. Приём осуществлялся по 10 специальностям, всего было подано 207 585 заявлений, структура соответствует тому, как востребованы специальности раздела «здравоохранение». Заметен интерес и к специальностям: медицинская биофизика, биохимия, кибернетика, где количество мест для абитуриентов было ограничено, что и вызвало конкурс.

Кто же они, поступившие? В 2017 г. стать студентом можно было, имея средний балл 66,6. Предварительный анализ показал, что конкурс увеличился на 1,6%. То есть в этом году поступить в медицинский вуз было ещё сложнее. Традиционно высокие баллы нужно было набрать, чтобы поступить в ведущие вузы страны. Особенно в те, которые входят в Программу 5-100. Планка среднего балла в



В.Скворцова приветствует ректорский корпус

### Главная тема

# Проектные перемены

## Минздрав России: в ординатуре больше не будет неограниченного количества платных мест

них особенно высока – 75,6. Лидер конкурса, бесспорно, Сеченовский университет. Все студенты, начавшие обучение в прославленном университете, набрали 77,95 балла. На бюджетные места в вузах регионов, подведомственных Минздраву России, средний балл составил 71,22. Напомним, что в 2016 г. он достигал 70,83, таким образом произошло увеличение почти на 1,4%.

Ещё немного статистики: средний конкурс по специальностям «здравоохранение» был равен 7,7 человек на место, на бюджете – 11,4. Это выше, чем в прошлом году – тогда было 9,5 человека на место. Если посмотреть отдельно данные целевого приёма, то можно убедиться, что минимальный конкурс 1,5 человека практически был выдержан повсеместно. «Подвела» только фармация. На платное обучение по этой специальности конкурс не дотягивал даже до одного человека. По мнению Т.Семёновой, это недопустимая история, которая требует анализа со стороны Минздрава и Совета ректоров.

При этом распределение зачисленных по специальностям мало отличалось от предыдущих лет. Лидером осталось «лечебное дело». Практически 51% от всех поступивших будут учиться на врача общего профиля и узких специалистов, но на второе место в платной форме обучения вышла стоматология. По этому профилю зачислены 3975 договорных студентов, по сравнению с прошлым годом прирост – 6,5%. Кстати, больше стало студентов, которые оплачивают своё обучение практически по всем специальностям.

Предварительно можно сказать, что целевой приём занимает 63,8%. В прошлом году ему отводилось только 54,03% мест. И это хорошая тенденция. Целевое обучение является элементом государственной политики, направленной на решение кадровых проблем в региональном здравоохранении. В результате такого подхода на лечебное дело в этом году зачислены 7396 человек, педиатрию – 3081, медико-профилактический факультет – 659, стоматологию – 585, фармацию – 363.

### Новый порядок навсегда

Особый интерес ректорского корпуса вызвали оценки приёма в ординатуру. Напомним, что в 2017 г. был принят новый порядок приёма. Как считает директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России, приказ № 215 был правильно

воспринят преподавательским сообществом и самими обучающимися. Он отражает качество профориентационной работы со студентами.

– Те инновации, которые были введены приказом, мы с вами обсуждали ещё до принятия ведомственного документа, – напомнила Т.Семёнова. Она не согласна с мнением, что доведённых контрольных цифр приёма было недостаточно. Решение принималось по методике расчёта потребности во врачах Минздрава России. К уточнению их привлекались эксперты, главные специалисты. При разговорах о снижении количества бюджетных мест часть так и осталась незаполненными.

Как известно, конкурс на бюджетные места в ординатуру разыгрывается на 1,5 года вперёд. Поэтому все медицинские вузы уже подали свои заявки на бюджетные места в 2018 г. И конкурсы уже были проведены. В амбулаторном и стационарном звене российской медицины потребуется как минимум 15 тыс. врачей узких специальностей. Но когда были оценены все заявки, то выяснилось, что удалось распределить между вузами всего 10 799 мест. Приблизительно такая же история с разрывом в 3 тыс. мест произошла и в этом году. Проблема в следующем: психиатрия, гериатрия и другие стратегические направления чётко обозначены в документах, утверждённых руководством страны, не являются востребованными и популярными.

Показательна и динамика публичного конкурса. Приём осуществлялся по 83 специальностям, по целевому приёму набрано 53,3%. В основном в структуре зачисленных в этом году, к сожалению, преобладали внебюджетные ординаторы. Несмотря на то, что политика по отношению к ним жёстко определена нормами приказа № 215. В результате руководство некоторых вузов пыталось как-то заменить, увеличить, уменьшить количество мест по отдельным специальностям. Минздрав был непреклонен.

– Мы не разрешили изменить в заявке те специальности, которые были установлены согласно плану, – заявила Т.Семёнова. – Поскольку предложения были, например, поменять скорую помощь на гинекологию, радиологию на урологию и т.д.

Надо чётко понимать, что количество рабочих мест определяет рынок труда, для некоторых специальностей их число ограничено. В этой ситуации выход один: больше разъянять будущим врачам, каких специалистов не хватает в

наш страны, но далеко не во всех.

– Общество по организации здравоохранения и общественного здоровья должно стать экспертной площадкой для выработки консолидированной позиции специалистов, по наиболее острым социальным и профессиональным вызовам, стоящим перед системой охраны здоровья граждан Российской Федерации, – подчеркнул он. – В основе деятельности общества используется проектный подход. Решения, которые предлагают они, строятся на строгой научной основе.

Руслан Альбертович рассказал, что в высшей школе управления здравоохранением Сеченовского университета готовят специалистов



Повестка первого заседания оказалась насыщенной

### Ряд серьёзных шагов

Председатель совета, ректор Сеченовского университета, академик Пётр Глыбочко отметил, что Совет ректоров стал рабочей площадкой для решения вопросов медицинского образования.

– Мы сделали ряд достаточных серьёзных шагов, стали заниматься оценкой знаний студентов, преподавателей, проводить аккредитацию, – сказал он. – Мы сегодня чувствуем поддержку Государственной Думы и Совета Федераций в финансировании студентов медицинских вузов. Благодаря усилиям министра здравоохранения В.Скворцовой средняя сумма нормативного финансирования по нашему вузу поднялась с 70 тыс. руб. на одного обучающегося до 115. Сейчас мы выходим на цифру 135 тыс. руб. Это даёт нам возможность за счёт бюджета выполнить указ Президента РФ о повышении заработной платы профессорско-преподавательскому составу, а внебюджетные средства направить на развитие вуза, что скажется на качестве образования наших выпускников.

Работу «Общества по организации здравоохранения и общественного здоровья» чётко обозначил в своём выступлении председатель общества, директор высшей школы управления здравоохранением Сеченовского университета, профессор Руслан Хальфин. Он рассказал об основных задачах общества в рамках взаимодействия вузов и органов практического здравоохранения, а также попросил поддержки ректоров в расширении деятельности общества во всех регионах нашей страны, пригласив их непосредственно участвовать в работе организации. Сегодня общество представлено во многих регио-

по общественному здоровью не только с медицинским образованием. Специалисты школы выступают экспертами многих известных международных организаций. В ближайшее время начнётся аккредитация специалистов по организации здравоохранения, и Общество по организации здравоохранения и общественного здоровья могло бы стать той профессиональной организацией, которая активно будет участвовать в этом процессе.

Ректоры Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого профессор Иван Артюхов (о его выступлении читайте на стр. 5. – ред.) и Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова академик Сергей Багненко представили отчёты об основных направлениях развития образовательной, научной и лечебной деятельности своих вузов в связи с переизбранием на должность.

Об итогах деятельности студенческих медицинских отрядов, перспективах развития и совершенствования их деятельности рассказала руководитель медицинских отрядов Российских студенческих отрядов Кристина Сидорова. Она попросила поддержать инициативу студентов по развитию студенческих медицинских отрядов в профильных вузах, что позволит повысить профессиональные навыки студентов. Завершилось заседание вручением благодарностей волонтерам-медикам, принимавшим активное участие в проекте «Здоровье каждого – богатство страны».

Алексей ПИМШИН.

Москва.

Фото пресс-службы Сеченовского университета.

Есть поговорка: «Дорогу осилит идущий». В Красноярском государственном медицинском университете им. В.Ф.Войно-Ясенецкого с такой постановкой задачи не согласны. Здесь считают, что в движении важен темп: не просто идти к цели, плетясь в конце колонны, а быть в её авангарде.

О том, удаётся ли университету жить по этому правилу, ректор КрасГМУ, доктор медицинских наук, профессор Иван Артюхов докладывал на прошедшем недавно в Москве заседании Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России. Формально это называлось отчётом об основных направлениях развития образовательной, научной и лечебной деятельности учебного заведения.

В системе мониторинга и оценки работы медицинских вузов КрасГМУ выглядит весьма достойно. По показателю заработной платы профессорско-преподавательского состава университет на уровне пороговых значений, а по всем остальным – трудоустройство выпускников, финансово-экономическая, образовательная, международная деятельность, научные исследования – превышает их. Причём результаты Красноярского медуниверситета по научной работе – в 2 раза, а по международной – в 4 раза выше пороговых значений, установленных системой мониторинга.

Динамика числа студентов КрасГМУ с 2005 по 2017 г. очень показательна: за этот период произошло увеличение почти в 1,5 раза, с 3,5 тыс. до 5 тыс. человек. При этом доля студентов, которые поступают и учатся на внебюджетной основе, выросла более чем вдове.

Данные цифры говорят вовсе не о лёгкой доступности обучения в медицинском вузе, а о престиже врачебной профессии и желании учиться именно у нас. Планка наших требований к абитуриентам была и

Ориентиры

# Выше пороговых значений

Слово «провинциальный» неприемлемо в отношении медицинских университетов



И.Артюхов

остаётся высокой. Подтверждением этому является тот факт, что на протяжении 5 последних лет среди всех университетов Красноярского края самый большой средний балл по ЕГЭ – 74,2 – именно у поступающих в КрасГМУ. В остальных вузах от 63 до 69 баллов, – поясняет И.Артюхов.

Что касается качества подготовки специалистов, в 2017 г. аккредитация выпускников Красноярского медицинского университета по всем 5 специальностям прошла с результатом 100%. Как добиться того, чтобы студент на выходе оказался способен пройти строгую систему профессиональной аккредитации, был готов к врачебной деятельности? Процесс обучения должен быть не только полноценным по набору знаний и умений, но также интересным и отвечающим духу времени.

К примеру, с этой целью в КрасГМУ формируются электронные образовательные ресурсы. В настоящее время профессорами и преподавателями записано уже более 1000 видеолекций и около 300 видеочасов по практическим навыкам. На достижение данной цели работает и созданный в университете симуляционно-аккредитационный центр, он же – виртуальная клиника, оснащённая симуляторами, фантомами и био-манекенами для отработки техники акушерских, анестезиологических и реанимационных пособий, всех видов видеондоскопических диагностических и хирургических манипуляций, стоматологических процедур.

Ещё один показатель эффективности работы любого университета – научно-исследовательская деятельность. В этом отношении КрасГМУ не просто в числе лидеров среди высших учебных заведений медицинского профиля, но и ведущий медицинский научный центр Сибири и Дальнего Востока. Один из лабораторных комплексов Красноярского медуниверситета, оснащённый, в том числе,

оборудованием для проведения масс-спектрометрии, стал региональным Центром коллективного пользования для исследований в области молекулярной генетики, молекулярной онкологии, биомолекулярных технологий, морфологии и гистологии.

Сегодня КрасГМУ реализует 39 научных проектов совместно с университетами и научными центрами Японии, Италии, Германии, Канады, Великобритании и других стран. Это проекты, направленные на решение не каких-то абстрактных, а самых актуальных проблем мировой медицины, в частности поиск молекулярных механизмов амилоидной васкулопатии; изучение молекулярно-генетических механизмов антибиотикорезистентности микроорганизмов; разработка технологий нейрореабилитации; применение технологий оптогенетики в нейробиологии.

За 2016 г. сотрудники нашего университета опубликовали почти 650 статей в изданиях перечней ВАК РФ, WoS, Scopus, а также 37 – в высокорейтинговых зарубежных журналах. Суммарный индекс Хирша университета, рассчитываемый по системе Российского индекса научного цитирования, достиг 58. Не могу не отметить, что руководитель НИИ молекулярной медицины и патобиохимии КрасГМУ профессор Алла Салмина удостоена международной премии Scopus Award Russia 2016 как один из самых высокоцитируемых учёных Российской Федерации, – подчеркнул ректор университета.

Что касается роли университета в обеспечении населения региона медицинской помощью, она вполне адекватна. КрасГМУ относится к числу вузов, не имеющих собственных многопрофильных университетских клиник, тем не менее потенциал его профессоров максимально активно используют клинические базы, на которых располагаются университетские кафедры.

А кроме того, консультативно-диагностический приём пациентов ведётся в Клинике семейной медицины КрасГМУ. В профессорской клинике помимо консультативного приёма есть отделение эндовидеохирургии и оперативной гинекологии. В полную силу наравне с муниципальными работает университетская стоматологическая поликлиника.

По словам И.Артюхова, возможности университета в лечебной деятельности скоординированы с системой здравоохранения региона и соответствуют её потребностям. За минувший год профессора и преподаватели КрасГМУ участвовали почти в 600 консилиумах, проконсультировали более 6,5 тыс. больных, выполнили 1840 высокотехнологичных операций.

Совет ректоров одобрил работу Красноярского медицинского университета по всем параметрам, что в очередной раз доказывает: успешность вуза определяется вовсе не географией, а работоспособностью его команды.

Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Фото предоставлено пресс-службой Сеченовского университета.

Признание

На территории Дорожной клинической больницы на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД» открыта мемориальная доска родоначальнику дальневосточной клинической школы педиатров-нефрологов профессору Радио Езерскому.

тинге у возведённого мемориала. Открывший церемонию начальник Дальневосточной дирекции здравоохранения почётный железнодорожник Михаил Лазуткин напомнил, в частности, о многосуточной бессонной вахте врачей дорожной больницы при спасении эвакуиро-

## Реплика в камне

В Хабаровске ещё одной наглядной репликой истории в увековечивании памяти известных врачей и учёных стало больше

Практик и исследователь, заведующий созданной им кафедрой педиатрии детских болезней Дальневосточного государственного медицинского университета, Радий Фёдорович, как сообщила «МГ» заместитель директора по организационно-методической работе доктор медицинских наук Ольга Сиротина, 43 года трудился в хабаровской «дорожке». Он являлся членом проблемной комиссии по нефрологии Министерства здравоохранения РСФСР, членом редколлегии «Российского педиатрического журнала», председателем краевого научного общества педиатров. Сын расстрелянного в довоенное время по ложному обвинению «врага народа» внёс ощутимый вклад в развитие советской педиатрической школы, посвятив всю жизнь проблемам изучения этиологии, патогенеза, клиники и лечения пиелонефрита у детей, за что был удостоен звания «заслуженный деятель науки РФ».

ваных детей разрушенного землетрясением сахалинского города Нейтегорск в 1995 г. Незадолго до трагедии в составе дорожной клинической больницы был создан единственный в Дальневосточном регионе детский нефрологический центр. Руководил им профессор Р.Езерский. Ему и другим врачам удалось тогда отстоять немало детских жизней...

Узловым моментам научной, клинической и педагогической деятельности Радия Фёдоровича посвятил выступление ректор университета Константин Жмеренский. Разумеется, представлено было слово и председателю Хабаровской городской думы Сергею Савкову. Благодаря решению народных избранников, рассмотревших с положительным результатом ходатайство учёного совета медвуза, и состоялось водружение мемориальной доски – прочное свидетельство бодрствующей исторической памяти хабаровских медиков.

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
корр. «МГ».

Хабаровск.

Проблемы и решения

# Проект... на колёсах

Любая глубинка доступна автопоезду «Здоровье Смоленщины»

В этом убедились жители самых дальних сёл региона, поскольку автопоезд за полтора года своего мобильного существования побывал – и не по одному разу – во всех муниципальных образованиях области.

Совершено около ста выездов, поликлинику на колёсах, размещённую в двух салонах, установленных на шасси мощных «КамАЗов», посетили более 10 тыс. пациентов. Каждый из них получил предметную помощь и конкретные рекомендации по поводу собственного здоровья, ведь экипаж медицинского автопоезда укомплектован всеми «узкими» специалистами, в распоряжении которых полный набор необходимой аппаратуры для снятия ЭКГ, флюорографии органов грудной полости, УЗИ органов брюшной полости и почек, исследования уровня общего холестерина и глюкозы в крови.

– Этот проект без всякого преувеличения можно назвать социальным, поскольку он появился во исполнение просьб избирателей, высказанных вице-спикеру Государственной Думы РФ Сергею Неверову, который является депутатом по 175-му Смоленскому округу, – рассказывает заместитель главного врача областной клинической больницы по организационно-методической работе кандидат медицинских наук Алла Андреева. – Работая по графику, согласованному с руководителями муниципальных образований и главными врачами центральных рай-



Фрагменты будней автопоезда «Здоровье Смоленщины»

онных больниц, наши кардиологи, оториноларингологи, гинекологи, онкологи, офтальмологи, неврологи и другие специалисты принимают в день не менее 120 человек. Ни один из сельских жителей, пожелавших справиться о своём здоровье у компетентных специалистов, не остаётся без осмотра, поскольку организован подвоз людей из малых деревень в центр сельских поселений к Дому культуры, школе или ФАПу – в зависимости от того, где находится автопоезд.

– Нагрузка на врачей более чем внушительная. Как организованы их переезды, отдых, питание? – спрашиваю у Аллы Семёновны.

– Доктора и клинические лаборанты едут в комфортабельном автобусе, а в удалённых от Смо-

ленска райцентрах предусмотрены ночёвки в гостиницах, нет проблем и с питанием – все оргмоменты координирует старшая медсестра ОКБ Оксана Якунченкова, – отвечает А.Андреева. – Основу экипажа автопоезда составляют врачи областной больницы, а органично дополняют его представители онкодиспансера, больницы скорой медицинской помощи, первой, второй и третьей поликлиники Смоленска.

Врачи, совершившие в составе автопоезда «Здоровье Смоленщины» более 10 выездов в глубинку, получили благодарственные письма от С.Неверова.

Владимир КОРОЛЁВ,  
соб. корр. «МГ».

Смоленская область.

Ни одна конференция, ни один конгресс специалистов службы охраны материнства и детства не обходятся без упоминания о программе создания перинатальных центров (ПЦ). Центры строятся, вводятся в эксплуатацию, и это прекрасно! Они должны взять на себя самых сложных пациентов. Но куда попадут дети, рождённые от осложнённой беременности? Готовы ли их принять, лечить и реабилитировать детские больницы? И каковы взаимоотношения между учреждениями родовспоможения и детства? Об этом – наш разговор с председателем правления Ассоциации детских больниц, руководителем Аналитического центра Российской детской клинической больницы, профессором Николаем ВАГАНОВЫМ.

– Николай Николаевич, о создании перинатальных центров в стране заговорили ещё несколько десятилетий назад и, кажется, не без вашего участия. В ту пору вы были заместителем министра здравоохранения РФ и активно ратовали за развитие перинатологии, службы охраны здоровья матери и ребёнка в целом. Глядя на сегодняшнее положение дел, какие чувства испытываете?

