

# Медицинская

12 апреля 2017 г.  
среда  
№ 25 (7743)

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)

В центре внимания

## Пролог к будущему

Время действовать наступательно в интересах здоровья россиян



Сегодня состоится заседание итоговой коллегии Министерства здравоохранения РФ. Ежегодно на таких расширенных совещаниях анализируются достигнутые результаты и ставятся задачи на будущее. Но основными критериями оценки работы многотысячной армии медиков остаются продолжительность жизни россиян и снижение общей смертности. Разговор, конечно, пойдёт и о точной и быстрой диагностике, действенном лечении, профилактике заболеваний. Обо всём, что является существенными слагаемыми успеха в поддержании здоровья россиян.

— Чтобы ситуация в отрасли развивалась в заданном направлении,

Поликлиника без очередей в гардеробе, регистратуре, у кабинета врача. Диспансеризация за два дня. Забор анализов чётко по времени. Это не описание поликлиники мечты, а рассказ о лечебных учреждениях – участниках проекта «Бережливая поликлиника». Его ход реализации и первые успехи обсудили в Ярославле – городе, который первым включился в организацию медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства. С одной из таких поликлиник знакомится В.Скворцова

нужно создать действительно современную систему здравоохранения – от первичного звена до федеральных клиник, которая соответствовала бы самым строгим стандартам, – обозначил на недавнем Совете по стратегическому развитию и приоритетным проектам в сфере здравоохранения Президент РФ Владимир Путин. Но для этого нужно решить ещё много

сложных проблем. И это удаётся. К целостной модели отечественная медицина существенно продвинулась за последние 5 лет.

О достигнутых результатах и задачах на перспективу накануне заседания итоговой коллегии с министром Вероникой Скворцовой побеседовал заместитель главного редактора «Медицинской газеты» Алексей Папырин. (См. стр. 4.)



**Наталья СТАДЧЕНКО,**  
председатель  
Федерального фонда ОМС:

Сдерживать «выдавливание» бесплатных медицинских услуг в коммерческий сектор способны именно страховые медицинские компании.

Стр. 5

**Михаил МУРАШКО,**  
руководитель Росздравнадзора:

Сегодня реально работает система выборочного контроля качества лекарственных средств.

Стр. 6



**Вадим ЯНИН,**  
министр здравоохранения  
Красноярского края:

Внедрив систему дистанционного сопровождения пациентов, мы оказали врачам первичного звена действенную помощь.

Стр. 8

Статистика

## Телемедицина: не только новые возможности

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение врачей в 50 регионах России к телемедицине.

Ровно половина опрошенных врачей положительно относятся к телемедицине, 35% – отрицательно, 15% пока не определились.

Основной аргумент в пользу телемедицины: расширение возможностей для получения медпомощи. Медицина становится более доступной, более мобильной за счёт отсутствия необходимости куда-то идти или ехать для первичных и повторных консультаций, общения со специалистами по возникающим вопросам, корректировки лечения, получения пациентом альтернативного мнения от нескольких специалистов, отмечают 71% докторов. Аспект скорости – телемедицина даст возможность для быстрого получения нужной информации как пациентом, так и врачом, что актуально при отсутствии времени, выделили 11% докторов. Это просто удобно, отмечают 8%.

Аргумент докторов, выступающих против телемедицины – это повышение риска врачебных ошибок в связи с трудностями заочного консультирования, отсутствием возможности осмотреть пациента, недостатком информации о пациенте – 69%. Лично им такой формат неудобен, отмечают 12% докторов. Своё негативное отношение к хвату времени объясняют 9%. Пациенты не будут доверять подобного рода

дистанционным приёмам, считают 3% врачей.

Среди докторов, которые поддерживают идею телемедицины (50%), практически все готовы использовать телемедицину в своей практике, считают, что это направление приживётся в России и будет способствовать снижению процента людей, занимающихся самолечением. Медики, которые идею не поддерживают либо пока не определились с позицией, в большинстве своём не готовы использовать телемедицину в своей практике и считают, что это направление для России скорее неперспективно.

По оценкам докторов, в ближайшие 5-7 лет в среднем 25% трудоспособного населения будут пользоваться услугами телемедицины.

«Конечно, телемедицина отнюдь не всегда может заменить реальный визит к врачу, но в ситуации, когда стоит выбор между дистанционной консультацией и полным её отсутствием, она способна помочь многим людям. Можно предположить, что последствия врачебных ошибок, связанных с дистанционным характером консультирования, будут гораздо менее значимы в сравнении с положительным эффектом, – прокомментировала Ксения Медведева, руководитель подразделения исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT. – Спрос на дистанционное общение с врачами точно есть».

Алексей ПИМШИН.

МИА Сито!

Москва.

События

## Новые хирургические технологии

В Санкт-Петербурге состоялась открытие реконструированного хирургического корпуса Российского научного центра радиологии и хирургических технологий Минздрава России.

В церемонии открытия приняли участие министр здравоохранения Вероника Скворцова, полномочный представитель Президента РФ в Центральном федеральном округе Александр Беглов, полномочный

представитель Президента РФ в Северо-западном федеральном округе Николай Цуканов, губернатор Ленинградской области Александр Дрозденко.

Гостям были показаны научные и лечебные достижения центра, а также современная организация и оснащение нового корпуса.

В реконструированном корпусе размещается высокоточное медицинское оборудование: ускорители, циклотрон, гамма-нож,

ПЭТ, ПЭТ-КТ и ангиографическое отделение.

С окончательным вводом в эксплуатацию мощность реконструированного хирургического корпуса существенно увеличится, что сделает современную высокотехнологичную помощь ещё более доступной не только для жителей Северной столицы, но и для жителей других регионов нашей страны.

Соб. инф.



## Новости

Особенности  
болевого синдрома

Совместный вебинар, посвящённый терапии боли и доступности наркотических лекарственных средств, провели Росздравнадзор и фонд «Подари жизнь». В работе мероприятия принял участие 1641 человек.

В его ходе были заслушаны такие вопросы, как: «Современные требования по назначению, выписыванию и отпуску наркотических препаратов в целях обезболивания», который предложила Ирина Крупнова, начальник Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований Росздравнадзора; «Особенности хронического болевого синдрома в паллиативной педиатрии: встречаемость хронического болевого синдрома у детей, курируемых паллиативными службами; проблемы назначения опиоидных анальгетиков; физиология боли у детей; принципы назначения обезболивающих препаратов при хроническом болевом синдроме», представленный Алексеем Пшонкиным, гематологом, директором Департамента паллиативной помощи благотворительного фонда «Подари жизнь».

Яна ГЛАЗКОВА.

Москва.

Начнут  
с симуляционного центра

Алтайский государственный медицинский университет получил 36 млн руб. целевых субсидий из федерального бюджета на оснащение симуляционного центра. Средства будут направлены на приобретение симуляционного и медицинского оборудования по акушерству, гинекологии и неонатологии. Субсидия на основании Постановления Правительства РФ «О финансовом обеспечении создания обучающих симуляционных центров в федеральных государственных бюджетных учреждениях» была выделена в этом году двум российским медицинским вузам – АГМУ и Первому Санкт-Петербургскому государственному медицинскому университету им. И.П.Павлова.

Планируется, что центр АГМУ пополнится оборудованием для обучения будущих и практикующих акушеров-гинекологов и неонатологов. В распоряжении обучающихся врачей и студентов появятся новые роботы-симуляторы рожениц, фантомы доношенных и недоношенных новорождённых, лапароскопический виртуальный симулятор для проведения гинекологических операций, а также современное медицинское оборудование – реанимационные системы для недоношенных детей.

Директор симуляционного центра АГМУ И.Чечина отмечает, что новая техника в отличие от уже имеющейся (а это более двух десятков роботов и манекенов) позволит осуществлять специализированную подготовку врачей-кадров и будущих медиков. Симуляторы, которые скоро появятся в центре, отличаются более широким функционалом и степенью реалистичности, огромным спектром запрограммированных патологий и позволят проводить большее количество врачебных манипуляций, например кесарево сечение, ручное отделение плаценты и др.

Елена ЛЬВОВА.

Барнаул.

## Золотой друг

В отделении «Семь-Я» социально-реабилитационного центра Приморского края «Парус надежды» открылась выставка творческих работ «Макс и моя семья». Она приурочена к Международному дню распространения информации об аутизме. Вниманию зрителей представлены 20 семейных рисунков и поделок, главным героем которых стал золотистый ретривер – лучший друг «особенных» детей.

Умный пёс – главный помощник психолога центра Светланы Данченко. Для чувствительных малышей собака – мотиватор к познавательным действиям. За 3 года существования кабинета канистерапии с Максом подружились более 80 приморских семей, воспитывающих детей с особыми нуждами.

В Приморье накоплен успешный опыт реабилитации детей-инвалидов, в том числе с расстройством аутистического спектра. Только сотрудниками кабинета канистерапии при центре «Парус надежды» во Владивостоке за неполные 3 года проведено более 750 приёмов семей с необычными малышами.

«Через индивидуальные консультации мы даём детям коммуникативные навыки, учим общаться с миром и окружающими людьми, – поясняют специалисты. – Очень важный сегмент реабилитации – работа с родителями. Еженедельные тренинги для взрослых и детей – это помощь в выстраивании отношений внутри семьи».

С августа 2016 г. спектр социальных услуг семьям существенно расширен. Такую возможность дал комплекс мер по развитию эффективных практик активной поддержки родителей, воспитывающих детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья. Реабилитационный проект приморцев подкреплён грантом Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

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

## Профилактика

Профессионализм  
и милосердие

В амбулаторной службе Оренбуржья  
осваиваются медико-социальные технологии



На базе четырёх поликлиник городской клинической больницы № 3 Оренбурга организовано отделение медико-социальной помощи. Новое отделение создано с учётом передового опыта коллег Тюмени, рекомендованного Минздравом России.

Как комментирует главный врач городской больницы Денис Дурченков, главная цель такого отделения – обеспечение доступности медицинской и медико-социальной помощи пациентам старших возрастных групп, льготникам, инвалидам, частично или полностью утратившим способность к передвижению и самообслуживанию. Больница обслуживает 93 тыс. человек; из них к отделению медико-социальной помощи прикреплены 6 тыс. пациентов – это трудоспособные и нетрудоспособные граждане, одинокие люди, маломобильные пациенты, требующие посторонней помощи.

В отделении нет очередей. В его структуре – кабинеты участковых

терапевтов, патронажной службы среднего медперсонала, доврачебный кабинет. Сформированы отдельные терапевтические участки.

Работает дневной стационар и стационар на дому. Пациенты проходят диспансеризацию, получают помощь узких специалистов. Медицинская помощь оказывается в полном объёме, при этом работа выстроена с учётом возрастных особенностей, заболеваемости, статуса пациентов. При обращении к участковому врачу не нужно обращаться в регистратуру, так как картотека находится у доктора. Врачи и патронажные медсёстры оказывают маломобильным гражданам помощь на дому, социальные работники доставляют необходимые лекарственные препараты.

– Увеличение в составе населения доли лиц пожилого и старческого возраста требует новых

подходов, структурных преобразований в здравоохранении, направленных на повышение доступности медико-социальной помощи пожилым, – отмечает и.о. министра здравоохранения Оренбургской области Галина Зольникова. – В данной помощи также нуждаются инвалиды, больные социально значимыми заболеваниями. Организация медико-социальной помощи признана наиболее эффективной в амбулаторно-поликлинических условиях под руководством участковой службы. Пока пилотный проект реализуется в городской клинической больнице № 3 Оренбурга, нарабатанный опыт будет учтён коллегами других учреждений.

Наталья ЧЕПУРГИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Оренбург.

Фото автора.

## Сотрудничество

Интербригада  
врачей в действии

Германские врачи провели крупную благотворительную акцию в Чечне. В соответствии с договорённостью между Региональным общественным фондом имени Героя Российской Федерации Ахмат-Хаджи Кадырова (благотворительная организация в Чеченской Республике, образованная в 2004 г.) и негосударственной немецкой организацией «Интерпласт-Германия» в Грозном побывала группа ведущих врачей – хирургов, ассистентов и анестезиологов под руководством президента компании профессора Андре Борше. Они оказали высокотехнологичную медпомощь детям, которым ранее было предписано операционное лечение за границей.

На базе Республиканской детской клинической больницы зарубежные специалисты провели около 80 операций (всего было осмотрено более 200 детей). В основном это были операции пациентам с врождённой расше-

линой твёрдого и мягкого нёба, стафило-, урано- и хейлоринопластика. Местные врачи и студенты медицинского института Чеченского государственного университета были задействованы зарубежными коллегами на всех уровнях

диагностики, отбора и лечения больных. Трое больных из числа осмотренных выедут за рубеж для более тщательного обследования и лечения там, на месте.

Выездные акции известных зарубежных врачей являются продуктивными в плане оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению, а также хорошей школой изучения европейского опыта для российских медиков. Профессор Борше с 2007 г. неоднократно бывал на Северном Кавказе и о сегодняшнем положении дел в Чеченской Республике говорит с нескрываемым восторгом: «Не только сам город Грозный изменился до неузнаваемости, но и больницы по степени оснащения и наличию необходимых условий не уступают европейским клиникам».

Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Чеченская Республика.



Акценты

# Бережливые поликлиники изучают в Ярославле

**Общероссийский образовательный семинар-совещание по вопросу организации первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства открылся в Ярославле.**

Место проведения форума обусловлено тем, что именно Ярославская область первой в стране начала внедрение бережливых технологий в медицине. В организации и мероприятиях семинара-совещания принимают участие министр здравоохранения Вероника Скворцова, заместитель главы Минздрава Татьяна Яковлева, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко, исполняющий обязанности губернатора Ярославской области Дмитрий Миронов, представитель Администрации Президента РФ, Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, Государственной корпорации «Росатом», руководители территориальных фондов ОМС.

Министр здравоохранения РФ В.Скворцова в своём выступлении на пленарном заседании отметила, что результаты Ярославской области вдохновляют. Проект «Бережливая поликлиника» был запущен в конце 2016 г., но даже за такой короткий срок удалось добиться важных показателей – очереди в пилотных медорганизациях намного сократились. Министр отметила, что дружелюбие и комфортные условия в поликлинике – это необходимые требования, только тогда пациенты будут обращаться сюда с профилактическими целями. Говоря о предстоящих планах, она заявила о превращении в «бережливые» более 200 поликлиник по всей стране в ближайшие 2 года.

«По результатам исследования, которое проводил Фонд общественного мнения, здравоохранение входит в ТОП-5 наиболее остро волнующих граждан сфер жизни, – привёл данные заместитель начальника Управления внутренней политики Администрации Президента РФ Александр Харичев. – И проект по созданию бережливых поликлиник – это ответ на запрос населения».

Д.Миронов рассказал, что на первом этапе в поликлиниках-об-

разцах был проведён анализ, выявивший системные проблемы, которые требуют изменения подходов к организации труда медиков и стандартизации процессов работы поликлиники. Комплекс последующих мероприятий был направлен на оптимизацию процессов оказания медицинской помощи: проведены ремонтные работы, сделана перепланировка, организованы колл-центры, внедрены информационные технологии. Особое значение уделено учёбе специалистов по работе с электронной медицинской картой.

В своём докладе о пациенториентированной модели организации первичной медико-санитарной помощи Т.Яковлева констатировала, что лишь 38% пациентов приходят в поликлинику с профилактической целью, остальные 62% посещают врачей по поводу обострений и новых заболеваний. «А должно быть наоборот: 60% – в целях профилактики, 40% – при заболеваниях», – подчеркнула она.

Для оценки динамики реализации проекта «Бережливые поликлиники» руководство Минздрава и председатель ФОМС Н.Стадченко посетили две ярославские «бережливые поликлиники», изучили работу открытых регистратур, диспансерного сектора и «кабинетов здоровья» по выявлению факторов риска, оценили информационные стенды профилактической направленности, систему маршрутизации пациентов и разведения потоков. Участники семинара-совещания отметили, что такая модельная схема должна распространяться в масштабах всей страны.

Об этом говорили и в ходе совещания директоров территориальных фондов ОМС, в рамках которого их руководители обменивались опытом в создании пилотных проектов.

Отрывая совещание, председатель ФОМС Н.Стадченко напомнила, что первыми в реализацию проекта «Бережливые поликлиники» включились Севастополь, Ярославская и Калининградская области. «Были выбраны самые отстающие на тот момент поликлиники, чтобы на их примере увидеть наглядный результат, – обратила внимание Н.Стадченко. – Осуществлены ремонты регистратур, которые ранее были практически недоступны для

общения пациентов с регистраторами. За счёт нормированного страхового запаса поликлиники дооснастились в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, но самое главное – это логистика потоков, индивидуальный подход к решению существующих проблем». Она также заметила, что не только 20 субъектов Федерации, которые уже официально заявлены как участники проекта «Бережливые поликлиники», но и все остальные регионы должны включиться во внедрение такого подхода, повышающего качество и доступность медицинской помощи.

«Бережливая поликлиника» – это проект по совершенствованию амбулаторной помощи путём оптимизации кадровых, имущественных, финансовых и других ресурсов медицинской организации... Реализация проекта превратилась в фабрику технологий», – так определил суть «пилота» директор территориального ФОМС Ярославской области Михаил Пушков, добавив, что для достижения необходимых показателей важен анализ, контроль и мониторинг, а также взаимодействие ФОМС со страховыми медицинскими организациями. Он отметил, что на территории Ярославской области работает четыре крупнейших страховых медицинских организаций, которые консолидировались в единое страховое сообщество для достижения наивысших показателей качества.

Перечисляя условия для успешной реализации проекта, М.Пушков отметил «полное погружение в процесс органов исполнительной власти, ФОМС, страховых и медицинских организаций; наличие индивидуального плана для «стартовых» поликлиник, персональную ответственность всех участников проекта, возможность изменения этапов процесса в целях его оптимизации, необходимость тиражирования положительного опыта».

Завершая совещание директоров территориальных ФОМС, Н.Стадченко ещё раз обратила внимание на важность публичного размещения понятной и доступной для людей информации и призвала активнее подключаться к реализации проекта «Бережливые поликлиники».

**Ксения САПОЖНИКОВА.**  
Ярославль.

Итоги

# Устами пациентов

**Общественный совет при Минздраве Челябинской области подвёл итоги независимой оценки качества оказания медицинских услуг за 2016 г.**

По результатам анкетирования лучшей взрослой поликлиникой стала поликлиника Челябинской областной клинической больницы. На втором месте во взрослом амбулаторном звене оказалась поликлиника городской больницы № 1 Златоуста.

Среди стационаров наибольшее число положительных отзывов заслужил Челябинский областной центр реабилитации.

Лучшими детскими поликлиниками южноуральцы назвали поликлинику челябинской детской городской клинической больницы № 7 и детскую городскую поликлинику № 1.

Самыми надёжными стационарами, по отзывам пациентов, стали детская городская больница № 7 Челябинска и центр восстановительной медицины и реабилитации «Огонёк».

В звене центральных районных и центральных городских больниц Челябинской области лучшие поликлиники – у Филимоновской участковой больницы Чебаркульского района, больниц Верхнеуральска и посёлка Кундравы. Среди стационаров наибольшее число положительных откликов заработали Верхнеуральская, Брединская, Кизильская и Увельская ЦРБ.

Лучшими социально значимыми стационарами стали областной противотуберкулёзный диспансер № 8 и областной кожно-венерологический диспансер № 3. Примечательно, что все специализированные учреждения региона получили от пациентов хорошую оценку – выше 50% положительных откликов.

В сфере родовспоможения лучшим ожидаемо оказался новый областной перинатальный центр. В сфере стоматологии больше всего южноуральцам полюбилась стоматологическая больница № 6 Челябинска.

Независимая оценка проводится

по таким критериям, как открытость и доступность информации о медицинской организации, комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения, время ожидания предоставления медицинских услуг, доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации, удовлетворённость оказанными услугами.

В 2017 г. работа по организации независимой оценки качества оказания медицинских услуг в регионе будет продолжена. Более того, Челябинская область включена в план контроля Минздрава России, и уже в мае этого года в регионе ожидается федеральная проверка.

Общественный контроль в этом году также будет проходить в формате «контрольной закупки». Проверяющие будут приходить в медицинские учреждения под видом пациентов и на собственном опыте анализировать работу системы оказания медицинской помощи.

**Мария ХВОРОСТОВА,**  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

100 строк на размышление

О снижении интереса к обучению в аспирантуре сообщил на VIII Общероссийской конференции с международным участием «Неделя медицинского образования – 2017», прошедшей в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова, ректор этого вуза, главный специалист Минздрава России по медицинскому и фармацевтическому образованию, академик РАН Пётр Глыбочко. По его словам, об этом свидетельствует динамика эффективности аспирантуры в стране: доля защитившихся аспирантов упала с 29% в 2011 г. до 18% в году позапрошлом. В целом по стране количество отчисляемых аспирантов составляет 40%. В этой связи ректор Первого Меда сообщил, что представители Федерального учебно-методического объединения «Клиническая медицина» подготовили предложения по совершенствованию подготовки по программам аспирантуры и направили их в Министерство образования и науки РФ.