– Смешанные. В отношении перинатальных центров – чувство удовлетворения, а в отношении детских больниц, преемственности между ними и учреждениями родовспоможения – чувство тревоги.

Действительно, ещё в 1988 г. был издан приказ Министерства здравоохранения СССР о создании перинатальных центров, где подчёркивалось, что организуются они в целях улучшения преемственности в деятельности акушерской и педиатрической служб. Тогда предполагалось, что перинатальный центр является самостоятельным учреждением. Однако предусматривалась возможность возлагать его функции на структурные подразделения многопрофильной больницы.

Одной из задач ПЦ значило выхаживание новорождённых и недоношенных на втором этапе, реабилитация новорождённых с неврологической патологией до 3 месяцев.

К сожалению, в связи с известными политическими событиями конца 80-х – начала 90-х годов программа создания перинатальных центров была свёрнута. И только в 2004 г. идею реанимировали приказом Минздравсоцразвития России № 308. В 2012 г. она получила новый импульс, став составной частью государственной программы «Развитие здравоохранения в Российской Федерации». Сегодня перинатальные центры активно возводятся, в 2020 г. их должно быть 94.

Однако с вводом в строй 55 современных перинатальных центров возник разрыв между условиями оказания медицинской помощи новорождённым детям в период нахождения их в перинатальном центре и в детской больнице. А требования едины и по качеству медицинской помощи, и по обеспечению безопасности лечения, и по предупреждению внутрибольничных заболеваний, и по бытовой комфортности, включая совместное пребывание новорождённого ребёнка с матерью.

– Получается, ПЦ по своему оснащению, материально-технической базе ушли вперёд, а детские больницы остались на прежнем месте?

– Именно так. Между тем обеспечение преемственности в оказании медицинской помощи новорождённым детям – больным, недоношенным, с врождёнными пороками развития, генетическими заболеваниями – является чрезвычайно важной задачей.

Ребёнок, появившийся на свет с очень низкой или экстремально низкой массой тела, нуждается не только в высококачественной реанимационной помощи и интенсивной терапии непосредственно в учреждении, где он родился, но и во втором этапе выхаживания, дальнейшей реабилитации. На этом этапе возникают проблемы, ведущие к детской инвалидности.

Программа модернизации здравоохранения позволила существенно укрепить материально-техническую базу областных, краевых, республиканских, окружных детских больниц (ОКРОДБ), которые в большинстве субъектов РФ обеспечивают высокотехнологичную

здоровья рождающихся детей, а следовательно, и на младенческую смертность, детскую инвалидность.

С переходом в 2012 г. России на новые критерии учёта живорождённости, рекомендованные ВОЗ, возросла ответственность за новорождённых, появившихся на свет с экстремально низкой массой тела. Несмотря на то, что их доля среди всех детей, родившихся живыми,

33 499 новорождённых детей в возрасте 0-6 суток, что составило 18,7% детей, получивших лечение в этих больницах в возрасте до года. В Псковской областной детской больнице доля переведённых новорождённых в возрасте 0-6 суток к числу детей первого года жизни составила 44,7%, в Липецкой – 47,4%, в Республиканской больнице им. П.П.Жемчуева (Калмыкия) – 50,4%.

и больных новорождённых, сроки лечения. Это ближайшие критерии.

– А как же выживаемость детей на первом году жизни, которым проведена коррекция нарушений развития, снижение первичной инвалидности, причины которой во многом связаны с перинатальным периодом?

– Реабилитация детей-инвалидов в основном лежит на детских больницах, реабилитационных центрах.

Наш анализ выявил чрезвычайные различия участия ОКРОДБ в оказании специализированной медицинской помощи новорождённым детям. Есть детские больницы, в которые новорождённые первых 6 суток жизни вообще не поступали (Курская, Оренбургская, Ростовская, Иркутская области, Республика Бурятия). В ряде больниц их число не превышает 2-3% от лечившихся в возрасте до года (Республика Марий Эл, Республика Тыва, Курганская область). В то же время во многих ОКРОДБ данный показатель более 30%.

– Какой вывод напрашивается в связи с этим?

– Требуется коррекция взаимодействия, обеспечения преемственности между учреждениями родовспоможения и детства. С вводом в строй современных перинатальных центров это стало просто необходимым.

– Согласна. Но такое взаимодействие определено порядками, утверждёнными приказами Минздрава России – № 572н по профилю «акушерство-гинекология» и № 921н по профилю «неонатология», обязательными для исполнения всеми медицинскими организациями страны.

– Совершенно верно. В п. 11 приказа Минздрава России № 572 записано, что перинатальный центр оказывает консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь новорождённым и детям первых месяцев жизни с врождённой перинатальной патологией, требующим оказания медицинской помощи в стационарных условиях; обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии детям раннего возраста, осуществляет профилактику отдалённых последствий перинатальной патологии.

В п. 13.4 предусмотрено отделение новорождённых акушерского физиологического и акушерского наблюдательного отделений; отделение патологии новорождённых и недоношенных детей (второй этап выхаживания); отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

То есть порядки не предусматривают массового перевода больных и недоношенных новорождённых, особенно в ранний неонатальный период.

– Если в функциях перинатального центра записано оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи новорождённым и детям первых месяцев жизни, обеспечение реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии детям раннего возраста, то почему дети из перинатальных центров переводятся в детские стационары в первые 6 суток?

– К сожалению, указанные документы составлены так, что трактовка их исполнения руководством перинатального центра и детской больницы нередко зависит от личных взаимоотношений главных врачей этих организаций.

В Порядке оказания медицинской помощи по профилю «неонатология» много оснований для разночтений, которые могут осложнять исполнение принципа преемственности между перинатальным центром и детской больницей.

Например, в п. 10 указано, что «медицинская помощь новорождённому при наличии состояний, которые требуют проведения интенсивной терапии, оказывается в организации, в которой проводилось рожоразрешение или в профильной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь детям».

В п. 18 значится: «При наличии в медицинской организации акушерского профиля, где произошли

Авторитетное мнение

# Нельзя делить неделимое

Перинатальные центры есть.

Нужны современные детские больницы

медицинскую помощь детскому населению регионов. Но начиная с 2013 г., субсидии на поддержание детских больниц сокращались: если в 2013 г. выделено 2,1 млрд руб., то в 2016 г. – всего 0,8 млрд. И это огорчает.

Сформированная в 20-х годах прошлого столетия система охраны материнства и детства была изначально скреплена идеей единства и преемственности в оказании медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, новорождённым и детям всех возрастов. Но, к сожалению, опровергнута реальной практикой отечественного здравоохранения.

Создавалась сеть самостоятельных родильных домов, детских больниц, женских консультаций и детских поликлиник. Преемственность между ними была прописана в многочисленных приказах, инструкциях. Однако в реальной жизни акушеры-гинекологи работали в своей системе, педиатры детских поликлиник, больниц – в своей. В этих системах шла борьба за «свои» показатели. Дети из родильных домов при любой патологии в кратчайшие сроки переводились в детские больницы. Без специального транспорта такие переводы были связаны с чрезвычайно высокой степенью риска.

Как правило, судьба переведённого новорождённого акушеров-гинекологов мало интересовала. Всё внимание женщины – беременной, роженице, родильнице.

Видимо, только в центральных районных больницах, где родильные отделения входили в состав единого комплекса, принцип преемственности в какой-то степени реализовывался.

– Но ведь сейчас многое меняется.

– И слава богу! Однако необходимость тесного, неформального взаимодействия между службами родовспоможения и медицинской помощи детям по-прежнему актуальна, что чётко видно из анализа многочисленных официальных статистических материалов, которые мы изучили.

В последние годы в России, по данным Росстата, рождается в среднем 1,9 млн детей. Относительно стабильны показатели преждевременных родов – около 6%, состояния здоровья беременных женщин: 75-78% имеют патологические отклонения и заболевания, предшествующие или возникшие во время беременности; у 64-63% женщин регистрируются заболевания и осложнения во время родов и в послеродовом периоде. Число нормальных родов остаётся на уровне 38-39%.

Эти базовые показатели составляют фон, влияющий на качество

сравнительно не велика (0,32-0,36%, в абсолютных цифрах 6,4-6,7 тыс. в год), их летальность в 100 раз выше общей летальности детей в учреждениях родовспоможения (24,1 и 0,23 соответственно).

За последние 5 лет заболеваемость детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, выросла с 2786,5 до 3243,8 на тысячу родившихся живыми (то есть на 16,4%).

– А заболеваемость детей, родившихся с очень низкой массой тела?

– Мы не располагаем такими официальными сведениями. Но структура заболеваемости схожа.

– И все эти дети поступают в детские больницы? Каков процент?

– Из учреждений родовспоможения переводятся в другие учреждения (детские больницы) в отделения выхаживания недоношенных и патологии новорождённых около 7% младенцев.

Ежегодно во всех стационарах страны получают лечение 638-690 тыс. детей с заболеваниями, возникшими в перинатальном периоде (практически каждый 9-й ребёнок, госпитализированный в больницу в возрасте 0-17 лет).

Ещё около 190 тыс. детей госпитализируются в детские стационары по поводу лечения врождённых пороков развития.

Обращает на себя внимание рост числа новорождённых, поступающих в детские стационары всех уровней в первые 6 суток (!) после рождения, в том числе с экстремально низкой массой тела. В 2012 г. 149,8 тыс. новорождённых в эти сроки переведены в детские стационары; в 2016 г. – 157 тыс. человек, в том числе с массой тела 500-999 г – более 3 тыс. человек. Из них каждый 4-5-й погибает, не прожив 168 часов.

Нами изучена ситуация взаимодействия учреждений родовспоможения, в том числе перинатальных центров (учреждения третьего уровня) и областных, краевых, республиканских, окружных детских больниц (учреждений третьего уровня в субъектах РФ), на основании статистических данных, полученных из 43 областных регионов России.

В 2016 г. в ОКРОДБ поступило



Н. Ваганов

Примечательно, что в детские больницы в первые 6 суток жизни переведено 672 ребёнка с экстремально низкой массой тела (!). Летальность среди них в ОКРОДБ, по нашим данным, на 65% выше среднестатистических данных по всем детским стационарам страны: 2,23 против 1,35% к числу переведённых детей.

– Возникает вопрос – какими принципами, нормами руководствуются учреждения родовспоможения, принимая решение о переводе новорождённых в детские стационары? Хотят побыстрее избавиться? Боятся испортить себе благостную статистику? И какие аргументы у главных врачей детских больниц при решении перевода больных и недоношенных новорождённых из учреждений родовспоможения? Есть ведь критерии успешной работы руководителей учреждений. К стати, каковы они, напомним, пожалуйста?

– Для учреждений родовспоможения, включая перинатальные центры: ранняя неонатальная смертность, выживаемость детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела в акушерских стационарах. Для детских больниц: больничная летальность, досрочная летальность.

Есть ещё экономическая составляющая – стоимость лечения, выхаживания глубоко недоношенных

роды, отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, интенсивную терапию в объёме, необходимом для полной стабилизации состояния ребёнка, включая ИВЛ, проводят в данной организации».

В случаях проведения длительной ИВЛ (более 6 суток) сроки перевода новорожденного в медицинские организации педиатрического профиля определяются заведующим ОРИТ медицинской организации акушерского профиля с заведующим ОРИТ медицинской организации педиатрического профиля (п. 19).

При наличии медицинских показаний новорожденных, не нуждающихся в проведении реанимационных мероприятий, из медицинской организации акушерского профиля переводится в отделение патологии

в таких крупных, как Московская, Тюменская, Новосибирская, Самарская, Мурманская области. Нет республиканских детских больниц в Хакасии, Карачаево-Черкессии, а также в Ямало-Ненецком автономном округе.

При этом в Мурманской области перинатальный центр введён в строй. В Хакасии, в Московской и Самарской областях ПЦ строятся и в нынешнем году будут введены в эксплуатацию. В Курской, Томской, Смоленской областях база областных детских больниц намного отстаёт от современных требований. А перинатальные центры уже построены (Курская, Томская области) или вводятся в строй в 2017 г. (Смоленская область).

Большинство ОКРОДБ не соответствует нормам СанПиНа. Даже

трической службой в постперинатальный период, чрезвычайно велики.

– Я бы добавил, и сложны. 7 из 11 индикаторов государственной программы развития здравоохранения, определяющих эффективность работы всей службы охраны материнства и детства, – на плечах педиатров.

Это стало наконец понятно на государственном уровне. В декабре 2012 г. вышло Распоряжение Правительства РФ, где указано на необходимость «повышения качества медицинской помощи детям на базе развития в субъектах РФ педиатрических стационаров на основе государственной поддержки реконструкции и строительства областных, краевых, республиканских многопрофильных стационаров, структура которых будет полностью соответствовать современным требованиям».

Прошло почти 5 лет со дня его появления. Пока это только намерения, пусть и изложенные на высоком государственном уровне.

Поставленные госпрограммой задачи, конкретные показатели, которые являются критериями эффективности службы охраны здоровья матери и ребёнка, не могут быть разделены между акушерами-гинекологами и педиатрами.

Созданная и реально работающая трёхуровневая система в службе родовспоможения должна бы быть дополнена такой же системой при оказании стационарной помощи детям. Формально она в России есть: на первом уровне – центральные районные и районные больницы, на втором – межрайонные учреждения специализированной помощи, не крупные городские больницы муниципального подчинения и на третьем – областные, краевые, республиканские, окружные, крупные городские многопрофильные детские больницы.

Трудность создания настоящего трёхуровневой системы в педиатрии в другом.

– В чём же?

– Система родовспоможения – это конкретное, по сути, urgentное направление в медицине, при котором не сложно определить этапы (уровни) оказания помощи беременной женщине (прежде всего). Медицинская помощь новорождённому, больному или недоношенному ребёнку будет оказываться там, где произошли роды, в том числе реанимация, интенсивная терапия, реабилитация, выхаживание.

В педиатрии надо выстраивать этапы лечения детей 0-17 лет (!) при самой разнообразной патологии – от банальных пневмоний, ОРВИ до злокачественных заболеваний, генетической патологии, редких заболеваний, патологии нервной системы – одного из самых частых и тяжёлых осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Возникает много организационных, методических, нормативных, юридических и других вопросов, которые надо решать в единой службе охраны материнства и детства.

Перинатальные центры, вероятно, целесообразно вводить в состав многопрофильных детских больниц. Такие решения приняты в Красноярске, Екатеринбурге, Краснодаре, Орле. В Казани перинатальный центр включён в состав Республиканской клинической больницы для взрослых, при этом организовано взаимодействие с рядом находящейся Детской республиканской клинической больницы. В Санкт-Петербурге перинатальный центр находится в составе Северо-Западного медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова. В Москве родильный дом № 4 введён в структуру клинической больницы № 64. Созданы условия для объединения перинатального центра с детской областной больницей в Пскове.

Нужна государственная программа «Развитие детских больниц в России».

Беседу вела Валентина ЕВЛАНОВА, корр. «МГ».

Деловые встречи

## Гепатиты – в фокусе внимания

Эта тема важна для многих регионов

**Ярославская область стала одним из регионов-участников федерального информационно-образовательного проекта «В фокусе внимания: вирусные гепатиты». Здесь прошла научно-практическая конференция «Инновации в диагностике и лечении инфекционных болезней. Бремя социально значимых заболеваний», организованная в целях обеспечения непрерывного последипломного образования специалистов.**

В регионе не первый раз обсуждается необходимость решения проблемы распространения жизнеугрожающих инфекций и оказания необходимой медицинской помощи населению. Именно здесь нынешней весной во время встречи с деловыми кругами Ярославской области Президент РФ Владимир Путин дал поручение разработать план мероприятий по обеспечению пациентов с гепатитом С противовирусной терапией.

Проект «В фокусе внимания: вирусные гепатиты», инициированный и реализуемый Международной ассоциацией специалистов в области инфекций, призван решить основные задачи для достижения глобальной цели, поставленной Всемирной организацией здравоохранения: ликвидировать вирусные гепатиты В и С как проблему общественного здравоохранения до 2030 г.

Во всём мире эти инфекционные заболевания ежегодно уносят больше жизней, чем ВИЧ, туберкулёз и малярия. Проблема в том, что, например, вирус гепатита С поражает не только печень, приводя к циррозу и злокачественным новообразованиям, но и наносит ущерб другим системам и органам человека, повышая риск смертности от сердечно-сосудистых, эндокринных, аутоиммунных и многих других заболеваний.

«Проблема вирусных гепатитов уже приняла такие масштабы, что требует пристального внимания и активных действий со стороны государства, профессионального сообщества и общества в целом, – говорит главный специалист в области инфекционных болезней Министерства здравоохранения РФ, доктор медицинских наук, профессор Ирина Шестакова. – Год назад ВОЗ приняла первую стратегию по вирусным гепатитам. Сегодня эта тема становится всё более актуальной в повестке здравоохранения России. В нашем арсенале есть все необходимые инструменты, чтобы противостоять росту заболеваемости вирусными гепатитами. Но если гепатит В нам удалось взять под контроль с помощью вакцинации, то для того чтобы переломить ситуацию с заболеваемостью гепатитом С, крайне важно в разы повысить охват терапией. Причём важно увеличить количество не просто пролеченных, но и излеченных пациентов. Учитывая системное влияние вирусных гепатитов на организм человека, вложение средств в их диагностику и лечение – это инвестиция в здоровье будущего нашей страны».

Так, по данным за 2016 г., в округе впервые выявлено более 18,5 тыс. пациентов с хроническими гепатитами В и С. На учёте состоят более 196 тыс. человек, из них лишь 2670 получают противовирусную терапию за счёт бюджетных средств. При этом охват лечением по сравнению с 2015 г. вырос более чем в 2 раза.

«Хронические вирусные гепатиты с каждым годом становятся всё более серьёзным бременем как для Центрального федерального округа, так и для страны в целом, – отмечает главный специалист по инфекционным болезням ЦФО главный врач Брянской областной инфекционной больницы Ирина Трагира. – Сегодня существуют современные эффективные противовирусные препараты и

схемы терапии, которые позволяют добиться полного излечения. Тем не менее количество пациентов, в ней нуждающихся, значительно превышает число тех, кто получил лечение. Это связано не только с доступностью лекарственных средств, но и с несовершенством системы оказания медицинской помощи, а также с недостатком оборудования для проведения диагностики, недостаточным количеством коек дневных стационаров, с отсутствием диалога между терапевтами и узкими специалистами. Кроме того, остро стоит и кадровый вопрос. Над решением данных проблем мы работаем в регионах ЦФО».

Федеральный проект «В фокусе внимания: вирусные гепатиты» в числе прочего направлен на выявление и содействие решению проблем инфекционной службы, а также обмен опытом и выработку рекомендаций и мер по борьбе с этими заболеваниями.

По данным на 2016 г., в Ярославской области на учёте состоят 4,5 тыс. пациентов с хроническими вирусными гепатитами. В 2016 г. вновь было выявлено более 150 пациентов с хроническим вирусным гепатитом В и С – около 500.