# Три заветных буквы

Похоже, за последние четверть века аббревиатура к.м.н. к науке имеет исключительно номинальное, формальное отношение. На повестке дня стоит вопрос о столь заветном статусе того или иного представителя врачебной профессии по всем без исключения клиническим направлениям.

Помню, что и сам в обозримом прошлом грешил обзавестись подобной «корочкой», наивно полагая, что привнесу тем самым хоть маленький вклад в отечественную науку и стану более квалифицированным специалистом. Однако самым чистым помыслам не суждено было сбыться: осознание несостоятельности отечественной аспирантуры (по крайней мере, в медицинских науках) пришло, к счастью, вовремя.

Как правило (а на всякое правило, как известно, бывают исключения), вожделенная кандидатская диссертация в нашей стране, по сути, представляет собой не что иное, как добротный реферат компилятивного характера. Научная новизна таких работ в подавляющем большинстве случаев так и остаётся на бумаге.

Однако ни для кого не секрет, что в нашей стране внешняя сторона того или иного явления имеет гораздо более важное значение, нежели внутренняя. В глазах неискушённого пациента кандидат медицинских наук представляется специалистом на порядок выше неопытного доктора, в то время

как (что, кстати, отнюдь не редкость) тема научной работы может иметь лишь очень опосредованное отношение к практической работе или же не иметь вовсе.

Примеров, когда клиницисты защищаются по фундаментальным наукам, организации здравоохранения или истории медицины – пруд пруди. Возникает резонный вопрос: а что же приносит в подавляющем большинстве случаев аспирантский труд в практическую деятельность специалиста? Ровным счётом ничего. Бутафория, не иначе.

Отток же аспирантов выглядит в данном контексте явлением ожидаемым и вполне себе справедливым. Причина этому, надо полагать, – в повышении общеобразовательного уровня пациентов. Очевидно, они постепенно приходят к пониманию того, что учёная степень практического врача вряд ли каким-то образом влияет на лечебный процесс.

Думается, что, прежде чем направлять письма в федеральное Министерство образования, следует более взвешенно и досконально подойти к данной проблеме, не забыв и о материальной составляющей, играющей в современном мире отнюдь не последнюю роль при выборе как самой профессии, так и деятельности внутри неё. Тогда и интерес у молодёжи стремительно возрастёт.

**Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,**  
обозреватель «МГ».

Профилактика

# На пути к здоровой жизни



**Во Владивостоке в рамках реализации антинаркотической программы Федерации еврейских общин России (ФЕОР) прошёл семинар-тренинг «Психологическое и информационное сопровождение наркозависимых».**

Краевой наркологический диспансер Приморья оказал значимое содействие в организации мероприятия и предоставил помещение для его проведения. Не осталась в стороне и еврейская община города. Раввин Владивостока Шимон Варакин принял активное участие в подготовке семинара.

На тренинг пришли почти 70 человек – психиатры, наркологи, медицинские и пенитенциарные психологи, студенты, педагоги, социальные работники, сотрудники

органов опеки и правоохранительных учреждений.

Провели семинар психологи Александр Савицкий, Евгений Сошников и руководитель антинаркотической программы при ФЕОР раввин Давид Грановский.

Осеню прошлого года во Владивостоке на базе диспансера Приморья был открыт кабинет профилактики и мотивации. Здесь проводится обширная работа по предотвращению наркологических заболеваний. Приём пациентов бесплатный и анонимный.

Каждый день специалисты помогают людям вновь обрести смысл жизни без алкоголя и наркотиков.

**Николай РУДКОВСКИЙ,**  
соб. корр. «МГ».

Владивосток.



– Вероника Игоревна, традиционно на коллегии вы подводите итоги прошедшего года. Что стало главным результатом работы отрасли в 2016 г.?

– Главным результатом нашей работы, вне сомнения, является сохранение жизни и здоровья наших граждан: именно такую задачу перед нами ставит Президент страны. За прошедший год, несмотря на объективные социально-экономические трудности, нам удалось добиться снижения смертности во всех возрастных группах населения, что, в свою очередь, привело к увеличению продолжительности жизни. Так, по сравнению с прошлым годом число смертей сократилось на 17,5 тыс., а продолжительность жизни увеличилась на 0,5 года, впервые достигнув 72 лет. Смертность снижается по всем основным причинам.

– И от инфекционных заболеваний? Например, туберкулёза? Эту беду мы давно не могли победить.

– Да, и от туберкулёза. Только за 2016 г. смертность от этого заболевания удалось снизить на 17%. Если посмотреть данные за последние 10 лет, то мы снизили смертность от туберкулёза в нашей стране на 65%, а заболеваемость – на 35. Это не случайность, а результат последовательной работы. Внедрены новые методы диагностики и лечения, технологии оценки чувствительности к препаратам каждого конкретного больного. Мы лидеры в мире по темпам решения проблемы туберкулёза, поэтому нам доверили в ноябре этого года провести Всемирную конференцию ВОЗ по борьбе против этого заболевания и антимикробной резистентности.

Также за последние 10 лет мы нарастили на 60% охват вакцинацией населения против сезонного гриппа, что привело к снижению заболеваемости и доли осложнённых форм. В этом году мы провакцинировали беспрецедентное число наших граждан – около 56 млн человек. Также за последнее десятилетие снизились заболеваемость острым гепатитом В – более чем в 6 раз, корью – более чем в 5 раз.

– А как обстоят дела с младенческой и материнской смертностью?

– На сегодняшний день уровни младенческой и материнской смертности достигли исторического минимума в нашей стране.

Младенческая смертность сократилась в 2016 г. на 7,7%, составив 6,0 на тысячу рождённых живыми. Напомню, что, по прогнозам 2009-2010 гг., мы планировали в 2020 г. выйти на 7,5 (с учётом перехода на международные критерии живорождения). Тем не менее за 5 прошедших лет младенческая смертность снизилась более чем на 40% и за январь-февраль 2017 г. достигла 5,0 на тысячу родившихся живыми. В целом детская смертность снизилась за 5 лет более чем на 30%.

Серьёзно уменьшилась и материнская смертность – за 2016 г. более чем на 20%, достигнув 8,3 на 100 тыс. родившихся живыми. В прогнозах на 2020 г. данный показатель должен был составить более 18,0. За 5 лет материнская смертность снизилась на 48% (с 16,2 до 8,3 на 100 тыс. родившихся живыми).

– Снижение смертности – это во многом доступность медицинской помощи населению. Однако долгое время шло сокращение учреждений



В центре внимания

# Пролог к будущему

в первичном звене, особенно сельских. Что сейчас?

– Действительно, до 2012 г. шёл повальный процесс сокращения маломощных медицинских объектов. Проанализировав ситуацию, мы обратились в регионы с требованием прекратить такую практику.

Сегодня развитие первичной медико-санитарной помощи является одной из наших главных задач. В марте прошлого года мы разработали и утвердили комплекс мер по развитию первичной медико-санитарной помощи в стране в целом и в каждом регионе. Впервые с советского времени были утверждены требования к размещению медицинских организаций, исходя из численности населения в населённом пункте и его удалённости от ближайшей медицинской организации.

Это дало ощутимые результаты: из 556 медицинских объектов, построенных и введённых в 2016 г., 420 были новые ФАПы, 55 – офисы врачей общей практики. Проведён ремонт в более чем 2,6 тыс. медицинских объектах, из них более 630 ФАПов и 88 офисов врачей общей практики. За год доля сельских медицинских подразделений, требующих капитального ремонта, сократилась на 20,2%.

Но нужно понимать, что фельдшерские пункты не строятся везде. Там, где живёт меньше 100 жителей, мы развиваем так называемые домохозяйства, в задачи которых входит оказание первой помощи и вызов медиков. Вместе с регионами нам удалось создать уже более 10 тыс. таких домохозяйств.

– Можно ли сейчас оценить реальный охват населения медицинской помощью? Есть ли понимание того, где людям доступна помощь, а где нет?

– Очень хороший вопрос. Для того чтобы это сделать, в прошлом году впервые в истории нашей страны была разработана геоинформационная система, содержащая данные обо всех 158 тыс. населённых пунктах, численности проживающего в них населения, инфраструктуре, 72 тыс. медицинских организаций и их структурных подразделений. Иными словами, это многослойная карта, на которой вы можете увидеть доступность разных видов медицинской помощи для жителей каждого населённого пункта.

– Доступность увеличивается, это факт. Но ведь се-

годня, придя в поликлинику, пациент ожидает не только медицинской помощи, но и вежливости, заботы?

– Да, действительно атмосфера в медицинских организациях имеет большое значение. Мы посмотрели, на что чаще всего в плане вежливости жалуются пациенты.

медицинской помощи обеспечен в 88,3% случаев, а при ДТП увеличился до 94%.

Но, к сожалению, не во всех регионах можно оперативно доехать до пациента на машине: отсутствуют дороги, или расстояния таковы, что быстро их не преодолеть. Именно поэтому нами инициирован проект по развитию санитарной авиации, в рамках которого в 34 труднодоступных районах со сложными климатическими и автодорожными условиями будут наращены объёмы авиационно-технических услуг. На эти цели Правительством выделены необходимые ресурсы.

зависит от него самого. Скажите, как заставить граждан заботиться о своём здоровье?

– Нужно не заставлять, а мотивировать. Нами реализуется комплексная программа мотивирования граждан к здоровому образу жизни, начиная с дошкольного и школьного образования, вуза и до корпоративных программ, направленных на создание здоровьесберегающей среды на рабочем месте. В нашей стране принят и успешно реализуется один из самых эффективных в мире антитабачных законов.

Системная работа на данном направлении позволила только

Оказалось, на регистратуру. Это, в общем-то, понятно: именно с ней первой и последней сталкивается пациент, придя к врачу. Но многие наши регистратуры, скажем прямо, далеки от высоких стандартов. И дело не в ремонте, а именно в организации работы этого важного блока. Собственно поэтому в прошлом году мы впервые провели курс «Поликлиника начинается с регистратуры», в рамках которого сами пациенты оценивали работу регистратур по целому ряду параметров. Эти лучшие практики уже начали тиражировать по всей стране.