«За 3 последние года заболеваемость хроническими вирусными гепатитами в Ярославской области растёт небольшими темпами, отмечает главный специалист по инфекционным заболеваниям Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области, главный врач Инфекционной клинической больницы Ярославля, кандидат медицинских наук Андрей Ушошин. – Во многом это связано с улучшением диагностики и увеличением охвата скринингом населения региона. Мы планируем продолжать работу в этом направлении: даже по данным ВОЗ сейчас в мире диагноз гепатита В или С поставлен менее чем 5% людей, инфицированных этими вирусами. Именно поэтому сегодня мы активно говорим о необходимости наличия в регионе современного диагностического оборудования, в том числе для неинвазивного определения степени фиброза печени, например фиброскана. Кроме того, важно актуализировать существующий регистр пациентов с вирусными гепатитами в Ярославской области: возобновить персональный контакт, уточнить стадию заболевания и определить дальнейшую терапевтическую тактику. Мы прорабатываем вопрос увеличения финансирования новых проектов по лечению гепатитов, и, имея на руках персонализированный учёт всех тех, для кого они актуальны, мы сможем более эффективно планировать денежные средства».

Федеральный проект «В фокусе внимания: вирусные гепатиты» сегодня уже успешно реализуется в нескольких регионах страны, в числе которых Липецкая, Калининградская и Архангельская области, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Республика Башкортостан, Хабаровский край и др.

В них проводится оценка текущего состояния инфекционной службы, разрабатываются меры улучшения диагностики и повышения качества медицинской помощи пациентам с вирусными гепатитами, увеличения доступности для них наиболее эффективных терапевтических схем. Уделяется внимание непрерывному последипломному образованию инфекционистов и повышению «инфекционной настороженности» врачей разных специальностей, а также информированию общественности об этой социально значимой проблеме.

Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Ярославль.



Фото В. Евлановой

Какими вырастут эти малыши?

новорожденных и недоношенных детей медицинской организации педиатрического профиля (п. 27).

А в п. 25 уточняется: при выявлении у новорожденного заболеваний, которые излечиваются в сроки не более 10 суток и не представляют эпидемиологической опасности... наблюдение, обследование и лечение новорожденного осуществляется в медицинской организации, в которой ребёнок родился, при наличии в ней условий для диагностики и лечения данного заболевания.

Это положение относится к перинатальным центрам. Непонятен срок лечения – 10 дней.

Размытые нормы порядков, определяющих работу учреждений родовспоможения и педиатрии в вопросах их взаимодействия при оказании медицинской помощи больным новорожденным, недоношенным, обеспечение преемственности в проведении реабилитационных мероприятий, создают неоднозначную картину в перинатальном, неонатальном и постнеонатальном сегментах службы охраны здоровья матери и ребёнка в субъектах РФ.

Следует отметить, что перинатальные центры, построенные по Государственной программе, стали своеобразным эталоном обеспечения современными высокотехнологичными видами медицинской помощи женщин и новорожденных детей. Но для новорожденных недоношенных, больных время пребывания в ПЦ обычно исчисляется днями, 2-3 неделями.

А месяцы, годы лечения, реабилитации сотен тысяч детей, переживших сложный период новорожденности, являются полем ответственности работников учреждений педиатрического профиля, прежде всего детских больниц третьего уровня – областных, краевых, республиканских, окружных, отдельных крупных городских.

– В каком они состоянии? Какова степень готовности детских больниц обеспечить полноценное качество всех лечебных, реабилитационных, нередко интенсивных и реанимационных мероприятий у недоношенных и больных новорожденных?

– Начну с того, что в 11 субъектах РФ нет самостоятельных детских областных, краевых, республиканских, окружных больниц, даже

такие «продвинутые» по многим направлениям больничной помощи, как Детская республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан, нуждается в строительстве многопрофильного реабилитационного центра.

Орловский многопрофильный клинический центр медицинской помощи детям и матерям, в составе которого перинатальный центр, требует пристройки центра реабилитации.

В строительстве современных детских больничных комплексов взамен действующих нуждаются Оренбургская, Костромская, Курская, Томская области, республики Коми и Адыгея.

В большинстве больниц недостаточна база для обеспечения необходимых реабилитационных технологий, нужна реконструкция существующих зданий или возведение пристроек.

В ряде больниц неотложных мер по обновлению, капитальному ремонту требуют подразделения, в которых оказывается помощь на третьем этапе выхаживания, втором этапе реабилитации (Вологда, Владивосток, Владимир, Барнаул, Владикавказ, Ярославль).

С момента завершения программы модернизации прошло 5 лет. В большинстве детских больниц необходим капитальный ремонт. В 2016 г. в 31 детской больнице, где выделялись деньги на эти цели, суммарно затраты составили 171,7 млн руб., или 5,5 млн в среднем на одно учреждение.

По данным Минздрава России, 70 ОКРОДБ размещаются в 717 зданиях, 117 из которых требуют сноса, реконструкции, капитального ремонта, 109 размещены в приспособленных помещениях, 6 – в арендованных зданиях.

Только 77% зданий имеют водопровод, 73% – горячее водоснабжение, 80% – центральное отопление, 76% – канализацию в рабочем состоянии, 71% – телефонную связь, 20% – автономное энергоснабжение.

При этом надо понимать, что официальные данные существенно отличаются от реального состояния детских больниц.

– В то же время масштабы задач, стоящих перед педиа-

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 77 (2107)

(Продолжение.)

Начало в № 79 от 20.10.2017.

## Отдалённый прогноз

Неблагоприятные исходы после перенесённого ОКСбпСТ могут быть связаны как с повторными тромботическими эпизодами в районе разорвавшейся атеросклеротической бляшки или имплантированного стента, так и с прогрессированием атеросклероза в КА других сосудистых бассейнов.

Прогноз после ОКСбпСТ нередко хуже, чем после ИМ со стойким подъёмом сегмента ST. Во многом это может быть связано с тем, что больные с ОКСбпСТ обычно старше, имеют более распространённое атеросклеротическое поражение коронарного русла и более выраженную сопутствующую сердечную и внесердечную патологию. К факторам риска неблагоприятных исходов в отдалённые сроки заболевания относят осложнённое клиническое течение, сниженную ФВ ЛЖ, наличие фибрилляции предсердий и других нарушений ритма, тяжёлое поражение коронарного русла, признаки остаточной ишемии во время неинвазивных провокационных проб, наличие сопутствующих заболеваний. При этом выше вероятность повторного развития ИМ, в том числе той же локализации.

## Оценка риска кровотечений

Крупные кровотечения способствуют увеличению смертности при ОКСбпСТ. Для оценки риска крупных кровотечений в стационаре предпочтительна шкала CRUSADE (Приложение 6), которая наиболее информативна для оценки риска крупных кровотечений у больных, подвергнутых коронарной ангиографии (класс IIb, уровень В). Однако в целом точность её оценок не слишком велика.

## Госпитализация, длительность мониторинга наблюдения за ритмом сердца, сроки пребывания в блоке интенсивной терапии и стационаре

Больных с несомненным ОКСбпСТ или с подозрением на него необходимо срочно госпитализировать (предпочтительно бригадой СМП) в блок (палату) интенсивной терапии для лечения кардиологических больных стационара, обладающего возможностью инвазивного лечения ОКС (класс I, уровень С).

Осуществлять интенсивное наблюдение за больными с симптомами ОКС, не имеющими признаков ишемии миокарда на ЭКГ, разумно, пока не будут оценены динамика изменений ЭКГ и на основании повторного определения уровня сердечного тропонина в крови не будет исключён ИМбпСТ (класс IIa, уровень В). У больных с подозрением на ОКС, нормальной ЭКГ в динамике и нормальным уровнем сердечного тропонина в ближайшие 72 часа желательно выполнить нагрузочный тест под контролем ЭКГ или стресс-тест с использованием ЭхоКГ или визуализацией перфузии миокарда. При отсутствии указаний на коронарную болезнь сердца в анамнезе могут быть достаточно рано выполнены многотекторная компьютерная томография с контрастированием коронарных артерий или радиоизотопное определение перфузии миокарда в покое с использованием технеция-99m. В период ожидания результатов диагностических тестов, оценивающих наличие коронарной болезни сердца, у подобных больных может быть разумно использовать ацетилсалициловую кислоту, коротко действующие нитраты по потребности и другие лекарственные средства при наличии показаний (например, бета-адреноблокаторы) (класс IIa, уровень С).

До тех пор пока наличие ИМбпСТ не будет подтверждено или отвергнуто, следует осуществлять постоянное мониторирование ритма сердца (класс I, уровень С).

У гемодинамически стабильных больных с ИМбпСТ, не имеющих серьёзных аритмий, с ФВ ЛЖ  $\geq 40\%$ , без критических стенозов крупных КА или неудачной попытки реваскуляризации миокарда рекомендуется мониторинг ритма сердца в палате интенсивной терапии вплоть до 24 часов или ЧКВ (в зависимости от того, что наступит раньше) (класс IIa, уровень С). В остальных случаях при ИМбпСТ стоит продлить пребывание в палате интенсивной терапии (класс IIa, уровень С). Мониторирование ритма сердца может быть оправдано у отдельных больных с нестабильной стенокардией, не имеющих признаков продолжающейся ишемии миокарда, в случаях, когда есть подозрение на спазм коронарных артерий или симптомы

не позволяет исключить наличие аритмии (класс IIb, уровень С).

Больные с нестабильной стенокардией, без сохраняющихся или возобновляющихся симптомов, не имеющие других ФР неблагоприятного течения заболевания, могут быть выписаны по окончании периода оценки риска. Больные с ОКСбпСТ, обратившиеся за помощью в ранние сроки после возникновения симптомов, без выраженного повышения уровня сердечного тропонина в крови, с нормальной ФВ ЛЖ и единственным стенозом в КА, успешно устранённым при ЧКВ, могут быть выписаны из стационара

# Диагностика и лечение больных с острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST электрокардиограммы

## Клинические рекомендации

уже на следующий день. Наличие многососудистого атеросклероза, когда полной реваскуляризации миокарда сразу (или вообще) добиться не удастся, осложнений (например, сердечной недостаточности), тяжёлого заболевания сердца, выраженной сопутствующей патологии, преклонного возраста или острого обширного некроза миокарда указывает на необходимость более длительного лечения в стационаре, продолжительность которого должна быть максимально индивидуализирована.

## Лечение в остром периоде ОКСбпСТ

### Медикаментозное лечение Обезболивание

Для обезболивания больных с ОКСбпСТ следует использовать внутривенное введение наркотического анальгетика, предпочтительно морфина. Морфин обладает обезболивающим и анксиолитическим эффектами, вызывает венодилатацию, может немного уменьшить ЧСС за счёт увеличения тонуса вагуса и понизить АД.

Внутривенное введение наркотического анальгетика при ОКСбпСТ стоит рассматривать в случаях, когда болевой синдром, связанный с ишемией миокарда, сохраняется после приёма нитроглицерина. Дополнительные основания к применению морфина – выраженное возбуждение, одышка, признаки застоя в лёгких.

При введении морфина необходимо уделить особое внимание безопасности. Рекомендуется разводить препарат в 10-20 мл физиологического раствора и вводить внутривенно небольшими порциями (бульонами), постоянно оценивая достигнутый эффект, а также наличие и выраженность побочных проявлений (например, первоначально 1-5 мг, при необходимости повторно через 5-30 минут). Наиболее серьёзные побочные эффекты морфина – артериальная гипотония и угнетение дыхания. Воздействие морфина устраняется налоксоном (0,4-2,0 мг внутривенно).

Морфин может замедлить начало действия современных антиагрегантов для приёма внутрь (клопидогрела, тикагрелора) за счёт замедления их всасывания в кишечнике. Однако нет оснований из-за этого отказываться от использования наркотических анальгетиков в случаях, когда к ним есть соответствующие показания.

### Антиишемическое лечение Общие подходы

Цель антиишемического лечения – уменьшить потребность миокарда в кислороде и/или увеличить доставку кислорода к миокарду. Этого можно добиться за счёт уменьшения ЧСС, нормализации АД, уменьшения преднагрузки и снижения сократимости миокарда, а также поддержания достаточного насыщения артериальной крови кислородом и коронарной дилатации. Если имеется явный фактор, способный спровоцировать

или усугубить ишемию миокарда (например, приступ тахикардии, необычно высокое или низкое АД, декомпенсация СН, выраженная анемия, гипоксемия, гипертермия), следует его как можно быстрее устранить, а если это невозможно – максимально уменьшить его воздействие. Простейший способ понизить потребность миокарда в кислороде – ограничить двигательную активность за счёт постельного режима и уменьшить уровень стресса за счёт создания спокойной обстановки и психологического комфорта для больного.

В случаях, когда боль быстро не исчезает на фоне антиишемического лечения, необходима срочная коронарная ангиография вне зависимости от наличия или отсутствия изменений на ЭКГ и уровня сердечного тропонина в крови.

### Нитраты

Сублингвальное использование быстродействующих нитратов рекомендуется для облегчения симптомов, связанных с ишемией миокарда (класс I, уровень С).

Больной должен принять под язык таблетку нитроглицерина, содержащую 0,3-0,4 мг действующего вещества, и при необходимости повторить этот приём дважды с интервалом в 5 минут. После этого следует оценить целесообразность начала внутривенной инфузии нитратов.

Внутривенная инфузия нитратов показана при сохранении симптомов ишемии миокарда, а также у больных с возобновляющейся стенокардией, при признаках СН или неконтролируемой артериальной гипертензии (класс I, уровень С). При внутривенном введении доза нитратов осторожно титруется под контролем АД до исчезновения или хотя бы существенного уменьшения симптомов (стенокардии и одышки) или снижения систолического АД на 10-15% при исходно нормальном АД и на 25-30% при артериальной гипертензии (но не ниже 95 мм рт.ст.). Увеличение дозы нитратов может препятствовать возникновению выраженной головной боли или артериальной гипотонии.

Если длительность внутривенной инфузии нитратов превышает 24 часа, для поддержания эффективности лечения может потребоваться увеличение дозы.

Нитраты можно использовать при подозрении на вазоспастическую стенокардию и у больных с доказанной вазоспастической стенокардией (класс IIa, уровень В).

Нитраты не следует применять у больных с артериальной гипотонией, а также у недавно принявших ингибитор фосфодиэстеразы V (силденафил или варденафил в ближайшие 24 часа, тадалафил – в ближайшие 48 часов) (класс III, уровень В). Ориентировочные дозы нитроглицерина приведены в Приложении 7.

### Бета-адреноблокаторы

Бета-адреноблокаторы способствуют уменьшению ишемии миокарда за счёт устранения влияния катехоламинов на сердце, снижения ЧСС, АД и сократимости миокарда. Бета-адреноблокаторы при раннем использовании улучшают прогноз при ОКС, включая ОКСбпСТ, кроме больных с высоким риском развития кардиогенного шока. Положительное влияние раннего начала использования бета-адреноблокаторов на прогноз наиболее очевидно при ИМ.

При отсутствии противопоказаний приём внутрь бета-адреноблокаторов, не обладающих внутренней симпатомиметической активностью, следует начать в первые часы лечения ОКСбпСТ (класс I, уровень А) и продолжать их применение в дальнейшем (класс I, уровень В). Если в указанные сроки применить бета-адреноблокаторы не удастся из-за противопоказаний, состояние больного надо регулярно оценивать, и при исчезновении ограничивающих факторов начать титровать дозу одного из препаратов этой группы (класс I, уровень С).

У больных, которые раньше получали бета-адреноблокаторы, их приём рекомендуется продолжить, если нет выраженной СН (класс

I, уровень С). У стабилизированных больных с СН и ФВ ЛЖ  $< 40\%$  рекомендуется продолжить применение или начать использовать один из трёх бета-адреноблокаторов: метопролола сукцината с замедленным высвобождением действующего вещества, карведилола или бисопролола и при хорошей переносимости стремиться достичь целевых доз, обеспечивающих благоприятное влияние на прогноз.

Срочное начало лечения бета-адреноблокаторами надо рассматривать у больных с сохраняющимися симптомами ишемии миокарда, не имеющих противопоказаний к их применению (класс I, уровень В). Если необходим быстрый и контролируемый симптоматический эффект (сохраняющаяся выраженная ишемия миокарда, артериальная гипертензия, тахикардия, злокачественные желудочковые нарушения ритма), первую дозу желательно ввести внутривенно (класс I, уровень С).

Лечение бета-адреноблокаторами (в особенности их внутривенное введение)

не следует начинать при наличии СН (включая признаки низкого сердечного выброса), повышенной опасности развития кардиогенного шока (сочетание возраста  $> 70$  лет, ЧСС  $> 110$  в минуту, систолического АД  $< 120$  мм рт.ст., длительного срока после возникновения ИМ), продолжительности интервала PQ  $> 0,24$  сек, АВ-блокад 2-й или 3-й степени без установленного электрокардиостимулятора, сохраняющемся бронхоспазме. Бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь лёгких без сохраняющегося бронхоспазма не являются абсолютными противопоказаниями к бета-адреноблокаторам. В этих случаях преимущества за кардиоселективными бета-адреноблокаторами, и начинать лечение следует с низких доз.

Бета-адреноблокаторы не следует использовать при подозрении на вазоспастическую стенокардию (класс IIa, уровень В) или на фоне действия кокаина.

Сведения о препаратах этой группы и их ориентировочных дозах приведены в Приложении 7.

### Блокаторы кальциевых каналов

Все препараты, относящиеся к блокаторам кальциевых каналов, в равной степени вызывают коронарную вазодилатацию. Дилтиазем и верапамил эквивалентны бета-адреноблокаторам по способности уменьшить симптомы ишемии миокарда.

Блокаторы кальциевых каналов при ОКСбпСТ рекомендуются у больных с сохраняющейся или возобновляющейся ишемией миокарда, когда бета-адреноблокаторы недостаточно эффективны, противопоказаны или дают неприемлемые побочные эффекты (I, C). Длительное применение блокаторов кальциевых каналов стоит рассматривать, когда реваскуляризация миокарда невозможна или после неё сохраняется ишемия миокарда.

При наличии противопоказаний к бета-адреноблокаторам альтернативой для первоначального лечения ОКСбпСТ могут служить дилтиазем или верапамил, если у больного отсутствует клинически значимая сократительная дисфункция ЛЖ, нет повышенного риска кардиогенного шока, продолжительность интервала PQ не превышает 0,24 секунд и нет АВ-блокады 2-й или 3-й степени без функционирующего искусственного водителя ритма сердца (класс I, уровень В).

Пероральный приём дилтиазема или верапамил можно также рассматривать при возобновляющейся ишемии миокарда у больных, получающих надлежащие дозы бета-адреноблокаторов и нитратов и не имеющих противопоказаний (класс I, уровень С).

Дилтиазем, верапамил или длительно действующие производные дигидропиридина следует использовать при подозрении на вазоспастическую стенокардию и у больных с доказанной вазоспастической стенокардией (класс I, уровень В).



При ОКСбпST не следует широко применять короткодействующие препараты нифедипина, которые в любом случае нельзя назначать без одновременного приёма бета-адреноблокатора (класс III, уровень В). Длительно действующие производные лигидропиридина (амлодипин, фелодипин) могут быть полезными у больных пожилого возраста с систолической АГ в периоде реконвалесценции, однако они малоизучены при ОКСбпST.