Но нельзя забывать, что поликлиника – это не только вежливость её работников, но и удобство для пациента, бережливое отношение к его времени. А вот с этим у нас не всё благополучно. Поэтому вместе с Управлением внутренней политики Администрации Президента РФ, экспертами госкорпорации «Росатом» мы запустили совместный проект «Бережливая поликлиника». Это своеобразная фабрика технологий по созданию образцовых с точки зрения организации времени и пространства поликлиник. Эксперты выявляют неэффективные технологические процессы в управлении, устраняют их, совершенствуют логистику, менеджмент и комфортность предоставления услуг. Это дало потрясающие результаты. Только подумайте: время непосредственной работы врача с пациентами увеличилось в 2 раза, очереди сократились в 8 раз, а время ожидания врача у кабинета – в 12 раз.

Такие «бережливые» поликлиники уже заработали в Ярославской и Калининградской областях, в Севастополе. До 2020 г. мы планируем ввести в проект более 300 поликлиник по всей стране.

– Наряду с первичной помощью близкой к пациенту является, конечно, скорая помощь. В прошлом году прошло серьёзное обновление автопарка. Сколько новых «скорых» встало в строй?

– Действительно, Правительством РФ было принято решение поддержать регионы и закупить более 2 тыс. автомобилей скорой медицинской помощи класса В и более 100 реанимобилей. За счёт этого на 37% обновлён автопарк автомобилей класса В со сроком эксплуатации свыше 5 лет и на 19% – класса С. Как результат, в 2016 г. показатель 20-минутного доезда скорой

– В своё время вы стали автором концепции развития в стране межрегиональных сосудистых центров. Что с этими центрами сейчас?

– Эти центры стали основой современной службы экстренной специализированной медицинской помощи при таких жизнеугрожающих состояниях, как острый инфаркт миокарда и инсульт. Сегодня их в нашей стране уже почти 600. Это позволяет существенно увеличивать применение наиболее правильных схем и методов лечения. Так, например, только за 2016 г. частота применения тромболизиса при остром коронарном синдроме выросла на 25,5%, ангиопластик коронарных артерий – на 11,3%, системного тромболизиса при ишемическом инсульте – на 8,0%. Всё это – спасённые жизни: госпитальная летальность больных с острыми сосудистыми нарушениями снизилась на 6%.

– Вероника Игоревна, Президент ставил перед ведомством задачу – увеличить к 2017 г. объём оказываемой высокотехнологичной медицинской помощи в 1,5 раза в сравнении с уровнем 2013 г. Что можете сказать по состоянию на сегодняшний день?

– Поручение Президента РФ Владимира Владимировича Путина нам удалось выполнить ещё в середине 2015 г. Если в 2013 г. число случаев ВМП составило чуть более 500 тыс., то за 2016 г. – уже более 960 тыс. Рассчитываем, что в 2018 г. этот показатель превысит 1 млн, что впервые приблизится к реальному потребностям населения. Причём объёмы ВМП существенно увеличились по наиболее востребованным профилям: стентированию коронарных сосудов – более чем в 3 раза, эндопротезированию крупных суставов – на 44%, ЭКО – в 3,6 раза.

Это стало возможным благодаря целому ряду факторов. В частности, за счёт мер, принятых нами ранее в 2014 г., когда была создана новая организационная модель, предусматривающая поэтапное погружение методов ВМП в систему обязательного медицинского страхования. Сегодня мы можем сказать, что эта модель доказала свою эффективность.

– Есть известные цифры, что только 30-40% – это вклад здравоохранения в здоровье человека, а всё остальное

с 2014 г. снизить распространённость потребления табака на 16%, объём потребления алкоголя – на 8%, систематически занимающихся физкультурой и спортом, увеличить на 18%.

– Медицинская помощь оказывается врачами. Работа врача – это непростой труд. Вероника Игоревна, какие существуют меры по мотивации?

– Мотивация врача к исполнению своих должностных обязанностей начинается с создания для него комфортных условий труда. Одной из главных задач здесь является сокращение бремени бумажной работы, что возможно только через информатизацию. По итогам 2016 г. обеспеченность рабочих мест врачей компьютерным оборудованием составляет уже около 70%, или около 470 тыс., если говорить в конкретных цифрах. Наш план – к концу 2018 г. подключить к ЕГИСЗ все больницы и поликлиники страны.

Нельзя забывать и о финансовой составляющей. Без обеспечения медицинских работников достойным уровнем заработной платы и создания эффективных систем стимулирования их труда невозможно говорить о каких-либо мерах по закреплению специалистов в отрасли. Если смотреть в динамике, то с 2012 г. среднемесячная заработная плата врачей, среднего и младшего медицинского персонала увеличилась соответственно на 47,2, 46,2 и 75,3%. При этом мы изменили и саму систему оплаты труда, увеличив стабильную и неизменяемую часть зарплаты – оклад – в 1,5-2 раза. Иными словами, мы последовательно идём к тому, чтобы исполнить поставленную Президентом страны задачу по повышению зарплат медиков к 2018 г.

– Долгое время профессия медика была непопулярной. Изменилась ли ситуация сегодня?

– Изменилась принципиально. По данным ВЦИОМ, профессия врача вышла на первое место по популярности – 35% родителей хотели бы видеть своих детей на службе охраны здоровья граждан. Ещё одно подтверждение моим словам: абитуриенты, поступающие в медицинские вузы, имеют один из самых высоких баллов ЕГЭ – 78,91.

Так что будущее у нашей медицины – светлое.



В системе отечественного здравоохранения происходят существенные изменения – новым этапом стало формирование института страховых представителей, оказывающих информационную и правовую поддержку застрахованным гражданам. Об их эффективной работе, а также об участии в системе ОМС негосударственных клиник и о расширении перечня видов оказания высокотехнологичной помощи состоялся разговор нашего корреспондента с председателем Федерального фонда ОМС Натальей СТАДЧЕНКО.

– Наталья Николаевна, сейчас успешно реализуется модель профилактической и персонализированной медицины. Важную роль в решении этих задач играют именно страховые принципы здравоохранения. Но вот сформировалось ли у людей понимание особенностей работы медицинского страхования оказания медицинской помощи?

– Действительно, за последние годы в системе здравоохранения произошли значительные изменения: масштабное строительство новых больниц и центров, обновление парка медицинского оборудования, внедрение современных экономических, клинических и организационных технологий изменили всю логику оказания медицинской помощи.

Кардинальные изменения старых механизмов оказания медицинской помощи поначалу были неудобны и непонятны не только для пациентов, но и для медиков. Сориентироваться людям в результатах системной модернизации сферы охраны здоровья помогает такой институт, как страховые поверенные. На сегодняшний день более 6,5 тыс. страховых представителей первого и второго уровней прошли обучение и оказывают консультационные услуги застрахованным гражданам, осуществляют их правовую поддержку, приглашают на диспансеризацию и вакцинацию. А со следующего года начнут работать страховые представители третьего уровня – высококвалифицированные эксперты качества медицинской помощи.

Территориальные фонды ОМС вместе со страховыми медицинскими компаниями за последние 2 года существенно обновили арсенал инструментов защиты прав застрахованных граждан: контакт-центры, другие колл-сервисы, горячие линии, личные кабинеты на интернет-порталах – все эти новые формы обратной связи с пациентом стремительно развиваются в регионах.

Мы видим очень интересные примеры внедрения эффективно работающих коммуникационных способов сделать простым и понятным организационное взаимодействие страховщиков и пациентов и медицинских работников.

Изменения в федеральном законодательстве всё больше усиливают роль и функции страховых медицинских организаций как важнейших участников сферы ОМС: именно на них возложены функции защиты прав и законных интересов граждан. Страховые компании стали действительно помощниками застрахованных пациентов. Мы уверены, что сдерживать «выдавливанию» бесплатных медицинских услуг в коммерческий сектор способны именно страховые медицинские компании – они точно не заинтересованы в уходе своего контингента со страхового поля.

– У большинства россиян устойчив стереотип, что с полисом ОМС можно обратиться только в государственные или муниципальные лечебные учреждения. До сих пор не все знают, что в системе ОМС работают частные клиники. Велика ли их доля в ОМС?

ОМС: реальность и перспективы

# Расширяется арсенал защиты прав застрахованных

«Наболевшие» вопросы помогает решать страховой представитель



– Участие частных клиник в реализации программ ОМС создаёт необходимую конкурентную среду для государственных учреждений. Негосударственные клиники помогают обеспечивать реализацию основных принципов охраны здоровья граждан – повышение качества и доступности медицинской помощи.

Законодательством созданы все условия для активного участия в системе ОМС негосударственных медицинских организаций. Чтобы быть юридически точной, скажу так: закон не даёт преимуществ государственным учреждениям в сфере ОМС. Порядок включения в реестр медицинских учреждений, работающих по ОМС, одинаков для организаций любых форм собственности и носит уведомительный характер. Главное – иметь соответствующую лицензию. Нормативной базой в сфере здравоохранения установлены единые требования к квалификации медиков в клиниках всех форм собственности. Порядки оказания медицинской помощи также обязательны для всех.

На начальном этапе частные структуры в основном оказывали стоматологическую помощь, услуги по клинической лабораторной диагностике, некоторые исследования функциональной диагностики, как, например, ультразвуковые.

Год из года происходит рост частных клиник, работающих по ОМС. Если в 2012 г. таковых было 1029 (12,7%), то в 2015 г. – уже 1943 (22,4%). Доля частных, участвующих в реализации территориальных программ ОМС в 2016 г., увеличилась до 29% – это 2540 медорганизаций.

За 5 лет и спектр медицинских услуг, оказываемых частниками, существенно расширился. Сегодня негосударственный сектор представлен офисами врачей общей практики, консультативной помощью узких специалистов, гемодиализом, услугами по экстракорпоральному оплодотворению, медицинской реабилитации, исследованиями на позитронно-

эмиссионных и компьютерных томографах и др.

Большинство частных медорганизаций в секторе ОМС – это поликлиники (в том числе стоматологические), их насчитывается 1134 (или 59% от общего числа). На втором месте – стационары, доля этих лечебных учреждений – 12%. Частные компа-

нии участвуют и в оказании высокотехнологичной медицинской помощи – уже порядка 3% государственного задания приходится на них.

Можно привести ряд хороших примеров участия негосударственных медицинских компаний в предоставлении услуг в сфере ОМС. С 2013 г. в Санкт-Петербурге реализуется проект государственно-частного партнёрства, предусматривающий открытие офисов врачей общей практики в районах новостроек. Затраты на строительство, оснащение центров и подготовку персонала полностью взяла на себя частная компания. Участие государства – оплата оказанных медицинских услуг из средств ОМС по установленным тарифам территориальной программы.

В Костромской области медицинская компания в 2015 г. начала проект по открытию сети центров общей врачебной практики, работающих исключительно в системе ОМС. В них ведут приём и такие специалисты, как офтальмологи, неврологи, кардиологи. Реализация аналогичного проекта началась также в Ульяновской области.

Участие медицинских организаций частной системы здравоохранения в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования не только формирует конкурентную среду для государственных медицинских организаций и тем самым создаёт условия для повышения качества и доступности медицинской помощи. Частники, получая установленный тариф ОМС за медицинские услуги, сами содержат инфраструктуру, высвобождая деньги региональных бюджетов.

– Бюджетом фонда ОМС на 2017 г. предусмотрено продолжение программы «Земский доктор». Какова её эффективность?

– За период действия программы «Земский доктор» с 2012 по 2016 г. в сельские населённые пункты, рабочие посёлки и посёлки городского типа было привлечено более 22 тыс. специалистов. Это хороший показатель эффективности программы. К тому же программа корректировалась, расширялась: увеличился возраст участников – с 35 до 50 лет, были включены посёлки городского типа. В значительной степени она сняла напряжение с кадровым обеспечением сельского здравоохранения.

В 2017 г. реализация программы продолжена. Объёмы её финансирования не снизятся по сравнению с предыдущим годом: в бюджете Федерального фонда ОМС предусмотрены средства на осуществление единовременных компенсационных выплат врачам-участникам программы в размере 3,2 млрд руб.

С 2017 г. устанавливается обязанность субъектов РФ осуществлять контроль за соблюдением условий осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам.

– Год из года расширяется перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счёт средств ОМС. Сколько видов ВМП по ОМС и каким образом могут быть оказаны застрахованным лицам?

– Напомню, что высокотехнологичная медицинская помощь впервые была включена в базовую программу ОМС в 2014 г. До этого она финансировалась исключительно за счёт федерального бюджета. Мы исходили из того, что некоторые методы ВМП стали настолько распространены и обыденны, что уже предоставлялись не только в федеральных, но и в региональных учреждениях здравоохранения. Сейчас высокотехнологичная медицинская помощь оказывается в соответствии с перечнем, установленным Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Перечень содержит 42 вида ВМП, входящих в базовую программу ОМС, и ещё 66 видов вне базовой программы. Первые виды включают в себя 517 методов ВМП, во вторые приходится 952 метода. И те, и другие виды в настоящее время полностью финансируются из бюджета Федерального фонда ОМС.

– К сожалению, ещё не все россияне знают, что раз в три года можно пройти диспансеризацию по ОМС. Но с этого года началось широко-масштабное оповещение застрахованных о такой возможности. Какие рычаги приведены в действие?

– Мы уже говорили о страховых представителях. Ваш вопрос напрямую связан именно с этим новым институциональным механизмом в системе ОМС.

Для индивидуального информирования застрахованных лиц страховые медицинские компании совместно с медицинскими организациями (так как, согласно приказам Минздрава России, именно они проводят профилактические мероприятия) осуществляют сверку прикреплённых застрахованных лиц. Затем на основе сформированных списков лиц, подлежащих диспансеризации в текущем году, происходит индивидуальное оповещение граждан страховыми представителями о режиме работы поликлиник и графиках проведения диспансеризации.

Уже сейчас в Российской Федерации на базе страховых компаний организовано 24 федеральных и 116 региональных колл-центров. Страховые представители второго уровня, работающие в этих подразделениях страховых медицинских компаний и территориальных фондов ОМС непосредственно занимаются информированием лиц, подлежащих диспансеризации и оповещением их о необходимости пройти медицинские обследования. Они же контролируют работу медицинских организаций, на базе которых проходят обследование граждан, осуществляют анализ результатов диспансеризации и удовлетворённости застрахованных работой медиков и страховщиков.

А с 2018 г. дополнительно к функционалу страховых поверенных добавится мотивирование населения к выполнению рекомендаций врача по результатам диспансеризации, контроль своевременности диспансерного наблюдения застрахованных лиц с хроническими заболеваниями, приверженности их к лекарственной терапии.

С момента начала работы страховых поверенных количество обоснованных жалоб в страховые компании практически удвоилось. Институт страховых представителей – важный этап в создании унифицированной системы защиты прав застрахованных, единой на всей территории страны. Мы добьёмся того, чтобы каждый человек знал свою страховую медицинскую компанию, имя своего страхового представителя, его номер телефона, по которому он может в любое время обратиться по всем «наболевшим» вопросам. Только таким образом можно в полной мере защитить интересы пациентов, обеспечить соблюдение конституционного права граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Беседу вёл Павел АЛЕКСЕЕВ.



**Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения активно развивается. В течение прошлого года велась работа по инвестиционному проекту строительства лабораторного комплекса по контролю качества лекарственных средств в Ярославле, начато проектирование лабораторного комплекса в Санкт-Петербурге для расширения его функциональных возможностей. Также продолжается модернизация института медицинской техники Росздравнадзора.**

**Лабораторная база службы получила признание за рубежом, аккредитована в Европейской сети по контролю качества GEON. О работе службы наш разговор с руководителем Росздравнадзора доктором медицинских наук Михаилом МУРАШКО.**

– Михаил Альбертович, на итоговой коллегии принято давать оценку сделанному, наметить планы на будущее. Что бы вы назвали главным итогом для службы в 2016 г.?

– Одним из значимых итогов работы службы в прошлом году стало формирование централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских и фармацевтических организаций, что позволило повысить эффективность контрольной деятельности, обеспечить разграничение разрешительных и контрольных функций. В дальнейшем это позволит снизить административное давление на бизнес, а также исключить дублирующие функции по контролю в сфере здравоохранения.

Всё это сочеталось в том числе и с совместной работой с Минздравом России по формированию нормативно-правовой базы: разрабатывались и дополнялись новыми данными порядки оказания медицинской помощи, формировались клинические рекомендации, разрабатывались Правила надлежащей аптечной практики и надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных средств, которые вступили в силу на территории Российской Федерации 1 марта 2017 г.

Сегодня создана и уже реально работает система выборочного контроля качества лекарственных средств, которая обеспечивает возможность сбора данных о препаратах, поступивших в обращение на территории нашей страны, и контроля их качества в гражданском обороте. При этом выявленные недоброкачественные медикаменты изымаются и переводятся на посерийный контроль. Вернуться на рынок изъятые препараты смогут только после подтверждения качества в государственных лабораториях.

Таким образом, на сегодняшний день в России фактически сформировано новое законодательство в области контроля качества лекарственных средств. Осталось только внедрить систему контроля выпуска в обращение лекарств (соответствующий проект Федерального закона уже одобрен Государственной комиссией по противодействию незаконному обороту промышленной продукции) и систему маркировки фармпрепаратов, пилотный проект которой уже стартовал на территории Российской Федерации 1 февраля 2017 г.

Также в настоящее время уже завершено создание информационной системы по контролю качества лекарственных средств, позволяющей на регулярной основе предоставлять участникам рынка информацию о несоответствии качества фармпрепаратов.

В рамках государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности сформирована система привлечения к проверкам Росздравнадзора экспертов и экспертных организаций. В 2016 г. службой аттестованы и внесены в реестр 3352 эксперта, что в 2 раза больше по сравнению с предыдущим годом. В целом количество надзорных мероприятий уже с их участием увеличилось на 20%.

Необходимо, конечно же, ещё сказать и о медицинских изделиях. В 2016 г. Росздравнадзором совместно с Минздравом России велась активная работа по разработке нор-

мативно-правовых актов в сфере обращения медицинских изделий как на территории Российской Федерации, так и на территории Евразийского экономического союза. Были подготовлены предложения по продлению сроков замены регистрационных удостоверений на медицинские изделия, возможность осуществления консультирования заявителей при подготовке документов для государственной регистрации, возможность регистрации медицинских изделий для диагностики *in vitro* в один этап. В рамках нормативно-правового регулирования ЕАЭС Евразийской экономической комиссией принято 12 документов, среди которых Правила регистрации и экспертизы безопас-

делий, а также сопряжённые виды лицензионного контроля.

Для достижения поставленных задач Росздравнадзором разработан свой паспорт приоритетного проекта «Совершенствование контрольной и надзорной деятельности в сфере здравоохранения». Данный документ предполагает внедрение рискоориентированного подхода при осуществлении контрольно-надзорной деятельности; системы оценки результативности и эффективности контрольно-надзорной деятельности; систематизацию, сокращение количества и актуализацию обязательных требований; систему комплексной профилактики нарушений обязательных требований и др.



продукции, выполнение работ или оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности») и 4 дела по статье 235 УК РФ («Незаконное осуществление медицинской деятельности или фармацевтической деятельности»).

**– Что можно сказать о ситуации с лекарственным обеспечением в регионах?**

– В условиях нестабильной экономической ситуации обеспечение ценовой доступности лекарственных препаратов продолжает оставаться одной из приоритетных задач государственной политики в сфере лекарственного обеспечения населения.

Мониторингом ассортимента и цен на жизненно необходимые и

## Авторитетное мнение

# Рискоориентированная модель

## Росздравнадзор реализует новые полномочия

ности, качества и эффективности медицинских изделий.

**– В прошлом году Росздравнадзор был наделён новыми полномочиями. Удалось ли их реализовать в полной мере?**

– Все полномочия, которыми была наделена служба, мы реализовали. В частности, Росздравнадзор ввёл оценку эффективности деятельности территориальных органов, которая формируется из нескольких показателей: доля охвата плановыми проверками подконтрольных субъектов, нагрузка на одного сотрудника, количество выявленных нарушений при проведении проверки, финансовые затраты на её проведение и др.

В рамках проекта будут реализованы самые современные принципы контроля, в том числе и с использованием статических и динамических показателей при формировании плана проверок. В целом система будет абсолютно прозрачной. Организации будут ранжированы в зависимости от потенциального риска, а их перемещение в более высокий или более низкий класс риска будет происходить в зависимости от текущей деятельности. Поэтому и планы Росздравнадзора на 2018 г. будут сформированы уже исходя из этой системы.

**– Читателей «Медицинской газеты» интересует, какие нарушения чаще всего выявляет**

ном правонарушении. В 748 случаях материалы проверок направлены в органы прокуратуры для принятия мер прокурорского реагирования, в 137 случаях – в правоохранительные органы. По результатам 1017 проверок информация направлена в органы государственной власти субъектов РФ.