Сведения о препаратах этой группы и их ориентировочных дозах приведены в Приложении 7.

**Оксигенотерапия**

Оксигенотерапия показана при насыщении артериальной крови кислородом < 90%, особенно в сочетании с одышкой, цианозом и другими проявлениями сердечно-лёгочной недостаточности (класс I, уровень С). Роль оксигенотерапии у больных с ОКСбпST, не имеющих артериальной гипоксемии, не ясна.

**Прочие неантитромботическое лечение Ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы**

Приём ингибиторов АПФ следует продолжить либо начать и продолжать неопределённо долго при остром ИМ, сочетающемся с СН, у больных с ФВ ЛЖ < 40%, АГ, сахарным диабетом или стабильным хроническим заболеванием почек, если нет противопоказаний (класс I, уровень А). Ингибиторы АПФ могут применяться и у более широкого круга больных с ИМ (класс IIa, уровень А). У больных с острым ИМ титрование дозы ингибиторов АПФ следует начать в первые 24 часа после стабилизации гемодинамики, хотя при этом есть опасность возникновения артериальной гипотонии и нарушения функции почек.

При повышенном риске осложнений разумно первоначально использовать препараты с коротким периодом полувыведения (например, каптоприл), а при исходно нарушенной функции почек дождаться её стабилизации и после начала использования ингибиторов АПФ или блокаторов рецептора ангиотензина контролировать уровень креатинина в крови. При ИМ, ХСН с ФВ ЛЖ < 40% рекомендуется использовать целевые дозы препаратов, оказывающих положительное влияние на прогноз (Приложение 7).

При непереносимости ингибиторов АПФ у больных с СН или ИМ и ФВ ЛЖ < 40% рекомендуются блокаторы рецептора ангиотензина (класс I, уровень А). Блокаторы рецептора ангиотензина могут применяться и у более широкого круга больных, которые не переносят ингибиторы АПФ (класс IIa, уровень В).

У больных с ИМ при ФВ ЛЖ ≤ 40% в сочетании с СН или сахарным диабетом, не имеющих существенного снижения функции почек (уровень креатинина в крови > 2,5 мг/дл или > 2,0 мг/дл у женщин) и гиперкалиемии (уровень калия в крови > 5,0 ммоль/л), в добавление к терапевтическим дозам ингибиторов АПФ и бета-адреноблокаторов показано использование блокатора рецепторов альдостерона (предпочтительно эплеренона) (класс I, уровень В).

Сведения о препаратах этой группы и их дозах приведены в Приложении 7.

**Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)**

НПВС (за исключением низких доз аспирина в качестве антиагреганта) не следует использовать при ОКСбпST из-за неблагоприятного влияния на прогноз (класс III, уровень В). При этом речь идёт не только о нежелательности их назначения, но и необходимости отмены во время госпитализации.

**Воздействие на уровень липидов в крови**

Уровень липидов крови натощак при ОКСбпST целесообразно определить как можно быстрее, предпочтительно в первые 24 часа после госпитализации (класс IIa, уровень С). У всех больных с ОКСбпST следует начать или продолжить лечение высокой дозой статинов (в частности, аторвастатин в суточной дозе 80 мг), если к ним нет противопоказаний (класс I, уровень А).

**Антитромботическая терапия Антитромботические препараты (антиагреганты)**

Тромбоциты играют ключевую роль в инициации и нарастании коронарного тромбоза. Поэтому лекарства, подавляющие функцию тромбоцитов, так называемые антиагреганты или антитромботические препараты являются важнейшей составляющей в патогенетической терапии ИМ. Антитромботические препараты эффективны в отношении ишемических событий как в остром периоде, так и при вторичной профилактике атеротромботических эпизодов. По меньшей мере три класса антиагрегантов доказали свою эффективность у больных ОКС (см. рис. 3). К ним относятся ацетилсалициловая кислота или аспирин, ингибиторы P2Y<sub>12</sub> рецепторов тромбоцитов и блокаторы гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa. Следует упомянуть

о новом классе антиагрегантов, пока ещё не нашедших широкого клинического применения, – ингибиторах PAR-рецепторов тромбоцитов. Механизм действия этих препаратов связан с подавлением активации тромбоцитов, вызванной тромбином. Реальность рецепторной значимости ингибиторов PAR-рецепторов пока не ясна.

**Аспирин**

Необратимо ингибирует циклооксигеназу 1-го типа, что приводит к уменьшению синтеза тромбоксана A<sub>2</sub> в тромбоцитах, уменьшение его образования, в свою очередь снижает активацию тромбоцитов (см. рис. 3). Активация тромбоцитов тромбоксаном и аденозиндифосфатом (АДФ) через P2Y<sub>12</sub> рецептор являются важнейшими механизмами, обеспечивающими тромбоцитарный ответ на повреждение сосудистой стенки. Аспирин необратимо действует на тромбоциты, поэтому его эффект сохраняется на протяжении всего периода жизни этих клеток (7 дней).

Для достижения быстрой блокады ЦОГ-1 рекомендуется однократная нагрузочная доза аспирина 150-300 мг. Для тех, кто не может проглотить таблетку, возможно внутривенное введение 150 мг аспирина (эта доза эквивалентна 300 мг данным per os). При отсутствии противопоказаний аспирин рекомендован всем больным с ОКСбпST

в монотерапии аспирином в отношении рецидивирующих тромботических эпизодов. Тем не менее до 10% больных с ОКСбпST, получающих аспирин и клопидогрел, в течение года переносят повторные ишемические эпизоды, у 2% больных отмечается тромбоз стента. Частично эти негативные события могут быть связаны с недостаточным антитромботическим ответом на назначение клопидогрела. Фармакодинамические и фармакокинетические исследования обнаружили индивидуальные различия в реакции пациентов на клопидогрел. Была обнаружена связь степени подавления функции тромбоцитов с ишемическими и геморрагическими осложнениями. Недостаточное подавление функции тромбоцитов ассоциировалось с риском ишемических исходов, а слишком сильное – с риском кровотечений. Имеются доказательства того, что снижение или повышение чувствительности пациентов к клопидогрелу генетически детерминировано и связано с носительством полиморфизмов, уменьшающих или увеличивающих образование активного метаболита, что клинически проявляется тромботическими эпизодами или кровотечениями.

Празугрел представляет собой тиенопиридин третьего поколения и так же, как клопидогрел, необратимо блокирует P2Y<sub>12</sub> рецепторы тромбоцитов и является пролекарством, но с более быстрым превращением в печени, что обеспечивает более быстрый и сильный антитромботический эффект. Изучался у больных ОКС в сравнении с клопидогрелом в нагрузочной дозе 300 мг и поддерживающей 75 мг и показал преимущества в отношении снижения суммарной частоты смерти, ИМ и инсульта в основном за счёт снижения частоты ИМ. Однако частота крупных кровотечений оказалась существенно выше при использовании празугрела. Празугрел в сравнении с клопидогрелом оказался эффективнее в отношении возникновения тромбозов стентов, а также у пациентов с установленными стентами с лекарственным покрытием (первого поколения). Празугрел рекомендован в составе

ДАТТ у больных с ОКСбпST с некоторыми ограничениями, касающимися пациентов с высоким риском кровотечения: перенёсших инсульт или транзиторную ишемическую атаку, старше 75 лет. На сегодняшний день празугрел отсутствует в РФ.

**Тикагрелор**

Тикагрелор – пероральный обратимый ингибитор P2Y<sub>12</sub> рецепторов тромбоцитов с периодом полувыведения в плазме крови от 6 до 12 часов. Помимо вышеописанного механизма тикагрелор ингибирует захват аденозина клетками. Из-за обратимости действия тикагрелора на тромбоциты степень и длительность подавления P2Y<sub>12</sub> рецепторов зависит от концентрации тикагрелора в плазме крови. При отмене тикагрелора функция тромбоцитов восстанавливается быстрее, чем при отмене клопидогрела. Тикагрелор повышает содержание лекарства, метаболизирующихся с помощью СУР3А, например симвастатина, а умеренные ингибиторы СУР3А4, например дилтиазем, могут повышать концентрацию тикагрелора в плазме и несколько задерживать прекращение его антитромботического эффекта в случае отмены препарата.

Тикагрелор (нагрузочная доза 180 мг, поддерживающая – 90 мг x 2 раза в сутки) сравнимался с клопидогрелом (нагрузочная доза 300 мг, поддерживающая – 75 мг в сутки у больных с ОКСбпST среднего и высокого риска и больных ОКСпST. Тикагрелор оказался эффективнее клопидогрела в отношении снижения относительного риска суммарной частоты инфаркта миокарда, инсульта и сердечно-сосудистой смерти. Крупных, не связанных с КШ кровотечений больше в группе тикагрелора, чем в группе клопидогрела, но различия в частоте угрожающих жизни и фатальных кровотечений в сравниваемых группах не было. Преимущество тикагрелора перед клопидогрелом у больных с ОКСбпST сохранялись вне зависимости от выполнения реваскуляризации в первые 10 дней от появления ОКС. У пациентов с ОКСбпST в группе тикагрелора отмечалась тенденция к снижению частоты тромбоза стента.

Снижение смертности от всех причин в группе тикагрелора по сравнению с клопидогрелом наблюдалось вне зависимости

от пола пациентов, а также в различных подгруппах больных ОКС с высоким риском (старше 75 лет, перенёсших ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку, имеющих хроническую болезнь почек). Помимо увеличения частоты малых и крупных (не связанных с КШ) кровотечений в группе тикагрелора чаще отмечались следующие побочные эффекты: одышка (без признаков бронхоспазма), брадикардия и повышение уровня мочевой кислоты. Одышка отмечается примерно у 14% больных, у 30% больных через 7 дней приёма она исчезает или значительно уменьшается и полностью проходит после прекращения приёма тикагрелора. Частота возникновения брадикардии не превышает 4%. Требуется осторожность при назначении тикагрелора больным со склонностью к брадикардии (синдром слабости синусового узла, атрио-вентрикулярная блокада 2-3-й степени) без установленного ЭКС. Повышение креатинина более чем на 30% отмечалось у 25% больных ОКС, принимавших тикагрелор, что требует внимания у пациентов старше 75 лет, а также при хронической почечной недостаточности. Повышение мочевой кислоты отмечается у 22%, поэтому рекомендуется соблюдать осторожность у больных с исходной гиперурикемией и подагрическим артритом в анамнезе, не рекомендуется использовать препарат у больных гиперурикемической нефропатией.

Итак, ингибитор P2Y<sub>12</sub> рецептора рекомендован в добавление к аспирину на протяжении 12 месяцев, несмотря на имеющиеся противопоказания в виде повышенного риска кровотечений (класс I, уровень А). Возможны следующие варианты.

Тикагрелор (нагрузочная доза 180 мг, поддерживающая – 90 мг x 2 раза) при отсутствии противопоказаний (внутричерепное кровоизлияние в анамнезе или продолжающееся кровотечение) рекомендован всем больным среднего и высокого риска развития ишемических событий (с повышенным тропонином), несмотря на начальную тактику лечения и использование клопидогрела на начальном этапе лечения (класс I, уровень В).

Клопидогрел (нагрузочная доза 300-600 мг, поддерживающая 75 мг) рекомендован больным, которые не могут получить тикагрелор или нуждаются в приёме пероральных антикоагулянтов (класс I, уровень В).

**Внутривенные ингибиторы P2Y<sub>12</sub> рецепторов тромбоцитов.** Кангрелор представляет собой аналог АТФ, который обратимо связывается с P2Y<sub>12</sub> рецепторами тромбоцитов. Препарат имеет высокое средство к P2Y<sub>12</sub> рецепторам и очень короткий период полужизни (менее 10 минут), что обеспечивает после внутривенного введения болюса очень быстрое и эффективное подавление АДФ-вызванной агрегации тромбоцитов. У больных с ОКСбпST функция тромбоцитов восстанавливается спустя 1-2 часа после прекращения инфузии. Кангрелор пока не утверждён в РФ.

**Когда назначить ингибиторы P2Y<sub>12</sub> рецепторов тромбоцитов больному с ОКСбпST**

В существующих рекомендациях по лечению больных с ОКСбпST от 2011 г. указано о необходимости назначения ингибиторов P2Y<sub>12</sub> рецепторов сразу после уточнения диагноза вне зависимости от тактики лечения (инвазивной или консервативной).

**Мониторирование функции тромбоцитов при лечении ингибиторами P2Y<sub>12</sub> рецепторов**

Необходимость исследования остаточной реактивности тромбоцитов (ОРТ) или фармакогенетического исследования может быть рассмотрена в индивидуальном порядке у пациентов, получающих клопидогрел. Исследование ОРТ оправдано в особых ситуациях, когда нет возможности заменить клопидогрел на тикагрелор и у больного имеется высокий риск тромботических осложнений. К ним относят следующие: тромбоз стента в анамнезе, опасения в отношении приверженности пациента к приёму клопидогрела, высокая остаточная реактивность вопреки регулярному приёму клопидогрела, ЧКВ на стволе ЛКА или единственной проходимой артерии.

Несмотря на определённые свидетельства связи величины ОРТ более 208 единиц у больных, принимающих клопидогрел, с ишемическими событиями, гипотеза оптимизации антитромботической терапии на основе определения лабораторного эффекта антиагреганта пока не нашла своего подтверждения, так же, как и практическая значимость фармакогенетического исследования.

*(Продолжение следует.)*

Под редакцией почётного президента Общества специалистов по неотложной кардиологии профессора Михаила РУДЫ.

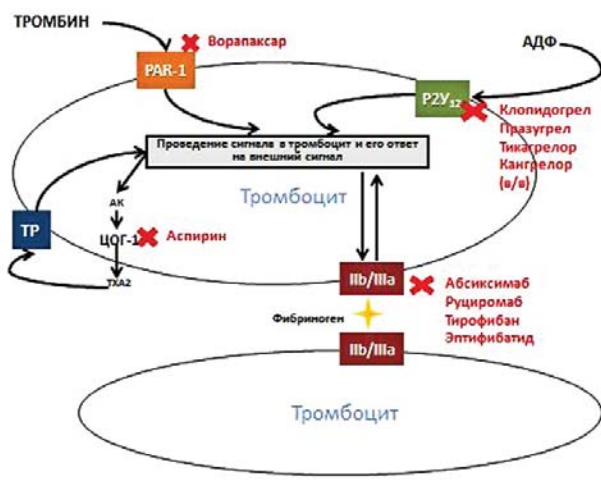


Рис. 3. Механизмы действия антитромботических препаратов

АК – арахидоновая кислота; PAR-1 – рецептор, активируемый протеазами 1-го типа; TP – рецептор к тромбоксану; P2Y<sub>12</sub> – рецептор к АДФ (аденозиндифосфату); IIb/IIIa – гликопротеиновые рецепторы IIb/IIIa

неопределённо долго, поддерживающая 75-100 мг (класс I, уровень А). При постоянном приёме аспирина достигается устойчивая блокада ЦОГ-1, поэтому специального лабораторного контроля терапии аспирином не требуется.

**Пероральные ингибиторы P2Y<sub>12</sub> рецепторов тромбоцитов**

К этому классу препаратов относятся обратимые и необратимые блокаторы рецепторов тромбоцитов к АДФ. Среди них известны три производных тиенопиридина (не используемый в настоящее время тиклопидин, клопидогрел и празугрел; последний отсутствует в РФ). Все они являются пролекарствами и должны пройти превращение в печени с помощью изоферментов цитохрома P450 до образования коротко живущих активных метаболитов, которые необратимо модифицируют АДФ рецептор тромбоцитов. Тромбоциты, подвергнутые действию тиенопиридинов (так же, как и действие аспирина), не могут восстановить свою функцию на протяжении всего периода жизни (7 дней).

В отличие от аспирина и тиенопиридинов тикагрелор и кангрелор являются прямыми, обратимыми блокаторами P2Y<sub>12</sub> рецепторов, им не требуется метаболическая активация, а их антитромботический эффект напрямую зависит от присутствия препарата в кровотоке (Приложение 7a).

**Клопидогрел**

Клопидогрел (нагрузочная доза для лиц старше 75 лет 300-600 мг, поддерживающая – 75 мг) является тиенопиридином второго поколения и представляет собой неактивное пролекарство, которое превращается в печени с помощью изоферментов цитохрома P450 в активный метаболит. Установлено, что до 85% пролекарства гидролизуются эстеразами в неактивную форму, а оставшиеся 15% превращаются в активный метаболит, который селективно и необратимо ингибирует P2Y<sub>12</sub> рецептор и тем самым ингибирует АДФ-вызванную агрегацию тромбоцитов. С 2001 г. двойная антитромботическая терапия (ДАТТ), включающая комбинацию аспирина и клопидогрела становится стандартом лечения больных с ОКСбпST, так как она оказалась эффективнее

В Москве состоялась XXIII Объединённая российская гастроэнтерологическая неделя, в рамках которой был рассмотрен широкий круг теоретических и практических вопросов современной гастроэнтерологии, гепатологии, эндоскопии, педиатрии и других смежных дисциплин. Она объединила не только российских экспертов, но и мировых, которые представили свои доклады, лекции, мастер-классы, презентации и многое другое.

### Деликатная проблема

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний зависит от частоты дефекаций. Известно, что у социально благополучных лиц объём стула существенно выше, чем у тех, кто находится на нижней ступени социальной лестницы, – такими словами начал свою лекцию мастер-класс, посвящённый запорам, главный гастроэнтеролог Минздрава России, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, академик РАН Владимир Ивашкин.

По его словам, проблемы со стулом мало зависят от возраста, они колеблются примерно в одном диапазоне. Это свидетельствует о том, что весьма существенными являются наследственные факторы. Кроме того, лица с затруднёнными актами дефекации имеют нечто общее.

Хотелось бы отметить, что по своему строению энтеральная нервная система очень сложна. Это нервные рокады, соединяющие параллельно идущие дороги. Главным связующим звеном здесь являются интерстициальные клетки Кахала со своими многочисленными сосками, обхватывающими гладкие мышцы, далее идут мышечные ганглии, фибробласты и т.д. На каждом из этих уровней возможны определённые модификации, которые приводят в конечном итоге к изменению функций.

Любопытный факт, открытый относительно недавно, – в зоне сигмовидной кишки наблюдаются антиперистальтические движения. Смысл этих контрперистальтических движений, конечно, состоит в поддержании гомеостаза выделения содержимого кишечника. Теперь понятно, почему в нормальных условиях дефекация происходит один раз в сутки. Потому что существует такая активность, которая держит жидкое кишечное содержимое от непрерывной элиминации из кишки. Это сложная система действия и противодействия, – отметил академик В.Ивашкин.

В утренние часы амплитуда активности кишечника усиливается, поскольку данное время является привычным для эвакуации каловых масс. Это говорит о том, что вместе с пробуждением включается гормональная и нервная активность, необходимая для формирования движения пропульсивных волн. Однако при замедленном транзите, запоре всё выравнивается, становится низкоамплитудным, без утренних градиентов, и еда не вызывает никакой активности. Данное явление можно назвать «молчащей» толстой кишкой. Нарушены функция регуляции, активация амплитудных волн, которые обеспечивают эвакуацию. Эту кишку необходимо каким-то образом «завести», «зарядить», «включить».