Следует отметить большое количество нарушений медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи. Основными проблемами являлись несоблюдение стандартов оснащения и нарушение требований к организации деятельности медучреждения.

**– Не так давно Росздравнадзор утверждал, что поликлиники допускают массовые приписки при проведении диспансеризации. Как изменилась ситуация?**

– Ситуация улучшилась, хотя мы по-прежнему ещё, к сожалению, выявляем приписки. Но динамика в целом положительная. Всё-таки руководители поняли свою ответственность и стараются не допускать таких финансовых нарушений.

**– Часто ли сегодня выявляются фальсифицированные лекарственные препараты?**

– В прошлом году Росздравнадзор проверил качество 32 тыс. серий лекарственных средств.

В результате из обращения изъято 1938 серий препаратов, качество которых не отвечает установленным требованиям, что составляет 0,81% от общего количества серий, поступивших в гражданский оборот (в 2015 г. – 0,9%).

Осуществлён контроль за уничтожением более 7,2 млн упаковок недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств.

В рамках межведомственного взаимодействия с Федеральной таможенной службой пресечён ввоз более 84,5 тыс. упаковок 6 торговых наименований 36 серий недоброкачественных лекарственных средств.

Нами активизирована работа с Министерством внутренних дел РФ. В соответствии с Соглашением о порядке взаимодействия между МВД России и Росздравнадзором как на федеральном, так и на региональном уровне созданы межведомственные рабочие группы по выработке дополнительных мер, направленных на выявление, предупреждение и пресечение правонарушений, связанных с оборотом фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств и медицинских изделий.

По результатам совместных мероприятий с правоохранительными органами в 2016 г. было возбуждено 29 уголовных дел по статье 238 УК РФ («Производство, хранение, перевозка либо сбыт товаров и

важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП) установлено, что уровень розничных цен на ЖНВЛП амбулаторного сегмента в 2016 г. повысился в среднем по Российской Федерации на 1,4%, в том числе в разрезе низкой ценовой категории (до 50 руб.) – на 1,6%.

В то же время розничные цены на препараты, не включённые в перечень ЖНВЛП, повысились в 2016 г. в среднем на 7,4%, в том числе стоимостью до 50 руб. – на 18,6%.

Всего в 2016 г. в субъекты Российской Федерации поставлено лекарственных препаратов на сумму более 97,8 млрд руб. для амбулаторного лечения льготных категорий граждан. Выписаны и обеспечены около 50 млн рецептов.

В целом текущую ситуацию с лекарственным обеспечением в рамках государственной социальной помощи можно характеризовать как стабильную. Но, к сожалению, мы ещё продолжаем выявлять в регионах нарушения, связанные с льготным лекарственным обеспечением. Уверен, что проблем можно было бы избежать при правильном планировании и управлении товарными запасами. Именно на этом моменте мы акцентируем особое внимание при проверках.

**– Новым стилем работы Росздравнадзора можно назвать проведение всевозможных обучающих семинаров, в том числе вебинаров. Насколько они востребованы?**

– Организация обучения, в том числе с помощью семинаров и вебинаров, является некой профилактической работой, направленной на недопущение нарушений участниками рынка в связи с изменениями в законодательстве.

В прошлом году мы провели более 46 всевозможных семинаров и конференций. Также Росздравнадзором выпускается два специализированных журнала, где можно почерпнуть всю необходимую информацию, распространяются аналитические материалы по профилактике тех или иных нарушений. Подобное взаимодействие необходимо как контролирующему органу, так и профессиональному сообществу.

Оглядываясь назад, можно уверенно сказать: Правительством РФ, Минздравом России и Росздравнадзором сделано очень много, но в то же время впереди предстоит серьёзная комплексная работа. Будьте уверены: Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения продолжит неуклонно стоять на защите здоровья, а также прав и интересов пациентов.

**Беседу вёл Алексей ПИМШИН. Москва.**

### Цели и задачи на 2017 г.:

- Внедрение рискоориентированного подхода при осуществлении контрольно-надзорной деятельности, создание комплексной модели информационного обеспечения и системы автоматизации контроля (надзора) в сфере здравоохранения.
- Внедрение системы оценки результативности и эффективности контрольно-надзорной деятельности.
- Сокращение количества и актуализация обязательных требований.
- Внедрение системы комплексной профилактики нарушений обязательных требований.
- Участие в проекте по маркировке контрольными (идентификационными) знаками и мониторингу отдельных видов лекарственных препаратов для медицинского применения.
- Формирование эффективной системы контроля при вводе лекарственных средств в гражданский оборот на территории Российской Федерации.

Нами были проанализированы полученные результаты и реорганизованы территориальные органы, которые, согласно оценке, недостаточно качественно работали. Значительно обновился и руководящий состав территориальных органов Росздравнадзора. Все эти меры повлияли на показатели эффективности службы в целом, и мы достигли всех запланированных результатов на 2016 г.

**– С этого года Росздравнадзор будет проверять участников рынка по новому принципу – значимости нанесения ущерба жизни и здоровью пациента. Как это будет реализовываться на практике?**

– Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения является участником приоритетного проекта «Совершенствование контрольно-надзорной деятельности в сфере здравоохранения», включающего в себя внедрение рискоориентированной модели по следующим видам контроля: государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности; федеральный государственный надзор в сфере обращения лекарственных средств; государственный контроль за обращением медицинских из-

**Росздравнадзор в лечебных учреждениях?**

– Самые часто выявляемые нарушения касаются вопросов качества оказания медпомощи. Почти в половине из около 7,5 тыс. организаций, проверенных в 2016 г., было выявлено 4252 нарушения прав граждан в сфере охраны здоровья. Уверен, их можно было бы избежать, если бы в медицинских организациях функционировали системы менеджмента качества и внутреннего контроля.

Анализ структуры нарушений показывает, что до настоящего времени сохраняются нарушения в части доступности и качества медицинской помощи (2029 случаев), второе по значимости нарушение – медицинское вмешательство без получения добровольного информированного согласия пациента (1118). Выявлено 555 случаев нарушения государственных гарантий в части предоставления бесплатной медицинской помощи. Имели место 446 случаев отказа в оказании медицинской помощи.

По результатам проверок выдано 3323 предписания об устранении выявленных нарушений и составлено 649 протоколов об административ-



За последние 3 года в Республике Дагестан 12 государственных бюджетных учреждений получили лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Общее число больных, получивших ВМП в государственных медицинских организациях в 2016 г. с учётом оплаченных из средств ОМС, составило 3202 человека, что в 4,3 раза больше, чем в 2013 г.

### По праву первых

Открытый в 2009 г. Дагестанский центр грудной хирургии на 60 коек оказывает специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь по торако-абдоминальному онкохирургическому профилю. Приоритетными хирургическими направлениями здесь стали хирургия лёгких и средостения, в частности пищевода, грудной стенки; шейно-медиастинальные опухолевые заболевания; респираторно-органные свищи с рубцовыми стенозами трахеи; болезни оперированного пищевода, желудка; гастроэзофагеальная осложнённая рефлюксная болезнь; онкохирургия гепатопанкреатодуоденальной зоны; внеорганные, забрюшинные опухолевые заболевания; нейроэндокринные опухолевые заболевания органов грудной, брюшной полостей, малоинвазивные, эндовидеохирургические вмешательства на органах грудной и брюшной полостей, забрюшинного пространства и другие сложные операции.

### Где возвращают зрение

Дагестанский центр микрохирургии глаза начал свою работу в 2002 г. За последние 5 лет более 130 тыс. пациентов прошли диагностическое обследование, выполнено более 25 тыс. операций высокой категории сложности на основе уникальных передовых технологий. Ежегодно в этом лечебном учреждении проходят



Торжественное открытие обновлённого лор-отделения в РКБ (в центре – Танка Ибрагимов)

### Наши коллеги

# Наравне с ведущими клиниками

По самым передовым технологиям работают дагестанские врачи

транслюминальная баллонная ангиопластика коронарных артерий. Ведётся установка однокамерных и двухкамерных частотно-адаптированных электростимуляторов. Внедрён современный высокотехнологичный метод лечения больных с врожденными пороками системы кровообращения – эндоваскулярное закрытие врожденных пороков сердца с помощью окклюдера у детей и взрослых.

**СПРАВКА.** Первых пациентов кардиоцентр принял ещё в 2009 г. Сейчас в клинике работают 300 сотрудников, из них 56 высококвалифицированных врачей.

### Короткий путь к опухоли

В Республиканской клинической больнице ВМП оказывается по профилям: торакальная хирургия, комбустиология, травматология и ортопедия, сердечно-сосудистая хирургия.

Хирурги получили навигационную установку, позволяющую повысить эффективность и безопасность в лечении рака головного мозга. Первые операции по удалению опухоли проведены с её использованием. Прибор с точностью до миллиметра находит опухоль и направляет хирурга по наиболее безопасному пути её удаления, что значительно уменьшает риск травматизации. Оборудование позволяет избежать нежелательного воздействия на соседние с опухолью участки мозга и, как следствие, свести к минимуму послеоперационные осложнения. Нейрохирурги РКБ уже провели две операции с помощью навигационной установки. В обоих случаях система хирургической навигации помогла вычислить наименее травмирующий путь к опухоли, расположенной в самых глубоких уголках головного мозга.

По словам заведующего нейрохирургическим отделением РКБ Магомеда Абдулвагабова, при проведении данного вида ВМП наряду с навигатором используется операционный микроскоп и ультразвуковой деструктор, который облегчает работу хирурга. Большинство пациентов после такой операции восстанавливаются и возвращаются к обычной жизни в течение недели.

– Новейшая техника, которой сегодня оснащено лечебное учреждение повышает эффективность лечения в полном соответствии с медицинскими стандартами ВМП, – считает главный врач РКБ Ибрагим Магомедов. – Оборудование поступило в рамках сосудистой программы, которая в последние годы успешно реализуется в Дагестане. Она предусматривает своевременную, специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь для больных с инсультом и инфарктом миокарда.

Сегодня Дагестан переходит на новый уровень оказания ВМП, в том числе и в этом направлении. Специалисты проходят постоянное обучение в ведущих клиниках страны и зарубежья. Операции с использованием нейронавигатора в Дагестане и других республиках Северного Кавказа проводятся впервые.

Сложнейшие и уникальные операции выполняются и врачами Детской республиканской клинической больницы им. Н.М.Куваева. Они подарили улыбку маленькой пациентке с диагнозом: полная двухсторонняя расщелина верхней губы и нёба. В народе её называют «заячья губа». Это одна из самых распространённых врождённых аномалий. Чтобы полностью избавить девочку от дефекта, до 14-летнего возраста

дорогу, транспортировку больно- го, сопровождение, проживание и питание. С приобретением современного нейромикроскопа ситуация кардинально изменилась. Теперь у дагестанцев появилась возможность получить помощь бесплатно по полису ОМС. Кроме того, в центре все пациенты с признаками инсульта проходят ультразвуковое исследование.

### Хорошее пополнение

В планах коллектива проведение в 2017 г. около 200 высокотехнологичных операций. Ещё одно важное событие произошло в прошлом году в городской клинической больнице № 1 в Махачкале – там открылось отделение эндоваскулярной хирургии. Главная его гордость – ангиограф. Помимо коронарографии и

ей предстоит перенести ещё 2 операции.

«Медики отмечают, косметический дефект – это не единственная проблема детей с расщелинами губ и нёба. Часто они плохо говорят или не говорят вообще. Им сложно есть, они постоянно ощущают дискомфорт. Поэтому хирурги пришли к выводу: чтобы эффект от операции был лучше, надо делать её в раннем возрасте. Тогда быстрее начинается адаптация – легче привести верхнюю губу в нормальное состояние, идёт восстановление речи, мышц мягкого нёба и их правильная работа», – констатировал заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии ДРКБ Ахмед Жажбаров.

Ежегодно в ДРКБ оперируют свыше сотни детей с такими врожденными аномалиями.

Высокотехнологичную медицинскую помощь жители Дагестана получают и в Центре специализиро-

стентирования здесь могут выполняться и высокотехнологичные операции на сосудах головного мозга, органах малого таза, внутренних органах, а также ранних стадиях онкологических заболеваний. Врачи отделения прошли обучение в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева в Москве. Благодаря открытию отделения эндоваскулярной хирургии количество проводимых в регионе высокотехнологичных операций вырастет в несколько раз.

– В развитии высокотехнологичной медицинской помощи у нас очень серьёзные достижения, – заключает министр здравоохранения республики Дагестана Танка Ибрагимов. – Доступность ВМП – это один из приоритетов здравоохранения Дагестана. Руководством страны и главой Республики Дагестан была поставлена задача приблизить сложные и дорогостоящие методы лечения



Выполняется операция с использованием нейронавигации

обследование и получают лечение порядка 5 тыс. человек, из них 1,5 тыс. детей. При этом используются новейшие технологии диагностики и лечения. На поток поставили и энергетическую бесшовную методику, позволяющую избавиться больного от катаракты.

В числе лучших – Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии». Сегодня это специализированное лечебное учреждение в республике, оказывающее стационарную помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В центре работают 76 врачей, 114 средних медработников. Центр является единственным учреждением в республике, где осуществляется установка двухпросветного катетера и формирование артериовенозной фистулы больным с терминальной стадией ХПН. Здесь освоен метод эндовенозной лазерной облитерации при варикозной болезни вен нижних конечностей, плюс современные рентгеноэндоваскулярные методы диагностики и лечения, в том числе стентирование коронарных артерий, включая имплантацию биоабсорбируемых стентов, магистральных артерий, сонных и подключичных артерий,

### Накануне нового года

Врачи республиканского центра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии провели полуторатысячную операцию в декабре прошлого года. Причём она оказалась не из простых. Буквально за полчаса врачи вернули к жизни пожилого пациента с диагнозом: ишемическая болезнь сердца. С помощью высоких технологий, щадящим способом, без наркоза, скальпеля и разрезов, через небольшой прокол больному установили внутри суженной артерии стент. Эти операции, сегодня можно с уверенностью сказать, в дагестанском кардиоцентре поставили на поток.

Как рассказал главный врач центра Осман Махачев, в клинике за последний год значительно выросло количество проводимых операций. По его словам, за один день врачи центра их проводят в среднем по 7-8, тогда как в прошлом году делали только 4. В планах – внедрить все виды оперативных вмешательств на сердце и сосудах, в частности с использованием аппарата искусственного кровообращения. А уж качество своей работы здешние специалисты давно доказали. Они могут конкурировать с ведущими клиниками страны.



Диагностическое отделение РКБ оснащено современным оборудованием

ванной экстренной помощи Республиканской клинической больницы.

Врачи ЦСЭМП уже овладели приёмами удаления аневризм сосудов головного мозга. И это при том, что в нейрохирургии это считается сложнейшей операцией. По словам главного научного сотрудника федерального научно-клинического центра ФМБА России Исы Мухамедова, чтобы выполнять такие операции, хирург должен иметь холодную голову и соответствующие знания, быть профессионалом своего дела.

Раньше жители республики были вынуждены лечиться в других клиниках страны, чаще всего в Москве. А это дополнительные затраты на

к каждому дагестанцу. Более 3 тыс. наших граждан, получивших такую помощь в прошлом году на территории республики, – огромная ценность для нас, тем более учитывая то, что совсем недавно такая помощь здесь вообще не оказывалась. Впереди у нас работа по дальнейшему расширению объёмов и профилей оказываемой ВМП. Шаги в направлении улучшения здоровья населения республики и увеличения продолжительности жизни людей будут продолжены.

Подготовила  
Галина ПАПЫРИНА,  
корр. «МГ».



**В Красноярском крае успешно реализуется проект дистанционного сопровождения пациентов. Он состоит из двух направлений: мониторинг определённых категорий больных с формированием электронной базы данных и дистанционное консультирование врачей первичного звена по ведению сложных пациентов.**

**Как поясняют в краевом Министерстве здравоохранения, территориальные особенности региона (площадь 2366,8 тыс. км<sup>2</sup>, или 13,9% территории РФ) обусловили необходимость искать пути повышения доступности специализированной медицинской помощи.**

— Очень удобно списывать свои огрехи на дефицит медицинских кадров, с одной стороны, и на отсутствие высокотехнологического диагностического оборудования, с другой. Жить иллюзией того, что скоро у нас в каждой сельской больнице появятся компьютерный томограф, ангиограф и оборудование для эндоваскулярных вмешательств, и тогда больные перестанут умирать, — значит, потерять всякую связь с реальностью. Внедрив систему дистанционного сопровождения пациентов, мы оказали врачам первичного звена, особенно работающим в удалённых сельских районах, действенную помощь, потому что хорошо лечить пациента нужно уже здесь и сейчас, — говорит министр здравоохранения Красноярского края Вадим Янин.

Дистанционное консультирование с применением телемедицинских технологий особенно активно начало развиваться в крае с началом реализации федерального проекта по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. ЭКГ-консультирование стало, по сути, первым проектом, который направлен на внедрение и развитие фармакоинвазивной стратегии лечения больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе.

В Красноярской краевой клинической больнице был создан центр ЭКГ-консультирования: выделено помещение и врачебные ставки, на которые приняты высококвалифицированные врачи, выступающие в роли экспертов и консультантов. За сутки сюда поступает до 200 ЭКГ из всех медицинских организаций края, в первую очередь от службы скорой медицинской помощи. Суть проекта не только в расшифровке кардиограмм, но самое главное — в том, чтобы помочь фельдшеру «скорой» или врачу поликлиники принять верное решение о тактике ведения пациента. Это позволило внедрить догоспитальный тромболитиз и существенно сократить время от постановки диагноза до начала специализированного лечения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС).

— На начальном этапе применения тромболитической терапии сотрудники скорой помощи без особого энтузиазма восприняли эту технологию, так как бытовали страхи серьёзных осложнений у больных с инфарктом на фоне тромболитиза. Доходило до абсурда, когда «скорая» оставалась в километре от стационара, и медики вводили больному тромболитик, чтобы в стационаре кардиологи их не ругали. Для преодоления этих необоснованных страхов и обеспечения пациентов помощью по стандарту, мы дополнили

систему ЭКГ-консультирования системой кардиомониторинга. Теперь информация о каждом больном с ОКС отражается в общей информационной базе краевой клинической больницы, и через 3 месяца после инфаркта он должен появиться в списках пациентов, направленных на коронарографию. Если же данные этого пациента в списке не появились, вопрос следует в поликлинику, участковому врачу, — поясняет министр.

Иными словами, в развитие понятия «вертикаль власти» в здравоохранении Красноярского края

проведении дополнительных и специализированных методов обследования и лечения. В развитие данной технологии планируется внедрение системы плановой госпитализации, когда решение о госпитализации, её дате принимается дистанционно, и пациент обращается в стационар уже в указанную дату.

По аналогии с кардиомониторингом региональный Минздрав намерен выстроить системы мониторинга пациентов, перенёвших инсульт и онкологические заболевания. По словам В.Янина, эти мониторинги

Перинатальный мониторинг — система дистанционного сопровождения пациентов, которая также была создана в Красноярском крае одной из первых и к настоящему времени показывает высокую эффективность.

Ежегодно в регионе состоят на учёте в среднем 40 тыс. беременных женщин. Учитывая уже упомянутые территориальные особенности края, с целью маршрутизации беременных, особенно из группы высокого риска, их состояние здоровья контролируется в электронной программе краевого Центра

динамики каких показателей общественного здоровья это должно было отразиться и уже отразилось? Вопросы — министру здравоохранения Красноярского края В.Янину:

— Начнём с показателя младенческой смертности: он снижается. В 2015 г. — 6,3 промилле, в 2016 г. стало 5,9, то есть ниже общероссийского показателя. Для нашего региона это большое достижение, учитывая его огромную площадь и сопряжённые с этим объективные сложности в организации оказания медицинской помощи.

Что касается других результатов, по итогам 2016 г. в Красноярском крае показатель общей смертности снизился с 12,7 до 12,5 на 1000 населения. Продолжает уменьшаться смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, и в этом я вижу непосредственную связь с работой системы кардиомониторинга и контроля, так как мы наблюдаем снижение смертности от инфаркта и инсульта в первые сутки, то есть врачи первичного звена с помощью консультантов принимают верные решения о ведении экстренного больного.

Хочу отметить, что наш проект в дальнейшем может стать ещё более эффективным, так как мы вынашиваем идею глобального мониторинга.

Пока профильные мониторинговые программы изолированы друг от друга, и наша следующая задача — собрать их в единую базу. Сегодня эту идеологию разделяют все, кто включён в процесс: медики первичного звена, консультанты-эксперты краевой больницы, специалисты Красноярского краевого фонда ОМС и регионального МИАЦ. У нас хорошая команда, мы слышим и понимаем друг друга.