### Гормон счастья

Кишка приобретает патологическое свойство, потому что она теряет проксимо-дистальный градиент. Основным движущим фактором пропульсивной активности является серотонин, в частности образующийся из триптофана. Для этих превраще-

### Экспертный уровень

# Гастроэнтерологические краски осени

Достоверные результаты клинических исследований – базис для терапии

ний триптофана в серотонин очень важна микробиота. Серотонин посредством своих 5-гидроксириптаминовых рецепторов создаёт этот градиент. При нормальной кишечной эвакуации необходим проксимо-дистальный градиент внутрипросветного давления, у пациентов с запорами он исчезает.

Серотонин активирует серотониновые рецепторы 4-го типа, которые в зависимости от исходного состояния кишки либо увеличивают, либо сокращают длину дистантных сокращений, повышают ритмичность пропульсивных моторных комплексов.

При запорах необходимо применение препаратов, усиливающих моторику кишечника и восстанавливающих проксимо-дистальный градиент внутрипросветного давления, – подчеркнул В.Ивашкин.

### На бактериальном уровне

Как уже было сказано, для превращения триптофана в серотонин очень важна микробиота. Свой доклад о влиянии кишечной микробиоты на течение заболевания, психоэмоциональный статус и эффективность проводимого лечения у пациентов с хроническим запором представил член Российской гастроэнтерологической ассоциации, клинический ординатор Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х.Василенко Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Анатолий Ульянов. Он рассказал о разнице между микробиотой (совокупность микроорганизмов в определённой среде) и микробиомом (полный набор микроорганизмов, их генов и геномов в данной локации).

Микробиота и микрофлора – это совокупность микробиоценозов, характеризующихся определённым видовым составом, занимающих тот или иной биотоп в организме, – отметил А.Ульянин.

Он подчеркнул, что постоянство микробного состава определяется в первую очередь сбалансированным рационом. Это определяет наличие субстрата для бактерий, для их обмена и энергетических процессов.

Известно, что при снижении моторики трансформируется качественный и количественный состав микробиоты. При сниженной моторике меняется микробное разнообразие. Немаловажно отметить, что изменение микробиом при снижении моторики затрагивает также изменение соотношения бифидобактерий и лактобацилл. У пациентов со сниженным транзитом этих компонентов становится меньше. Микробиота участвует в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, гипертонии, почечной недостаточности, сахарного диабета, повышает риск образования тромбозов сосудов, – подчеркнул доктор А.Ульянин.

Немаловажным является изменение психоэмоционального статуса пациента. Вероятнее всего, причина данного изменения заключается в аминокислоте, поступающей в организм из молочных продуктов, – триптофана. Это незаменимая аминокислота. Попадая в организм, она подвергается

некоторым превращениям. Одно из них – серотонин, который обеспечивает постоянство психоэмоционального состава. Другой тип превращения – кинуренин, который ответственен за развитие депрессии, тревоги у пациента.

Определение, по какому пути пойдёт превращение триптофана, зависит от активности ферментов. Здесь нельзя не отметить влияние провоспалительных цитокинов, интерферонов, интерлейкинов, фактора некроза опухоли, – отметил А.Ульянин.

Говоря о взаимодействии микробиоты и ЦНС, нужно отметить, что важную роль в этой системе занимают пробиотики, в частности так называемые психобиотики – бактерии, попадающие в организм в достаточном количестве и способные принести пользу пациентам, страдающим психическими заболеваниями.

В заключение своего выступления докладчик подчеркнул, что не бывает нормальной моторики без нормального микробиома и не бывает нормального микробиома без нормальной моторики.

### Сложный выбор

Одной из важнейших проблем современности является выбор правильного гепатопротектора (препараты, положительно влияющие на функцию печени). В рамках своего доклада данный вопрос рассмотрел главный гастроэнтеролог Центрального военного клинического госпиталя им. А.А.Вишневского, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Сергей Плюснин.

Количество пациентских инвентивий в гепатопротекторы продолжает увеличиваться, и при этом растёт смертность от цирроза печени. Гепатопротекторов уже порядка 80, а коэффициент смертности от цирроза у нас в 3 раза превышает среднемировой, – такими словами начал своё выступление С.Плюснин. Среди причин смерти у мужчин – алкоголь, у женщин – алкоголь и инсульт. Можно, конечно, говорить о неалкогольной жировой болезни печени, но важно понимать, что весь диагноз алкогольной и неалкогольной болезни печени строится лишь на словах самого пациента. То есть если мы задаём ему вопрос, пьёт он или нет, и он отвечает «нет», значит, имеем неалкогольную жировую болезнь печени (НАЖБП), а если «да» – алкогольную болезнь печени (АБП). Ни одним инструментальным методом, в том числе биопсией, невозможно отличить НАЖБП от АБП, поэтому для России это немного лукавый диагноз.

При выборе препаратов для лечения АБП необходимо ориентироваться на результаты двойных слепых плацебоконтролируемых исследований и метаанализы.

Эффективность любого лекарственного препарата, в том числе



Выступает С.Плюснин

и гепатопротектора, оценивается по выживаемости. Но в мире очень мало исследований, которые направлены на анализ выживаемости при применении того или иного препарата.

### На любой вкус

Все гепатопротекторы разделены на 4 группы: с доказанной эффективностью (действующее вещество – адеметионин), с доказанной неэффективностью, с сомнительной эффективностью и гепатопротекторы, продуктивность и безопасность которых ещё не были исследованы.

Разумеется, в идеале должно быть такое лекарство: назначил – вылечил – отменил, но, к сожалению, не всегда бывает так, например при сахарном диабете мы назначаем пациенту инсулин, но он не вылечит диабет, а лишь увеличит продолжительность жизни, – отметил профессор С.Плюснин.

Первая группа гепатопротекторов оказала эффективность при холестазах, снижении щелочной фосфатазы, билирубина, при различных хронических заболеваниях печени, гепатитах, циррозах, первичном билиарном циррозе. Это как раз то редкое исследование, которое было направлено на выживаемость. В данном эксперименте одной группе больных с АБП и циррозом был назначен адеметионин, а другой – плацебо на 2 года, поскольку основным критерием была выживаемость. Это было справедливо для цирроза печени класса А и В, при классе С уже не помогает ничего, кроме трансплантации печени, поэтому терапию необходимо начинать своевременно, при классе А.

Было доказано, что все хронические заболевания печени, особенно цирроз, сопровождаются уровнем адеметионина в печени, понижение которого приводит к дальнейшим её повреждениям.

Адеметионин синтезируется в печени из метионина, принимает участие в 40 метаболических реакциях, в том числе в синтезе глутатиона. Он обеспечивает механизм клеточной детоксикации при всех интоксикациях, в том числе и при лекарственных гепатитах.

Вторая группа – это эссенциальные фосфолипиды, получаемые из сои. Участники исследования

были поделены на 2 группы: одной давали эссенциальные фосфолипиды (15 капсул), другой – 15 капсул плацебо, через 2 года их пропунктировали, существенных различий между группами выявлено не было. С 2003 г. эссенциальные фосфолипиды не используются в США и большинстве стран Европы.

Мы помним заповедь Гипократа: «Лекарство берите из пищи». В какой же пище содержатся эссенциальные фосфолипиды? Практически в любой. Больше всего в желтке яйца (в 5 раз больше, чем в сое). Если говорить об очень важных фосфолипидах, таких как фосфатидилхолин, то его в яйце в 7 раз больше, а фосфатидилэтаноламина (который содержится в нашем головном мозге) в 4 раза больше. В яйцах содержатся практически все эссенциальные фосфолипиды, – подчеркнул С.Плюснин. Например, великий отечественный физиолог Иван Петрович Павлов ел 2 отварных куриных яйца в день, винегрет и яблоки. В XIX веке яйца были признаны самой лучшей едой. Есть такая поговорка: бог создал еду, а дьявол – повара. В XX веке нам сказали, что яйца есть вредно, а водку пить полезно. Сейчас уже всеми диетологами мира доказано, что употребление 2 яиц в день никак не влияет на уровень холестерина.

Существуют также препараты на основе расторопши (сорняк), однако всеми исследованными (рандомизированные, слепые, метаанализы, систематические обзоры и пр.) была доказана неэффективность этих препаратов.

Третья группа гепатопротекторов – урсодезоксихолиевая кислота (УДХК). В проведенном исследовании участники были поделены на 2 группы: одной группе назначили УДХК, а другой – плацебо. В первой умерли 35 больных, в группе плацебо – 20. Выживаемость в первой группе была ниже, чем в группе плацебо.

Результаты рандомизированных исследований показали, что Л-орнитин-Л-аспартат эффективнее плацебо в лечении печёночной энцефалопатии, но он не обеспечивает получения показателей выживаемости. Назначен он или нет – пациенты умрут в одно и то же время. Эффективность Л-орнитина-Л-аспартата и лактулозы одинакова.

Было показано, что хенодезоксихолиевая кислота (четвёртая группа гепатопротекторов) является очень токсичной. Однако хотелось бы отметить, что самым лучшим гепатопротектором является врач, опирающийся в своей работе на результаты достоверных клинических исследований и убеждённый в том, что безопасных доз алкоголя нет, – подчеркнул С.Плюснин. Тем врачам, которые со мной не соглашаются и говорят, что красное вино очень полезно, поскольку делается из винограда, содержит природные антиоксиданты и пр., я всегда говорю – ешьте виноград. Закончить хотелось бы словами Бенджамина Франклина: «Чем лучше врач, тем больше он знает бесполезных лекарств».

### Первая аккредитация состоялась

«Подводя итоги первичной аккредитации студентов лечебных факультетов, мы должны в рамках открытой дискуссии обсудить вынесенные уроки и сделать выводы, что необходимо изменить в учебном процессе, чтобы все студенты успешно проходили это испытание на профпригодность, – призвал коллег президент Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова Минздрава России, председатель УМК по инфекционным болезням Координационного совета по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» академик РАН Николай Ющук. – Я считаю, что в первую очередь необходимо решить, что следует изменить в подготовке студентов на наших кафедрах инфекционных болезней».

Он выступил с докладом на эту тему. По его мнению, первый урок, вынесенный по итогам аккредитации, состоит в том, что она прошла успешно во всех медицинских вузах страны. Однако из числа принявших участие в аккредитации имеется незначительное количество студентов, не прошедших это испытание. Не все студенты проходят аккредитацию с первого раза.

Второй урок – работодатель, в первую очередь в лице Минздрава России, определился с перечнем практических навыков, которые должны быть продемонстрированы выпускниками на станциях в рамках Объективного структурированного клинического экзамена.

Однако, в исследовании, проведенном в МГМСУ, при самооценке готовности выпускника к самостоятельной врачебной деятельности была выявлена прямая связь с когнитивными навыками – умение собрать и анализировать информацию о здоровье пациента – и низкая связь с мануальными навыками. Очевидно, необходимо обсудить этот факт и принять решение об обязательном контроле уровня отработки практических навыков в рамках учебного процесса и на кафедрах.

### Что нужно знать и уметь по разделу «инфекционные болезни»

«Это очень важно, поскольку инфекционные болезни входят в блок терапевтических наук, – отметил Н.Ющук. – В то же время необходимо учитывать, что на додипломном периоде образования вузы не готовят врача-инфекциониста, но при этом нужно четко определить, что должен знать и уметь врач общей практики по разделу «инфекционные болезни». То есть требуется провести четкую дифференциацию в уровне и глубине подготовки как на до-, так и на последипломном периоде образования».

Иногда преподаватели кафедр инфекционных болезней забывают, что их выпускники не врачи-инфекционисты, возможно, завышают свои требования на экзамене. В связи с этим УМК проводит постоянную работу по разработке единых дифференцированных стандартов в образовательных технологиях. Примером могут служить разработанные и изданные учебные пособия по стандартизованному пациенту и синдромальной диагностике, которые были представлены на предыдущем заседании УМК. Пособия нашли своё место в учебном процессе, и свидетельством тому – материалы, которые представлены в докладе профессора Вильдана Фазылова «Перспективы реализации проекта «Стандартизованный пациент» с инфекционной патологией в условиях центра практических умений для студентов 5-6-х курсов лечебного факультета».

Третий урок, вынесенный из итогов первичной аккредитации (по мнению Николая Дмитриевича), состоит в том, что, принимая во внимание важность контроля практических навыков во время прохождения первичной аккредитации студентов, можно сделать вывод о том, что требуется дополнительная коррекция рабочих учебных программ с акцентом на отработку и

Расширенное заседание учебно-методической комиссии (УМК) по инфекционным болезням Координационного совета по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» прошло на базе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. Открывая заседание, председатель Координационного совета, ректор Сеченовского университета, академик Пётр Глыбочко отметил: «Сегодня роль УМК существенно возросла – это актуализация Федеральных государственных образовательных стандартов (ФГОС), создание банка оценочных средств для проведения аккредитации выпускников, участие в разработке профессиональных стандартов, совершенствование процесса обучения, повышение квалификации и аккредитация профессорско-преподавательского состава».

П.Глыбочко пожелал успешной работы участникам УМК по инфекционным болезням и призвал их к сотрудничеству с Сече-

новским университетом, участником Программы 5-100, успешно развивающим международное сотрудничество с ведущими зарубежными вузами.

О роли УМК в совершенствовании процессов обучения и аккредитации доложил проректор Сеченовского университета Андрей Свиштунов. Он, в частности, сказал: «Основное направление работы – прогноз перспектив развития профессий, анализ востребованных компетенций и улучшение качества подготовки молодых специалистов. С этой целью проведена актуализация 24 стандартов программ ординатуры, ФГОС для аккредитации выпускников по специальностям «Стоматология», «Фармация», «Лечебное дело», «Медицинская биофизика, биохимия и кибернетика». Идёт работа по повышению квалификации профессорско-преподавательского состава, активизации учебно-методической деятельности».

### Актуально

# На площадке Координационного совета

## Инфекционные заболевания не уходят на второй план



П.Глыбочко считает, что роль УМК будет только возрастать

контроль практического навыка. В связи с тем, что произошло утверждение профессионального стандарта «Врач-инфекционист», необходимо будет подготовить учебные пособия для преподавателей кафедр инфекционных болезней по методикам проведения практических занятий с отработкой практических навыков. В итоговое решение комиссии внесено решение о создании рабочей группы для написания учебного пособия. В этой работе могут принять участие не только члены учебно-методической комиссии, но и другие коллективы.

В итоговом решении также нашло отражение предложение об обязательном прохождении преподавателями кафедр и практикующими врачами терапевтического и хирургического профиля в период подготовки к аккредитации цикла «Тематическое усовершенствование по социально значимым инфекционным болезням». А также обращение в Минздрав о выделении мест в ординатуру для кафедр вузов из числа их выпускников с целью формирования научных школ ведущих специалистов.

### Приближается аккредитация преподавателей

Важным моментом ближайшего времени станет вопрос аккредитации преподавателей медицинских вузов. И проводить такую аккредитацию рекомендуется под патронажем Координационного совета по области образования «Здравоохранение и медицинские науки». При этом поступило предложение обратиться к председателю Совета П.Глыбочко с просьбой решить вопрос об исключении из аккредитации преподавателей старше 65 лет, но предоставить им возможность работать без прохождения процедуры аккредитации. Академик П.Глыбочко обещал, что этот вопрос будет рассмотрен на комиссии по аккредитации, но, как он считает, нужно обосновать, почему преподавателям именно с этого возраста не надо проходить аккредитацию.

Оргкомитет долго вёл дискуссию по содержанию расширенного заседания УМК. В результате была сформирована достаточно насыщенная программа, и включённые в неё доклады отражают вызовы, стоящие не только перед системой подготовки врача-лечебника, который после прохождения аккредитации должен приступить к практической деятельности, но и в целом затрагивают систему здравоохранения. Конференция не могла обойти вниманием и современные проблемы гепатологии, что нашло своё отражение в работе круглого стола «Достижения в терапии хронического гепатита С».

Определённый интерес с точки зрения повышения информированности кафедральных работников вызвали доклады, касающиеся использования интерферонов в практике врача инфекциониста и новых возможностей в лечении острых диарей.

Как всегда отдельный «круглый стол» был посвящён актуальным вопросам педагогики. Особенно можно выделить проблему профессионального выгорания преподавателей, которая ещё ни разу не обсуждалась на заседаниях УМК.

Работа расширенного заседания, как и в прошлые годы, происходила организованно, чётко, в виде живого обмена научной информацией, существенно расширяя возможности научных и педагогических взаимодействий между кафедрами и способствуя усилению борьбы с инфекционными заболеваниями и повышению профессиональных знаний участников УМК.

Инфекционные заболевания не отходят на второй план. Они представляют проблему для всех стран мира. В этом году наша страна столкнулась с ещё одним вызовом – это вспышка инфекции вируса Коксаки в Турции, где ею заразились более 400 российских граждан, в основном дети.

Кроме того, в мире ведётся целенаправленная борьба с инфекционными заболеваниями как отдельными странами, так и мировым сообществом в целом.

О всемирной актуальности проблемы инфекционных болезней свидетельствует тематика заседаний и сессий таких международных организаций, как ВОЗ, ООН, Совет Безопасности. На этих площадках рассматриваются в первую очередь проблемы социально значимых болезней: ВИЧ-инфекций, вирусных гепатитов, туберкулёза, геморрагических лихорадок.

В ходе заседания комиссии на эту тему был заслушан доклад главного специалиста по инфекционным болезням Минздрава России профессора Ирины Шестаковой «Инфекционные болезни в современном мире: от реальной ситуации к решению проблем».

С другим интересным докладом «Российское здравоохранение. Как достичь средней продолжительности жизни россиянина до 76 лет к 2025 г.» (такую цель поставил Президент РФ) выступила председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и образования (АСМОК), руководитель комиссии по непрерывному медицинскому образованию Национальной медицинской палаты Гузель Улумбекова. «Сегодня главная преграда на пути к достижению этой цели – здоровье мужчин и женщин трудоспособного возраста. Этот показатель ниже, чем в новых странах Евросоюза с таким же уровнем экономики», – сообщила эксперт.

«В этой аудитории нет необходимости говорить, что, подходя к больному, врач любой специальности должен думать о том, чтобы не пропустить инфекционное заболевание, а также то, что инфекционист очень часто первым встречается с такими заболеваниями, как острый аппендицит, тромбоз мезентериальных сосудов, внематочная беременность, острый лейкоз, инфаркт миокарда. Мы всегда обсуждаем на нашей комиссии, как совершенствовать учебный процесс по нашей специальности», – подвёл итоги дискуссии Н.Ющук.

### Решение расширенного заседания УМК

Итак, в работе выездного заседания УМК по инфекционным болезням приняли участие 112 человек, в том числе 3 ректора медицинских вузов и 31 заведующий кафедрой инфекционных болезней.

Действующие нормативно-правовые документы в области здравоохранения и образования регламентируют переход на систему аккредитации специалистов, внедрение которой проходит поэтапно. Требуется разработка нормативно-правовых документов аккредитации профессорско-преподавательского состава. Происходящие в системе образования и здравоохранения изменения требуют совершенствования учебного процесса со

смещением акцентов на отработку практических навыков.

Особого внимания и контроля потребует разработка новых учебных программ преподавания дисциплины «Инфекционные болезни» с учётом результатов первичной аккредитации. В образовательные программы целесообразно включать модули, направленные на укрепление нравственного и психологического здоровья, развивающие умение проводить культурно-просветительскую работу с разными слоями населения.

Решено просить Минздрав России организовать цикл тематического усовершенствования по дисциплине «Инфекционные болезни» для профессорско-преподавательского состава терапевтических кафедр и практикующих врачей в период подготовки к аккредитации. Кроме того, решено обратиться в Минздрав России с просьбой о выделении мест в ординатуру на кафедры вузов для выпускников с целью формирования научных школ ведущих специалистов. Исключить из реаккредитации преподавателей старше 65 лет, но при этом предоставить им возможность заключения трудового соглашения с работодателем.

Создать рабочую группу по подготовке учебно-методического пособия для преподавателей кафедр инфекционных болезней по проведению тематических аудиторных занятий с отработкой контролируемого практического навыка.

### Качественный учебный процесс

В рамках программы заседания комиссии прошло посещение аккредитационного центра Сеченовского университета. Методы тестирования, отработка практических навыков и решение задач медицинского профиля на станциях объективного структурированного клинического экзамена были продемонстрированы собравшимся Жанной Сизовой – директором методического центра. Более 50 сотрудников образовательных учреждений, участвовавших в семинаре, обменялись мнениями по вопросам первичной аккредитации и путям оптимизации оценки инфекционных болезней. Собравшимся удалось также выработать конкретные предложения по профильной первичной аккредитации.

«По моему мнению, это очень правильное решение, – отметил Н.Ющук. – Так как мы не только должны иметь представление о работе ведущего аккредитационного центра России, но и тесно работать с ним».

Алексей ПАПЫРИН,  
обозреватель «МГ».

Москва.

Фото  
Александра ХУДАСОВА.

Если такая тенденция сохранится, то к 2022 г. число детей и подростков с ожирением превысит число их сверстников с умеренно или значительно пониженной массой тела. Такой вывод делается в новом исследовании, проведённом Имперским колледжем в Лондоне и Всемирной организацией здравоохранения.

### Неудержимый рост

В ходе исследования, результаты которого были опубликованы в журнале Lancet ко Всемирному дню борьбы с ожирением – 11 октября, проанализированы показатели массы тела и роста почти 130 млн человек старше 5 лет (31,5 млн в возрасте 5-19 лет и 97,4 млн от 20 лет и старше), это самое большое число людей, когда-либо участвовавших в эпидемиологическом исследовании. Более 1000 соавторов внесли в него свой вклад, помогая проследить значения индекса массы тела (ИМТ) и динамику ожирения во всём мире за период с 1975 по 2016 г.

Как выяснилось, в мире насчитывается 124 млн детей, страдающих от ожирения. Учёные отметили, что с 1975 г. количество детей с этим диагнозом с 11 млн человек увеличилось более чем в 11 раз.

Показатели детского и подросткового ожирения во всём мире возросли с менее чем 1% (что соответствует 5 млн девочек и 6 млн мальчиков) в 1975 г. до почти 6% среди девочек (50 млн) и почти 8% среди мальчиков (74 млн) в 2016 г. Совокупная же численность страдающих ожирением в возрасте 5-19 лет, как уже отмечалось, выросла за это десятилетие в глобальном масштабе более чем в 10 раз, с 11 млн до 124 млн. Ещё 213 млн в 2016 г. имели избыточный вес, который, однако, был меньше порогового значения ожирения.

Такой вот неудержимый рост...

### Тенденции не могут не тревожить

Распространению ожирения способствуют маркетинг пищевой продукции, политика и цены, полагают учёные.

«За последние 40 лет показатели детского и подросткового ожирения резко выросли во всём мире, и этот процесс продолжается в странах с низким и средним уровнем доходов. Совсем недавно в странах с более высоким уровнем доходов рост затормозился, хотя распространённость ожирения остаётся неприемлемо высокой», отмечает ведущий автор исследования профессор Маджид Эззати из Школы общественного здравоохранения Имперского колледжа в Лондоне.

«Такие тревожные тенденции являются следствием маркетинга

### Акценты

# ВОЗ: эпидемия ожирения детей и подростков

Численность страдающих им в возрасте 5-19 лет увеличилась в мире за 40 лет в 10 раз

пищевой продукции и политики в этой сфере по всему миру, когда здоровые и питательные продукты являются слишком дорогими для бедных семей и общин. В результате такой динамики может вырасти поколение детей и подростков, страдающих ожирением и подвергающихся повышенному риску заболеваний, таких как диабет. Нам требуются способы повышения доступности здоровой, питательной пищи дома и в школе, особенно среди бедных семей и общин, а также меры регулирования и налоговые механизмы для защиты детей от нездорового питания», – добавляет профессор Эззати.

Авторы исследования утверждают, что при сохранении тенденций, наблюдавшихся после 2000 г., глобальная численность детей и подростков, страдающих ожирением, к 2022 г. превысит число их сверстников с умеренно или значительно пониженной массой тела. В 2016 г. во всём мире насчитывалось 75 млн девочек и 117 млн мальчиков, чья масса тела была в умеренной степени или значительно ниже нормы.

Вместе с тем наличие в 2016 г. большого числа детей и подростков с умеренно или значительно пониженной массой тела (75 млн девочек и 117 млн мальчиков) всё ещё является серьёзной проблемой для общественного здравоохранения, особенно в наиболее бедных странах мира. Ситуация хорошо демонстрирует опасность неполноценного питания во всех его формах, поскольку в одних и тех же местах проживают молодые люди как с недостаточной, так и с избыточной массой тела.

Во многих странах со средним уровнем доходов, в том числе в Восточной Азии, Латинской Америке и Карибском бассейне, тенденция к преобладанию аномально низкой массы тела среди детей и подростков сменилась тенденцией к её увеличению выше нормы. Авторы исследования считают, что это может быть обусловлено ростом потребления высококалорийных продуктов, особенно углеводов, подвергшихся интенсивной обработке, что приводит к набору веса и долгосрочным негативным последствиям для здоровья в течение жизни.



«Эти данные служат иллюстрацией, ещё одним доказательством и подтверждением того факта, что избыточный вес и ожирение в наши дни представляют собой глобальный кризис в области здравоохранения. В ближайшие годы он может только усугубиться, если мы не приступим к решительным действиям», – заявила доктор Фиона Булл, координатор программы по вопросам эпиднадзора и популяционной профилактики неинфекционных заболеваний ВОЗ.

### Решение есть

В связи с выпуском новых оценочных данных по проблеме ожирения ВОЗ публикует резюме Плана осуществления рекомендаций по ликвидации детского ожирения. План содержит чёткие указания для стран об эффективных мерах по борьбе с детским и подростковым ожирением. ВОЗ также выпустила руководящие указания, в которых призвала работников здравоохранения передового звена активно выявлять детей с избыточным весом и ожирением и оказывать им помощь.

«ВОЗ настоятельно рекомендует странам принять меры для корректировки условий, в которых вероятно развития ожирения у детей возрастает. Так, страны должны стремиться уменьшить потребление дешёвых калорийных продуктов питания глубокой переработки с низким содержанием полезных веществ. Им также следует сократить время, которое дети проводят у экранов и

посвящают малоподвижным видам досуга, и способствовать повышению уровня физической активности, развивая подвижный отдых и спорт», – добавляет доктор Булл.

А испанские учёные из Национального центра исследований сердечно-сосудистых заболеваний Карла III между тем считают, что вредные привычки, отсутствие самодисциплины – вовсе не причины ожирения. Согласно результатам их новейшего исследования, в ожирении виноват белок протеинкиназа МКК6. Специалисты вдоль и поперёк исследовали жировую ткань пациентов с избыточным весом и обнаружили, что в образцах содержится аномально много этого белка, который «превращает» белый жир, хранящийся в виде НЗ на бёдрах и талии, в бурый, который тратится для поддержания температуры тела.

Так или иначе, но ожирение уже признано эпидемией – от чрезмерного избыточного веса на Земле страдают 2,2 млрд человек.

Меры по сокращению масштабов ожирения – ключевой пункт Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Предусмотренная Целями в области устойчивого развития задача 3.4 обязывает сообщество к 2030 г. уменьшить на треть преждевременную смертность от НИЗ, в том числе путём профилактики ожирения. В рамках задачи 2.2 мировое сообщество обязалось к 2030 г. покончить со всеми формами неполноценного питания, включая

избыточный вес и ожирение. Кроме того, цель Десятилетия действий Организации Объединённых Наций по проблемам питания (2016-2025) заключается в том, чтобы содействовать сотрудничеству между всеми секторами и заинтересованными лицами для ликвидации неполноценного питания во всех его формах.

### А как у нас?

В России детей и подростков с ожирением меньше, чем в Европе, где каждый 5-й из них имеет проблемы с лишним весом. Однако у нас количество страдающих избыточным весом также растёт прогрессивно. Согласно статистике, около 12% детей и подростков имеют избыточный вес, а 5% уже страдают от болезненной полноты. Основные причины – неправильное и калорийное питание, нарушение режима отдыха, искусственное перекармливание родителями.

По данным Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии, в России в 2 раза возросло количество школьников, страдающих ожирением. В настоящее время это заболевание обнаружено у 5-8% детей, тогда как в 90-е годы заболевших было 2-3%, 11-18% школьников находятся в группе риска, так как у них наблюдается избыточная масса тела. Эксперты считают, что эти цифры позволяют говорить об эпидемии ожирения и в России, хотя нашу страну и опережают Италия, Португалия, Литва, США и другие страны.

Надежды – на приоритетный проект Минздрава России «Формирование здорового образа жизни», утверждённый 26 июля этого года на заседании президиума Совета при Президенте России по стратегическому развитию и приоритетным проектам. На реализацию проекта планируется потратить 3,5 млрд руб. из федерального бюджета. Ожидается, что уже к концу 2019 г. к здоровому образу жизни может приобщиться почти половина россиян. Срок запуска кампании – к 15 апреля 2018 г., окончание – к 2026 г.

Константин ШЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

### Вехи

## Корь – 50 лет успешной борьбы

Это заболевание на пятом месте среди причин смертности у детей

Пресс-конференция первого заместителя председателя Комитета по образованию и науки Госдумы РФ академика РАН Геннадия Онищенко на такую актуальную в медицине и обществе тему, как «Корь в России: проблемы ликвидации», стала напоминанием о том, что «золотой век» советской эпидемиологии и вакцинации, по словам спикера, пришёлся на 60-е годы прошлого века, когда была поставлена задача ликвидации в стране оспы, впоследствии успешно выполненная в 1980 г. В 1967 г. был издан первый приказ Минздрава СССР о начале проведения иммунизации против кори.

В 1972 г. эпидемиологи нашей страны столкнулись с неприятной проблемой – начали болеть привитые. Корь, как известно, начинают прививать ребёнку с первого года жизни. Оказалось, что вакцинация не даёт стойкого иммунитета, на 100% он возможен только у переболевших корью. Стало понятно, что примерно через 10 лет после прививки необходима ревакцинация.

На эпидемиологию кори повлиял и развал Советского Союза. Россия

продолжала заниматься вакцинацией, но только в 1997 г. был принят закон об иммунопрофилактике, где были чётко определены понятия национального календаря прививок и обязательства государства перед гражданами.

Задача о полной ликвидации кори в России была поставлена в 2002 г. Был издан приказ Минздрава России, утверждающий ликвидацию кори на территории страны к 2010 г. «Сейчас мы яв-

ляемся свидетелями глобального успеха на национальном уровне здравоохранения – это яркий пример вмешательства человека в тот биологический баланс, который эволюционировал несколько десятков миллионов лет. Мы изъяли из нашей жизни оспу, практически изъяли корь – одну из самых страшных инфекций по оценке ВОЗ», – отметил Г.Онищенко. Добавим, что любая инфекция, внедряясь в нашу жизнь, влияет на человеческий генофонд.

Только за прошлый век каждая вакцинация дала каждому гражданину России примерно 20 лет дополнительной жизни. А ведь перед Великой Отечественной войной среднестатистический мужчина жил всего 47 лет – сейчас уже больше 70.

Тогда же в 2002 г. был создан

Научно-учебный методический центр по надзору за корью на базе Московского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского. В результате появилась возможность генетической диагностики штаммов кори – удавалось достоверно определять их циркуляцию на территории страны и «адреса доставки» к нам. В последние годы получилось достигнуть идеальной статистики – один случай кори на миллион жителей, за первые полгода 2017 г. в России было зарегистрировано всего 175 таких случаев. И это при том, что корь, казалось бы, чисто детское заболевание, начало сдвигаться во взрослое население – в 1986 г. заболел чуть ли не каждый третий житель СССР в возрасте от 15 лет и старше. Поэтому была офици-

ально введена вакцинация людей до 35 лет. Благодаря глобальной вакцинации в 2015 г. в мире удалось предотвратить смерть от кори более 20 млн человек.

Почему можно полностью ликвидировать корь? Потому что ею болеют только люди, и если их всех вакцинировать, инфекция может прекратиться и просто исчезнуть с лица Земли, как это произошло с оспой. «Рядом» с корью сегодня стоит проблема полиомиелита, но с ним бороться пока сложнее из-за его эпидемиологии, этот вирус может жить во внешней среде.

По словам Г.Онищенко, теоретическая возможность полной ликвидации кори на нашей планете обусловлена наличием единого антигенного варианта вируса кори, выраженного манифестностью клинических форм инфекции и отсутствием носительства вируса, а также формированием стойкого, практически пожизненного иммунитета после заболевания.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,  
корр. «МГ».

Москва.

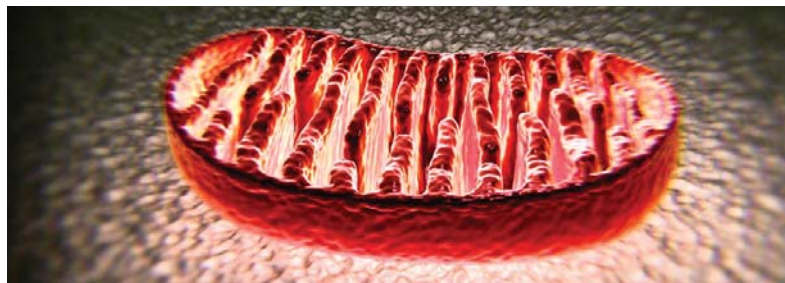
Исследования

В 1993 г. был выделен ген Htt, кодирующий белок гентинтин. Известно, что мутация гена Htt приводит к увеличению числа триплетов «букв» ген-кода CAG, что, в свою очередь, приводит к экспансии остатков глутамина. Он представляет собой аминокислотное производное глутаминовой кислоты, являющейся одним из главных «возбудителей» нейронной активности. Изменённая форма белка поэтому получила название Httex,

где «-ex» указывает на увеличение числа глутаминовых остатков в протеиновом хвосте. Сотрудники Европейской лаборатории молекулярной биологии в Гейдельберге, Федеральной политехнической школы Лозанны и Университета Вашингтона в Сент-Луисе применили для детальной – мономерного – анализа Httex метод резонансного трансфера энергии в одиночных молекулах, добавив к нему «подсветку» флуоресцентными красителями.

# Мутации протеинов

Один из них – зелёного цвета – несла скрученная спирально глутаминовая головка молекулы, а оранжевый краситель присоединялся к растущему от неё хвосту. Поэтому учёные сравнивали форму протеина с головастиком. Преимуществом метода является его высокое разрешение, позволяющее «видеть» отдельные молекулы на расстоянии всего лишь 1-10 нм. Увеличение глутаминов в головке приводит к её увеличению сверх природного лимита и обретению нейротоксических свойств. Первая информативная структура гентинтина позволяет надеяться на понимание механизма агрегации белка (появление амилонидных агрегатов, как известно, ведёт к развитию болезни Альцгеймера). Учёные показали также «мишени» лекарственного воздействия на Httex, хотя, конечно же, эти лекарства надо ещё создать.



Митохондрия с её перегородками, на которых «сидят» BAX и Bcl

Путь к их созданию отчасти показали сотрудники Медицинского колледжа Альберта Эйнштейна (Бронкс), которые «перебрали» более полутысячи синтезированных в его лаборатории малых молекул, атакующих активный центр протеина BAX (Bcl-Associated X protein), описанный в Nature в 2008 г. Ген BAX локализован в длинном плече 19-й хромосомы, и его протеин вместе с белком Bcl регулирует клеточный апоптоз или запрограммированную смерть. Мутации Bcl приводят к острой форме В-клеточной лимфомы (AML), откуда его сокращённое название. Наиболее активное соединение авторы назвали BTSA (BAX Trigger Site Activator), подразумевая «активатор триггер-сайта BAXа», действие которого сравнимо

с пусковым крючком летального оружия. Молекула BTSA, имеющая 4 ароматических кольца (бензольных), избирательно активирует фермент BAX, что приводит к резкому повышению проницаемости стенок митохондрии. Это, в свою очередь, приводит к апоптозу клеток, трансформированных мутантным Bcl.

Новый препарат действует в высокой степени избирательно и не оказывает токсического воздействия на здоровые клетки. Это связано с тем, что его молекулы действуют на митохондрии, являющиеся энергетическими станциями клеток. Действие нового препарата было опробовано на мышинной модели AML человека. Мыши, получавшие BTSA, жили в среднем 55 дней (почти 2 месяца), в то время как контрольная группа всего лишь 40 (43% с BTSA жили больше 60 дней на момент публикации). Отсутствие токсичности учёные объясняют тем, что в митохондриях здоровых клеток BAX мало или нет вовсе.

Расстройство под названием хоррея было описано ещё в 1842 г., но его классическое описание дал американский врач Дж.Гентингтон

(G.Huntington, 1850-1916), в честь которого оно названо. Так называется коллективный танец «хора», на движения в котором похожи беспорядочные конвульсии страдающих ею. Интересно, что Гентингтон получил медицинскую степень в Колумбийском университете Нью-Йорка, где в одной из подвальных комнат работал с мухами дрозофилами Т.Морган, выпустивший в год смерти старшего товарища книгу «Хромосомная теория наследственности», за которую первым американцу присудили Нобелевскую премию по медицине и физиологии. И вряд ли конечно оба могли предполагать, что их научные достижения пересекутся в будущем. Функция белка гентингина в поддержании жизнеспособности нервных клеток до конца неясна, но, исходя из сходства симптомов хорреи и болезни Паркинсона, к развитию которой приводит гибель особых нейронов, можно понять, что роль гентингина очень важна.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам Cancer, Nature.

Кстати

# Тест на мудрость

Учёные из медицинской школы Калифорнийского университета в Сан-Диего (США) разработали тест под названием «Шкала мудрости Сан-Диего». Тесты для оценки «уровня мудрости» человека существовали и ранее, но авторы нынешнего эксперимента решили рассмотреть мудрость не только с психосоциальной, но и с нейробиологической точки зрения.

«Имеются данные, свидетельствующие о том, что уровень мудрости в значительной степени зависит от нейробиологии. За то, что мы называем мудростью, отвечают специфические области мозга, – рассказывает доктор Дилип Йест, директор Центра здорового старения университета. – В настоящее время существуют различные тесты, которые оценивают уровень мудрости человека, но они не включают в себя нейробиологические признаки. SD-WISE основан на принципах нейробиологии. Он может быть полезным инструментом как в клинической практике, так и в психосоциальных исследованиях», – отметил он.

Группа учёных под руководством доктора Йеста на основании последних данных о функционировании мозга (в том числе нейровизуализации средствами магнитно-резонансной томографии) предположила, что мудрость связана с интенсивностью работы конкретных областей моз-

га. В результате был разработан тест, проверяющий поведенческие реакции, за которые отвечают эти области.

Например, социальные и поведенческие установки, такие как эмпатия, альтруизм и социальное сотрудничество, обеспечиваются префронтальной корой головного мозга. Другие «компоненты мудрости» были ассоциированы с лимбической системой, миндалиной или специфическими нейротрансмиттерами, особенно с моноaminaми. К таким «компонентам» относятся, например, прагматизм, эмоциональная регуляция, принятие социальных решений, рефлексия и саморегуляция, толерантность и способность эффективно справляться с неопределённостью.

Для прохождения теста исследователи случайным образом отобрали 524 жителя Сан-Диего в возрасте от 25 до 104 лет. Для начала общий уровень мудрости участников был проверен 2 уже опробованными и верифицированными тестами – 12-элементной трёхмерной шкалой мудрости (12-item Three-Dimensional Wisdom Scale) и 40-элементной шкалой самооценки мудрости (40-item Self-Assessed Wisdom Scale).

После этого испытуемые прошли и тест SD-WISE. Они ответили на 24 вопроса, позволяющих оценить определённые аспекты поведения человека, а значит, и те участки мозга, которые интересовали учёных. Вопросы касались принятия

решений в тяжёлых ситуациях, самоанализа и оценки собственных поступков, отношения к людям с другим мировоззрением.

В результате обе использованные шкалы оценки мудрости показали надёжную корреляцию с тестом SD-WISE. В целом итоги теста подтвердили, что мудрость – это абсолютно конкретная нейробиологическая функция, основанная на различной интенсивности работы определённых областей мозга у разных людей.

Считается, что острота интеллекта с возрастом падает, а «жизненная мудрость», наоборот, растёт. С чем это связано, пока никто достоверно не знает, но с появлением новой системы измерения мудрости эту зависимость можно будет тщательно исследовать.

Дальнейшие испытания нового теста пройдут на более широкой выборке испытуемых с разным культурным уровнем, принадлежностью к различным расам и социальным группам. Тем не менее, уже сейчас ясно, что ценность полученных данных весьма высока.

Отдалённая цель этих экспериментов – помочь людям стать мудрее в прямом смысле слова. Достижения в области нейровизуализации, генетики и других наук помогут достоверно выявить биологические механизмы мудрости. По всей вероятности, со временем учёные научатся управлять этой функцией мозга и искусственно стимулировать рост уровня мудрости.

Софья РУШАНСКАЯ.

По материалам  
Journal of Psychiatric Research.

Новые подходы

# Блудная стимуляция

На протяжении полутора десятилетий врачи не отмечали улучшения в состоянии 35-летнего француза, который пребывал в вегетативном, или «безответном» состоянии.

И вот за дело «взялась» Анжела Сиригу из Национального центра научных исследований в лионском пригороде Брон, под руководством которой хирурги имплантировали под кожу на груди пациента электростимулятор, провода от которого провели на шею к тонкоплёночным электродам, «обволакивающим» ствол блуждающего нерва (вагуса, срани: ваганты), берущего начало от его ядра (скопления нейронов) в самом начале продолговатого мозга. Вагус, как известно, иннервирует чуть ли не все внутренние органы, и в своё время его даже перерезали, чтобы избавить человека от язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Нейрофизиологи начали стимуляцию нерва с помощью импульсов продолжительностью 30 секунд с 5-минутными перерывами. Начальная сила тока была 0,25 мА, которая постепенно увеличивали на ту же величину, доведя в конце концов до 1,5 мА. До начала эксперимента врачи в течение месяца проводили тщательный мониторинг состояния больного. Общая продолжительность лечебных стимуляций составила полгода.

Уже в начале процедур француз стал чаще открывать глаза, а через месяц начал следить за окружающими его людьми и «осматривать» палату. Он также стал в ответ на просьбу поворачивать голову в разные стороны и пытался улыбнуться. Способность говорить к нему не вернулась, но исследователи отметили положительные изменения на дисплее позитронно-эмисси-

онного томографа, а также явное повышение мозговой активности на энцефалограмме. Было отмечено увеличение активности в коре теменных долей, которая, как считается, отвечает за сознание. ПЭТ показал увеличение объёма таламуса, или зрительного бугра, являющегося релейной станцией передачи сенсорных сигналов-импульсов в кору больших полушарий.

Затронули импульсы и височную долю с её миндалиной (Amygdala), нейроны которой «поддерживают» генерирование эмоций и сильнейшей из них страха, и извилину морского конька (Hippocampus), отвечающего за формирование, хранение и извлечение памяти. Нервные клетки этих структур по-разному реагируют на быстро сменяющиеся изображения, одни из которых испытываемые видят, а другие, хотя и фиксируют глазами, но не осознают, что видели.

Статья французских нейробиологов под названием «Восстановление сознания с помощью стимуляции вагуса» представлена в журнале «Современная биология». Не все их коллеги и предшественники этой области науки согласны с выводами учёных из Брона, однако поддерживающие их согласны, что метод может оказаться весьма полезным для поддержания бодрствующего состояния людей, пребывающих в вегетативном состоянии. Один из них выразился весьма откровенно: «Такого рода состояния представляют собой пассивную эвтаназию, с которой согласны и родственники. Статья является предупреждением всем тем, кто верит, что после года пребывания в таком состоянии надежды уже не остаётся».

Иван ЛАРИН.

По материалам Current Biology.

Выводы

# Многофункциональные пластыри

Исследователи из Бингемтонского университета (США) разработали уникальный инструмент для контроля сахара крови. Это бумажный пластырь с индикатором, меняющимся в зависимости от уровня сахара. «Система», если можно так назвать, – это маленький пластырь, который работает без батареек и очень удобен в использовании: прокалывать кожу не требуется, и он анализирует не кровь, а пот.

Разработчики разместили в бумажном пластыре миниатюрный элемент питания с ферментными катализаторами, которые взаимодействуют с глюкозой и кислородом. Элемент напрямую контактирует с кожей, что позволяет поту попадать в специальный резервуар. В этой полости происходит реакция, и химическая энергия превращается в электрическую. Таким образом, пропадает необходимость использования внешнего источника электроэнергии.

Этот одноразовый электрохимический индикатор предназначен в первую очередь для пациентов, страдающих диабетом и добросовестно выполняющих рекомендации врачей по физическим тренировкам. Благодаря простоте мониторинга пластырь предотвращает гипогликемию. К тому же во время тренировки не возникает проблем с получением достаточного количества пота для анализа.

Все распространённые методы определения уровня сахара предполагают необходимость прокалывать кожу и выдавливать кровь. Делать это несколько раз в день может быть весьма неприятно. К тому же такие измерения не слишком удобны для профилактики гипогликемии во время физических упражнений.

«На тренировке делать анализ при помощи глюкометра неудобно: необходимо брать с собой спиртовой раствор для дезинфекции, расходные материалы и сам аппарат. А следить за уровнем глюкозы во время физических нагрузок – жизненная необходимость для всех диабетиков», – заключил Сеохён Чой, ассистент кафедры электротехники и компьютерных наук Бингемтонского университета.

Идея использовать пластыри для самых разных медицинских целей весьма привлекательна. Во-первых, это очень просто и не требует специальных навыков. Во-вторых, все манипуляции с пластырями имеют минимальную травматичность в отличие от инвазивных процедур.

Австралийскими учёными был разработан ещё один вид пластыря, с помощью которого можно определить, что вы пробыли на солнце слишком долго – когда придёт пора прятаться в тень, он изменит цвет. Такой пластырь необходим тем странам, где проблема солнечных ожогов и рака кожи особенно актуальна.

А ещё один вид пластыря помогает эффективно худеть, это доказали учёные из медицинского центра Колумбийского университета и Университета Северной Каролины. Правда, пока исследования проведены только на крысах.

Израильские исследователи создали уникальную систему под названием Nerivio Miga на основе пластыря, снабжённого батарейкой и электростимулятором, – это устройство помогает бороться с мигренями. Кроме того, уже давно в ходу контрацептивные гормональные пластыри, а также пластыри, избавляющие от никотиновой зависимости.

Дана СЛАВИНА.

По материалам EuroMD.

## В клиниках и лабораториях

## Дважды в одну реку

Израильские врачи провели операцию на мозге, лишь дважды описанную в медицинской литературе. В больнице «Рамбам» спасли жизнь женщине, которая на протяжении 2 суток дважды перенесла инсульт.

Катетеризация сосудов мозга – очень сложная процедура, но иногда она становится последним способом помочь больному с ишемическим инсультом. При закупорке магистральных сосудов мозга до тромба добираются катетером и удаляют его.

В приёмный покой больницы поступила 78-летняя женщина А. с симптомами тяжёлого инсульта. Её отправили в операционную катетеризации нейрорадиологического отделения, и там устранили закупорку артерии. Вмешательство прошло успешно, женщину оставили в больнице для на-

блюдения. Её состояние быстро улучшилось.

Однако медицине известно, что в 2% случаев инсульт может наступить повторно. Это случилось с женщиной через 2 дня – закупорилась та же артерия в том же месте.

Возникла дилемма – делать ли повторно катетеризацию. Ведь это серьёзная процедура, и она может повредить чувствительные сосуды мозга при таком быстром повторном вмешательстве. Но альтернативы для спасения больной не было.

Поскольку она уже полностью отошла от первого инсульта, ей сделали компьютерную томографию и точно определили, выдержат ли сосуды вмешательство. Результаты оказались обнадеживающими, и женщине провели вторую катетеризацию – всего через 48 часов после первой.

Заведующий нейрорадиологическим отделением доктор Эйтан Абарджиль, который проводил

катетеризацию, рассказал, что, несмотря на сложности, женщина быстро отошла и после повторной процедуры. Она смогла общаться и двигаться.

Сейчас в Израиле катетеризацию мозга выполняют 14 врачей. Двое из них работают в больнице «Рамбам» – Эйтан Абарджиль и Ротем Сиван.

Ежегодно в Израиле происходит 10 тыс. случаев инсульта, 85% из них связаны с закупоркой сосудов. Очень важно, чтобы больной был немедленно доставлен в больницу. Введение лекарств для рассасывания тромбов в первые 4,5 часа после закупорки спасает жизнь, и каждая минута имеет значение.

Катетеризация сосудов мозга с точечным удалением тромба увеличивает время оказания эффективной помощи до 6 часов.

Дина РОЗИНА.

По сообщению vesty.co.il.

## Ситуация

## Симулируешь? Штраф!

Девушка-блогер из Австралии, которая утверждала, что вылечилась от рака мозга при помощи нетрадиционной медицины и диеты, была оштрафована на 410 тыс. австралийских долл. (320 тыс. долл.).

Австралийский Федеральный суд в Мельбурне установил, что 25-летняя Белл Гибсон обманула подписчиков, когда в 2013 г. заявила, что вылечилась от рака мозга с помощью аюрведических практик, безглютеновой диеты, отказа от сахара и «кислородной терапии». После этого заявления Белл выпустила мгновенно ставшую популярной поваренную книгу и приложение для смартфона с рецептами и упражнениями, а также

начала продвигать собственный бренд.

Книга и приложение, рассказывающие о том, как можно вылечиться от рака альтернативными способами, принесли ей прибыль в размере около 420 тыс. австралийских долл., часть из которых она обещала перевести людям, страдающим от онкологических заболеваний. История чудесного излечения Белл от смертельного заболевания стала невероятно популярной, и в 2014 г. известный модный журнал даже признал Гибсон «самым вдохновляющим человеком».

В 2015 г. Гибсон под давлением неопровержимых фактов, которые были выяснены в ходе расследования, призналась журналистам, что

солгала о своём страшном диагнозе. Также чуть позже выяснилось, что она так и не сделала тех благотворительных пожертвований, о которых публично заявляла.

Суд, в частности, выяснил, что Гибсон обещала перечислить свой недельный заработок семье, в которой ребёнок страдал от опухоли мозга в терминальной стадии, но так этого и не сделала. Судьи предположили, что Белл Гибсон сознательно использовала историю смертельного заболевания ребёнка для того, чтобы увеличить свою прибыль: покупатели, платившие за её продукт, были уверены, что, совершая покупку, помогают неизлечимо больным детям.

Судья пришёл к выводу, что Гибсон намеренно вводила свою аудиторию в заблуждение и получила прибыль нечестным путём. Её приложение было скачано 411 тыс. раз, а книгу приобрели 16 тыс. покупателей.

Данила ДУБРОВСКИЙ.

По сообщению ВВС.

## Осторожно

## Антибактериальные вести

Согласно недавно появившимся рекомендациям учёных из Великобритании, далеко не всегда курс приёма антибиотиков необходимо продолжать до конца. Статья исследователей из Брайтона и Сассекса опубликована в журнале BMJ.

Общеизвестно мнение о том, что нужно продолжать предписанный врачом курс антибиотиков до конца. В частности, так советуют врачи Всемирной организации здравоохранения.

А вот по мнению учёных из Великобритании, долгое употребление антибиотиков может привести к росту резистентности к ним. Они заявляют, что необходимость полного курса на самом деле не подкреплена научными данными. «Сама идея курса антибиотика не учитывает, что разные пациенты могут по-разному реагировать на один и тот же антибиотик. Сейчас мы игнорируем этот факт и даём универсальные рекомендации по длительности использования антибиотиков, основанные на плохих данных», – говорится в публикации.

Герман АКОДИС.

По сообщению ВВС.

## А как у них?

Премьер-министр Японии Синдзо Абэ поручил правительству до конца нынешнего года разработать новую систему контроля ценообразования на лекарственные препараты. Министр здравоохранения страны предложил пересматривать стоимость наиболее востребованных препаратов до 4 раз в год. Согласно действующему законодательству Японии, стоимость лекарств пересматривается только каждые 2 года.

## Цены на препараты требуют пересмотра

«Я хотел бы, чтобы Совет по экономике и налоговой политике до конца этого года сформулировал базовый курс для фундаментального реформирования системы ценообразования на лекарства», – заявил С.Абэ.

Недавно из-за увеличения числа пациентов, пользующихся препаратом, правительство Японии добилося снижения на 50% цены на один лекарственный препарат. Резкое увеличение числа пациентов произошло из-за расширения спектра использования препарата – он был разрешён к применению для лечения рака лёгкого.

Что характерно, в середине нынешнего года в США разгорелся скандал вокруг ком-

пании, которая повысила цены на жизненно необходимый для диабетиков медикамент. За 8 лет цена на шприцы с адреналином выросла со 100 до 600 долл. за упаковку из 2 штук, и компания столкнулась с массой недовольных пациентов. В связи с этим в сентябре этого года на рассмотрение конгресса США внесён законопроект, согласно которому фармкомпаниям обязаны согласовывать повышение стоимости препаратов с властями, а также предоставлять данные о стоимости разработки лекарств и их клинических испытаний.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению Japan Today.

## Дискуссии

Бездельники, в которых укоризненно тыкали пальцем ещё с детского садика, сегодня могут торжествовать. Их жизненная тактика, выбранный стиль поведения и быта, по утверждению знаменитого немецкого медика, продлевают наш век.

раза жизни зависит, как скоро запасы кончатся вместе с вашим бренным бытием.

Итак, пусть глупцы по фитнес-центрам проливают семь потов, а умные люди будут на диване с газеткой или перед телевизором экономить свою жизненную энергию.

## Лень спасёт от инфаркта

Известный германский профессор Петер Акст ответил на этот вопрос целой книгой и доказал, что, оказываясь, именно лень позволяет человеку сохранить достойное здоровье и прожить дольше «бегунков за фитнесом».

Профессор Акст провёл исследования и задался вопросом: почему лев на свободе живёт 8-10 лет, а в зоопарке в среднем в 2 раза больше – доживает до 20. Та же картина и с белыми медведями.

«Лень и праздность – залог здоровья, – пишет профессор Акст в соавторстве с дочерью. – Надо с умом экономить и расходовать свою физическую жизненную энергию!»

Он вспоминает, что ещё в 1908 г. физиолог Рубнер вывел теорию: каждому живому существу на Земле дано на жизнь ограниченное количество энергии. Сегодня теория снова популярна и даже официально именуется теорией обмена веществ. Произведены расчёты, учёные посчитали каждую тысячу килоджоулей на грамм массы тела.

Запас калорий и энергии нам дан от рождения. Из него мы черпаем силу, и именно от об-

Профессор Акст с точки зрения науки показал: при равном росте и одинаковом весе основной метаболизм у женщин, оказывается, на 10% меньше. Расходуешь меньше жизненной энергии, чем мужчины? Живи дольше!

«Доказано пока одно: интенсивные нагрузки не несут никакого оздоровительного эффекта, скорее, повышается риск возникновения рака. Американский учёный Стив Полендак провёл исследование 84 тыс. выпускников Гарварда и обнаружил парадоксальное на первый взгляд явление – более спортивные люди чаще умирали от разных опухолей, чем неспортивные, выяснилось даже, что активные спортсмены значительно чаще страдали раком простаты», – отмечает доктор медицинских наук РАЕН Владимир Долгов.

Но не спешите торопиться с выводом, что самое полезное – лениво лежать сутками на диване. Нет, это лишний вес, который повышает расход жизненной энергии. Нужна, как всегда, золотая середина.

Олег КУЗЬМИН.

По сообщению Daily Mail.

## Ракурс

## Диета для мышц



Одно яйцо или столовая ложка арахисового масла в каждом приёме пищи – такого количества белка в день достаточно для поддержания мышечной силы в пожилом возрасте, считают учёные Университета Макгилл в Монреале (Канада).

В трёхлетних экспериментах участвовали 827 мужчин и 914 женщин в возрасте от 67 до 84 лет. Прочность мышц оценивалась по силе ручного захвата, а также силе рук и ног. Подвижность определялась способностью пожилых людей встать с сидячего положения и скоростью ходьбы. Учёные прове-

ряли рацион питания и оценивали количество содержащегося в нём белка.

Опыты показали, что участники обоих полов, которые употребляли на завтрак, обед и ужин по 28 г белка, были сильнее и мобильнее остальных. Причём исследователи отмечают важность того, что необходимое количество белка человек должен получать не за один приём пищи, а в течение всего дня, чтобы укреплять все мышцы. Результаты исследования уже опубликованы.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению American Journal of Clinical Nutrition.

**Музеи высших учебных заведений, в том числе медицинских, выполняют важную роль в научно-образовательном и воспитательном процессе формирования будущего специалиста. Использование музейных экспонатов в качестве наглядных пособий в процессе обучения способствует лучшему усвоению знаний, формированию у студентов общекультурных и профессиональных компетенций, создавая возможности для реализации государственного образовательного стандарта по основным врачебным специальностям.**

В условиях современности становится актуальной потребность в переосмыслении статуса врача как личности и профессионала. В связи с этим большую роль в воспитании студентов-медиков играет медицинский музей.

Миссия музея истории медицины – способствовать сохранению исторической памяти и формированию профессиональной культуры будущих врачей через музейные средства коммуникации.

История медицинских музеев уходит своими корнями в глубокую древность. Первый музей, имевший непосредственное отношение к медицине, был создан в Древнем Египте в начале III века до н.э.

Начало истории отечественных медицинских музеев положило создание Кунсткамеры (Санкт-Петербург, 1714). В XVIII-XIX веках в России были созданы анатомические кабинеты при университетах Петербурга, Москвы, Казани и других городов.

В связи с формированием общественной медицины и организацией музейно-выставочной работы в России возникли музеи нового типа – научно-просветительные: Музей гигиены и санитарной техники (Москва, 1897), Музей по борьбе с пьянством (Нижегород, 1909).

В 1919 г. в молодой советской республике большую роль в развитии санитарного просвещения населения сыграли следующие музейные учреждения: Музей здравоохранения (Петроград) и Музей социальной гигиены (Москва).

В СССР были созданы мемориальные музеи, посвященные корифеям отечественной медицины: И.Сеченова (Москва, 1925), В.Бехтерева (Ленинград, 1931), И.Павлова (Ленинград, 1937; Рязань, 1946), Н.Пирогова (Винница, 1947) и др. Таким образом, в Советском Союзе на государственном уровне придавалось большое значение музейному строительству, в том числе и в области истории отечественной медицины.

В современной России нет государственного музея медицины, который стал бы визитной карточкой нашей страны, где бы не только сохраняли культурную память человечества о борьбе с болезнями, но и обучали посетителей методам профилактики различных заболеваний. Следует отметить, что российская медицинская наука обладает огромными ресурсами для создания такого музея, а пока этого не сделано, музейные коллекции собираются, сохраняются и пропагандируются энтузиастами, работающими в медицинских учреждениях и вузах нашей страны.

### Этапы становления

Рассмотрим этапы становления и развития музеев московских медицинских вузов, которые являются эффективным средством обучения и воспитания будущих врачей.

В Российском университете дружбы народов на базе меди-

цинского факультета в 1973 г. был создан Музей анатомии человека, в структуру которого входят экспозиционный отдел и архив. Высокий статус ему придает интеграция его в учебный процесс через музейные занятия и научно-исследовательскую работу.

На занятиях в музее студенты-медики подкрепляют пройденный на лекциях теоретический материал наглядными пособиями, представленными в экспозиции, которая состоит из следующих

Н.Приорова и т.д. Сегодня собрание музея насчитывает около 80 тыс. единиц хранения.

Кроме фондовой, научно-исследовательской и экскурсионной работы сотрудники музея совместно с будущими врачами занимаются сохранением и популяризацией историко-культурного и научного наследия старейшего медицинского вуза страны.

Ещё один интересный музей медвуза – Музей истории Российского национального исследовательского медицинского

### Особый среди равных

Особое место среди музеев столичных медицинских вузов занимает Музей истории медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова. Его история началась в 1926 г. В нём хранились анатомические препараты, рисунки, таблицы, фотографии, гипсовые слепки, анатомические модели зубов и т.п. В конце 1940-х годов музей

также участники конференций и иностранные делегации.

С 2012 г. начался третий этап работы музея. В этот период была разработана новая концепция развития: создание национального музея истории стоматологии. Фонды музея пополнились уникальными экспонатами: зубоорудными инструментами XVII-XX веков, зуботехническим оборудованием и т.д.

Сегодня Музей истории медицины МГМСУ им. А.И.Евдокимова тесно сотрудничает с Московским

### Взгляд в прошлое

# Культурный багаж и духовное богатство

## Музеи московских медицинских вузов: история и современность



Так когда-то выглядел кабинет стоматолога

разделов: «Анатомия костной системы и соединения костей», «Анатомия мышечной системы», «Анатомия дыхательной системы», «Анатомия пищеварительной системы» и т.д. Хотя разделы очень специфичны, они находятся в сфере интересов не только будущих врачей, но и школьников, поскольку служат пропагандой здорового образа жизни. В целом деятельность музея способствует воспитанию у студентов чувства долга, толерантности и преданности своему делу.

Уникальным в своём роде музеем, активно участвующим в образовательном процессе, является Музей истории медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, который был создан в 1990 г.

Основу собрания музея составили редкие медицинские учебные пособия и руководства, анатомические атласы и печатные издания XVI-XX веков, уникальные медицинские инструменты и многое другое. Особую ценность имеют мемориальные фонды выдающихся учёных и врачей XIX-XX веков: И.Сеченова, В.Сербского,

университета им. Н.И.Пирогова и отечественной медицины, который начал свою работу в 1980 г. Первоначально экспозиции были посвящены военной тематике и партийно-комсомольской жизни института. В 90-е годы XX столетия музей прекратил своё существование, в результате чего многие уникальные экспонаты были утрачены. Возрождение началось в 2001 г. с поиска и отбора музейных предметов, их реставрации и т.д.

Самостоятельный статус музею придан в 2007 г., когда было принято «Положение о музее истории РГМУ и отечественной медицины».

Сегодня в нём работают постоянные экспозиции: «Научные школы середины XX века», «Кабинет врача конца XIX – начала XX века» и др. Широко представлены коллекции: по гигиене, уходу за больными, хирургии, офтальмологии и др.

Одна из основных задач музея истории РНИМУ и отечественной медицины – способствовать формированию у студентов-медиков исторического сознания и активной гражданской позиции.

был закрыт и возродился только в 1987 г. под руководством профессора Г.Троянского.

На первом этапе развития музея была сформулирована его концепция: музей истории института с последующим его вовлечением в учебно-методический процесс вуза.

С 2003 г. начался второй этап деятельности музея, когда при активном участии кандидата медицинских наук К.Пашкова была создана новая концепция экспозиции, отразившая этапы истории становления отечественной стоматологии.

Основу новой экспозиции составили личные вещи учёных-стоматологов, научные труды, медицинские инструменты, приборы и т.д. Особую ценность представляют 5 зубоорудных машин (в том числе 2 кабинета стоматолога). В составе музея историко-медицинская библиотека, коллекция кино-, фото- и фондоматериалов, посвящённых деятельности МГМСУ.

В этот период активизируется экскурсионная деятельность. Музейную экспозицию посетили не только студенты и сотрудники университета, но и школьники, а

обществом историков медицины, Главным военным клиническим госпиталем им. Н.Н.Бурденко, Музеем истории медицины им. П.Страдыня (Рига, Латвия), Европейской стоматологической ассоциацией, медицинскими вузами Москвы, Твери, Ярославля и других городов, а также является членом Европейской ассоциации медицинских музеев.

В феврале 2015 г. в стенах вуза был создан Центр развития историко-медицинских музеев РФ Минздрава России, основными задачами которого являются методологическое обеспечение и сопровождение деятельности историко-медицинских музеев, проведение исследований в области истории медицины, разработка глоссария музееведческой терминологии для студентов медицинских и фармацевтических образовательных организаций, составление топографического историко-медицинского банка данных для последующей интернационализации через международные ресурсы и включения в процесс образования и т.д.

В конце марта 2017 г. в МГМСУ на базе Центра развития историко-медицинских музеев России прошла уже IV Всероссийская научно-практическая конференция «Медицинские музеи России: перспективы развития», посвящённая актуальным проблемам истории медицины и музейного дела.

Таким образом, роль медицинского музея в профессиональном становлении студентов-медиков очевидна, поскольку он обладает огромным потенциалом, позволяющим выполнять не только образовательную функцию, но и решать задачи духовного развития как общества в целом, так и личности студента, педагога, врача. В связи с этим необходима научно осмысленная социально-педагогическая деятельность, которая донесла бы до сознания студентов и преподавателей духовное богатство вузовского музея, возможности, значимость и перспективы практического применения накопленных музейных знаний в профессиональной деятельности педагога и врача.

**Марина КИНДЗЕРСКАЯ,**  
музеевед,  
старший преподаватель  
кафедры философии,  
биомедицинской этики  
и гуманитарных наук  
Московского государственного  
медико-стоматологического  
университета  
им. А.И.Евдокимова,  
кандидат культурологии.

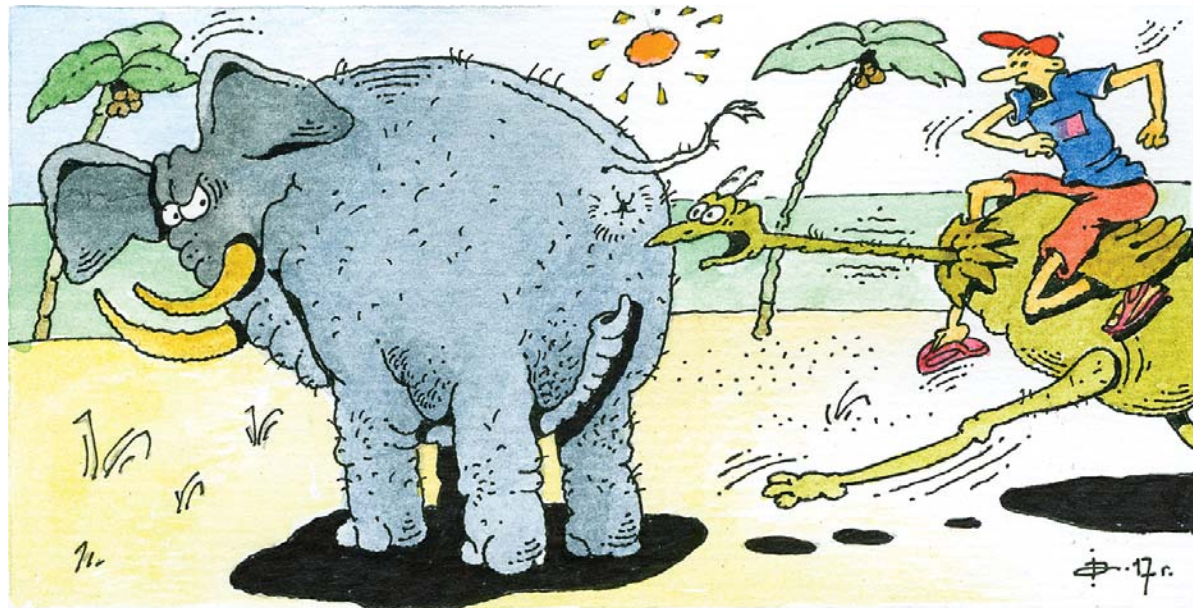
Нет, вам непременно надо побывать во Вьетнаме, пока местные жители полностью не провели эпиляцию всем слонам! Зачем они это делают? Помните фразу из таможенной сцены в рок-опере Алексея Рыбникова и Павла Глушко «Звезда и смерть Хоакина Мурьеты»: «С самой лучшей в мире целью, стать богатым за неделю...». Быстро разбогатеть вьетнамцы хотят от продажи «чудодейственных» колечек, в которые эти слоновьи волосы и впаяны. Если ты носишь на пальчике колечко с одним волосом – ты будешь просто здоров, если с двумя – уже и богат, ну а с тремя – счастье тебя накроет с головой! Не только ради быстрой наживы, но и с целью «осчастливить и оздоровить» ничего не подозревающих туристов стоят предприимчивые представители нации у дверей аэропорта: «Кому счастья, кому богатства, кому здоровья? Налетайте, всего за 10 донгов, торопитесь, а то все волосы у слонов закончатся! Не торгуйтесь, берите быстрее!» Недоумевающий турист сомневается в силе невзрачного колечка. Любопытный турист интересуется, а что это там такое чёрненькое и плохо пахнущее из кольца торчит? Пылливый турист «докапывается», что слоновий волос был добыт в результате эпиляции в интимной зоне... и шарается прочь! А вы как хотели, господа приезжие! Слон таки здесь – священное животное! А вы мечтаете о счастье, богатстве и здоровье сразу, и ещё возмущаетесь, что волос не оттуда, откуда бы вы хотели! Берите и не раздумывайте, зачем и откуда этот волос; берите, пока есть, что брать – слоны не очень-то жалуют эту процедуру эпиляции!

Лично мы не взяли, чем очень удивили и расстроили вьетнамцев. Мы решили, что уже богаты, раз приехали на этот край света; счастливы, что удачно долетели на самолёте авиалиний «АЗУР эйр»; здоровы, пока не попробовали местной еды! А что будет дальше – посмотрим! Но уверены, что всё будет замечательно: не так часто российские врачи путешествуют в свой долгожданный отпуск дальше пределов собственного садового участка... И наши ожидания оправдались.

Поселились мы в скромной трёхзвёздочной гостинице на главной улице посёлка. С одной стороны

А ещё был случай

# Отпуск во Вьетнаме



за скромным заборчиком – волны Южно-Китайского моря (тсс! – пока не слышат «аборигены» – они-то уверены, что море «Южно-Вьетнамское»). С другой стороны – на неширокой асфальтовой дороге – «волны байков». Эти «двухколёсные волны» вброд перейти невозможно, возможно только перебежать – с упорством и прытью молодости. Иначе – никак: светофоров либо вообще нет, либо они живут какой-то своей жизнью, неподвластной ни течению времени, ни «течению» байков. На каждом транспортном средстве – от 2 до 5 человек в зависимости от изворотливости водителя и массы тел пассажиров. В шлеме – только водитель, зато каждый пассажир – в «наморднике». Это или обычная косынка, или одноразовая маска из аптеки – кому что по карману. Такой маскарад пассажиров пугает... Смотришь на него в предвкушении какой-то «эпидемии чумы» – мозг медика подготовлен к таким «картинкам». Но всё объясняется очень просто – практичностью, экономией и мнимой заботой о своём здоровье

непоседливого вьетнамского народа, давно и надолго оседлавшего чудливый байк.

Через несколько дней размеренного пляжного отдыха в отеле в «обрамлении» специфической местной кухни из «волнующих овощей», рисовых лепёшек и жгучих соусов становишься сам таким же непоседливым и... отправляешься на экскурсии. Причём куда – по дальше – сменить «картинку». Мы поехали в национальный парк. Нам зачем-то захотелось покататься на буйволах и страусах, посмотреть «недоэпилированных» слонов. Слоны как слоны – спереди. Буйволы живописны со всех ракурсов. Страусы – самые быстробегающие птицы, да мы это знали ещё в школе! А вот зачем было кататься на «чемпионах» по бегу? Причём экскурсовод нас предупредил, что мозг у этих мощных птиц размером с грецкий орех, поэтому помнят они «напутствия погонщика» всего одну минуту. Я полагаю, что мозг современного Homo sapiens в состоянии запомнить две фразы из вьетнамского языка относительно

предпочтительной скорости езды на страусе. Но! Лично мой «натруженный эскулаповский мозг» при выборе такого экстремального способа перемещения заклинило практически сразу, то есть быстрее, чем заклинивает мозг страуса. Поэтому я мчалась на страусе и молчала. От страха свалиться молчала. От невозможности исправить положение молчала: вдруг скажу неправильное словосочетание, и он понесёт меня ещё быстрее? Из уважения к мозгу страуса молчала: он-то эти «волшебные» команды в отличие от меня помнит хотя бы минуту! В таком «торжественном» молчании и донёс меня страус до финишной черты. Причём в целостности и сохранности, несмотря на этот бешеный галоп, за что ему отдельное спасибо! А вот следующего за мной пассажира не «донёс», сбросил с себя практически сразу! Я-то видела, как этот шустрый подросток плюхнулся на птицу и заломил ей крыло. Я-то понимала, что страус сбросил пассажира неспециально, что страусу тоже бывает больно... Но что тут поднялось! Ребёнок в ис-

терике катается по земле! Родители кричат на английском, погонщик – на своём «матерном» вьетнамском, и все норовят наказать бедную птицу. Нет, этого страдальца надо спасать! Я знаю всего две фразы на «общечеловеческом» английском: «I'm a doctor. I will help». Внимательно осматривая ребёнка с головы до ног в течение нескольких минут и в глубоком молчании смогла-таки произвести впечатление на нервных родителей и их гиперактивное чадо: первые успокоились, последний умолк. Всем сторонним наблюдателям была предъявлена лишь небольшая ссадина на коленке. Страус был не только реабилитирован, он был ещё трепетно мной осмотрен. Не больно разбираюсь в ветеринарии вообще и в орнитологии в частности, я всё же вошла в роль «Доктора Айболита» и обнаружила на крыле птицы несколько сломанных маховых перьев. Скандал был полностью улажен. Этот чемпион по бегу был тоже «потерпевшим», поэтому его временно отстранили от работы и направили на «заслуженный отдых» в вольер – к огромному удовольствию всех присутствующих. А я – я так теперь люблю страусов! Ну и пусть у них мозг с грецким орех, ну и пусть они могут помнить всего две команды в течение минуты... но они такие сильные, такие милые и такие... беззащитные...

Если вы соберётесь во Вьетнам, вы, конечно сможете вдоволь наесться «волнующих овощей», закусив их рисовыми лепёшками. Если вы соберётесь во Вьетнам, вы сможете проверить, кто более изворотлив – вы или байк. Если вы соберётесь во Вьетнам, возможно, всё же рискнёте купить это странное кольцо со слоновим волосом внутри... но зачем? Только прошу – не катаетесь на страусах. Им это совсем не нравится.

Любовь КОЛОСОВА,  
врач.

Москва.

**СКАНВОРД**

Литер. жанр	Протазанов	Рыболовное орудие	Амиодарон	Ваншенкин, сборник	Визант. полководец	Маслич. культура	«Доктор...» Пас-тернак	Рос. адмирал	Пророчица, Израиль	Диспут	Итал. певец, тенор	
Сухогруз	Кишмиш	Прозрачная ткань	Идарубицин	Шатер (др.-рус.)	Бенз. колонка	Дворец феодала	Метал. заготовка	Орли-стат	Результат	Река, Балхаш	Андрей-ченко, фильм	
Парная плоская кость	Трагедия Овидия	Сорняк	Звезда, Лири	Англ. партия	Мед. обследование	Бирюса	Народы, Эфиопия	Пан ... пропал	Период, мезозой	Газеты		
Попугай	Шанель	«... Пари-са, Рубенс»	Храм, Таиланд	Браз	Греч. богиня правды	Монета, Лаос	Япон. борьба	Опорный пункт войск	Ковбойский спорт	«Отелло», перс.	Пинский, пьеса	
Автор Валерий Шаршуков	Учитель Страдивари	Учитель Страдивари	Хол. оружие									
							О Б Л О М Х А Е П О Р Т Э П А Т А Ж Е Я К О А Г Е П Т О Р Б Д Р Ф У Р С С С У Д А А П А Р Б О Р Е Т У М Р А Д Е В И Т Н Е Р С К О К А И Д В Д Е П О Н О Ж И К А С Р У М Б Н О Ч Ь Х Д Д Д И Р Т А Т И З М О Р О Г А Т А Д А В И Д С К И Л Т К А Т Т А И Т А И Я А Г О Р А К Е Н А Р	Ответы на сканворд, опубликованный в № 79 от 20.10.2017.				

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

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.  
 Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.  
 Адрес редакции, издателя: ул. Гиляровского, д. 68, стр. 1, Москва 129110.  
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).  
 «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru  
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-09-00297 Тираж 23 873 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.