Много сделано, но систему ещё предстоит развивать. Недавно, выступая на Координационном совете по здравоохранению при полпреде Президента РФ в Сибирском федеральном округе, я говорил о том, что современные информационные технологии дают нам всем повод пересмотреть содержание понятия «история болезни». Единой точки зрения по этому вопросу пока нет, консерваторы будут меня упрекать, новаторы — поддерживать. Но классическая история болезни уходит в прошлое, информация о здоровье человека и его медицинских данных с момента рождения и даже раньше — с периода пренатального мониторинга, — может находиться в какой-либо облачной базе данных регионального и федерального уровней.

Конечно, это не завтрашний день, поскольку даже до внедрения электронных историй болезни во всех российских ЛПУ ещё очень далеко. Но, думаю, об этом уже стоит футурологически поразмышлять. К примеру, использование технологий big data в отношении масштабных информационных медицинских баз даст возможность проводить большие научные исследования в рамках региона, страны или мира об эффективности тех или иных способов лечения, лекарственных препаратов и т.д.

Так представляется нам оптимальное использование ресурсов информатизации здравоохранения. Собственно, элементы этой глобальной информатизации мы начали внедрять в Красноярском крае в виде системы мониторинга, контроля и удалённого сопровождения пациентов.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

## Проблемы и решения

# Мониторинг плюс контроль равно эффективность

## Ресурсы информатизации отрасли нужно использовать по максимуму



Вадим Янин

ввели понятие «вертикаль контроля». А далее стали формировать центры компетенции или центры поддержки принятия врачебных решений по другим направлениям медицинской помощи.

Дистанционное консультирование врачей первичного звена «узкими» специалистами — эту работу выполняют заведующие отделениями краевой клинической больницы, онкоцентра, кардиоцентра. Организация данного вида дистанционного консультирования сыграла существенную роль в формировании оптимальных потоков и маршрутов пациентов.

Заявка на консультацию «узкого» специалиста формируется врачами первичного звена. Пациент проходит минимально-необходимый перечень исследований, который возможно провести на уровне «первички», затем его медицинские документы по защищённому каналу связи с соблюдением всех мер по обеспечению конфиденциальности направляются в специализированное лечебное учреждение. И уже здесь принимается решение о необходимости очной или заочной консультации,

должны стать стандартом, протоколом и маршрутом движения профильных пациентов в дальнейшем. То есть, попав один раз в электронную базу, данные о пациенте будут там находиться постоянно, информация о нём будет периодически всплывать как напоминание врачам первичного звена и специализированных учреждений о необходимости дальнейших действий в отношении пациента: продолжения реализации программы лечения, реабилитации, диспансерного наблюдения.

Сегодня в стадии организации центр рентгеноконсультирования. Данный проект предполагает не просто помощь врачей-экспертов своим коллегам из первичного звена в описании и правильной интерпретации рентгеновских снимков и изображений УЗИ-диагностики, но консультирование в сложных и неясных по дальнейшей тактике ведения больного случаях.

— Как и многие другие территории, мы в своё время приобрели специальную систему хранения цифровой информации. И начали её использовать именно во благо пациента. Человек проходит лучевую диагностику, полученные данные — картинка и описание — архивируются в системе, и в дальнейшем пациент, отправляясь на консультацию к какому-то специалисту, избавлен от необходимости носить с собой ворохи снимков и их описаний. Всё хранится в единой региональной базе данных, — продолжает Вадим Николаевич.

Решению каких задач должно было способствовать создание системы дистанционного сопровождения пациентов? На



Медицина со времени своего возникновения была во многом знанием закрытым, сакральным. Границы ролей «больной» и «врач» были строго очерчены. Сегодня благодаря развитию технологий информация о самом дорогом, что есть у человека – его здоровье – становится всё более доступной, всё выше интерес и спрос общества с самой системы здравоохранения.

Могут ли медицинские специалисты и общественные структуры выступать единым фронтом? Какую пользу здравоохранение может извлечь из взаимодействия с общественными организациями, в том числе пациентскими, фондами? Об этом наш корреспондент Давид НАНЕИШВИЛИ беседует с министром здравоохранения Новосибирской области Олегом ИВАНИНСКИМ.

– Олег Иванович, зачем медицине взгляд со стороны непрофессионалов, разве надзорных ведомств недостаточно?

– Создание открытых, прозрачных систем – современная тенденция: начиная от открытых офисных пространств, той же открытой записи в детский сад, заканчивая открытым правительством. Там, где стороннему наблюдателю предоставлена возможность увидеть всё собственными глазами, задать интересующие вопросы, гораздо меньше непонимания и, следовательно, безапелляционного отрицания, негатива.

При региональном Министерстве здравоохранения мы создали общественный совет, в него входят представители разных общественных организаций – есть организации больных сахарным диабетом, пациентов с заболеваниями почек, отделение общества инвалидов, благотворительный фонд и др. С ними мы делимся не только нашими успехами, но и проблемами. Это как в любой нормальной семье – вместе и в горе, и в радости. Поэтому общественники для нас не столько контролёры, сколько помощники. Не скрою, вопросы задают порой острые и непростые, однако другого пути у

Личный опыт

# Медицина и общественность — открытый диалог

Они всё активнее помогают друг другу



нас нет. Объективные претензии пациентов, общественных организаций для нас – просто повод стать лучше.

– Но наверняка есть какие-то ограничения – здесь учтём ваше мнение, а вот по этой теме будем сами решать?

– Закрытых тем для нас нет. Например, представители общественного совета входят в рабочую группу по закупке льготных лекарственных препаратов. Или отдельное интересное направление – независимая оценка качества медицинской помощи. Кроме анкетирования, которое проводится как на сайте Минздрава России, так и внутри каждой медицинской организации,

общественники вместе со специалистами Министерства выезжают непосредственно в больницы и поликлиники. За прошлый год выехали в 39 медицинских организаций региона, то есть фактически каждую неделю. Безусловно, представители Общественного совета не могут оценить сугубо профессиональные вещи. Их задача – взглянуть на поликлинику, больницу, диспансер, глазами пациента – насколько для него открыта и доступна необходимая информация о медицинской организации, комфортны ли условия предоставления медицинской помощи. Вот, например, удобно ли человеку на коляске передвигаться по учреждению? Или насколько доброжелательно, вежливо сотрудники учреждения отвечают на вопросы пациентов.

Кстати, в этом году мы проводим централизованное обучение медицинских регистраторов стандартам общения. Человек, стоящий у регистратуры, априори эмоционально напряжён – он болен, или его ребёнок, другой родственник. От того, как с ним побеседуют, зависит очень многое. Ведь большинство жалоб – не на лечение, а на грубость, хамство.

После таких посещений в блоках членов общественного совета довольно много пометок, которые очень ценны для думающего руководителя медицинского учреждения. А в конце года появляется рейтинг медицинских учреждений, оценённых по перечню критериев, он очень полезен для нас.

Общественные советы создаются и при отдельных медицинских учреждениях – там, где есть дискуссия, резонанс.

– Олег Иванович, общественный резонанс создают и преобразования в системе здравоохранения региона. Вот, например, в Новосибирске прошла реорганизация нескольких поликлиник...

– Надо сразу сказать, что решения о преобразованиях принимаются не под копирку – в каждом случае это индивидуальный комплекс причин. Перед реорганизацией медицинских учреждений мы обязательно проводим общественные слушания, куда приглашаем всех заинтересованных – начиная от представителей территориальных общественных советов и депутатов, заканчивая ветеранскими общественными организациями и СМИ. Накал неравнодушия на встречах такой, что становится очень жарко. И ничего – слушаем, объясняем, что-то корректируем в планах. Сейчас законопроект по проведению комиссии оценки реорганизации медицинских учреждений проходит обсуждение в Государственной Думе РФ. Мы документ ждём не стали, сами созрели до необходимости общественных слушаний и все преобразования последние 2 года проводим только так.

– Нет ли у вас опасения, что может возникнуть другой перекос: раньше пациенты и общественники не имели доступа к решениям в медицине, а теперь

захотят взять на себя то, в чём не могут быть экспертами?

– Я бы хотел вообще отойти от этого противопоставления – врач и пациент, медицина и общественные структуры. В Новосибирской области есть убедительный пример эффективной консолидации государственных активов и общественной инициативы – развитие паллиативной службы. Прошлым летом в регионе появилось детское паллиативное отделение, детская паллиативная выездная служба. В её создании материально и методически вложились не только мы, но и 9 организаций негосударственной формы собственности. Это благотворительные фонды «Вера», «Защити жизнь», строительные и производственные компании, Новосибирская метрополия Русской православной церкви. Эти организации, а также новые меценаты, волонтеры продолжают помогать отделению и сейчас. Кроме того, Новосибирская область вошла в пятерку регионов, где уже в этом году будет реализовываться пилотный проект по обеспечению нуждающихся детей аппаратами ИВЛ на дому. Денежные средства на этот проект выделяет благотворительный фонд «Линия жизни».

Специалисты системы здравоохранения и общественность хотят одного и того же – чтобы рождаемость росла, смертность снижалась, чтобы мы жили дольше, чтобы качество жизни при заболеваниях становилось лучше. Если работать вместе, то, уверен, даже такие глобальные задачи нам по силам.

Ориентиры

# Тонкие связи будут распознаны

Сибирские учёные постигают самые сложные загадки туберкулёзной инфекции

По итогам 2016 г. в Российской Федерации зарегистрировано снижение смертности от туберкулёза на 16,7%. Это самый высокий результат в сравнении с остальными социально значимыми заболеваниями. Добиться такой заметной динамики удалось прежде всего благодаря внедрению в клиническую практику фтизиатров наукоёмких технологий диагностики и лечения туберкулёза, основанных на результатах молекулярно-генетического изучения природы самой микобактерии ТБ и патогенеза заболевания.

О том, какие ещё исследования проводятся учёными сегодня и как полученные ими новые знания смогут в дальнейшем повлиять на ситуацию с особо опасной инфекцией, рассказывает директор Новосибирского НИИ туберкулёза Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Владимир КРАСНОВ.

– Особенность туберкулёза в том, что существуют особые взаимодействия между возбудителем, больным и лекарством, без учёта которых добиться существенных результатов в противодействии этой инфекции просто невозможно. Учёные нашего института проводят целый ряд исследований как фундаментального, так и прикладного характера, направленных как раз на изучение этих тонких процессов. И прежде всего я хочу подчеркнуть, что мы работаем не изолированно, а в сотрудничестве с институтами Сибирского отделения РАН, что выводит нас на более высокие уровни постановки исследовательских задач и их решений.

Совместно с новосибирским Институтом химической биологии и фундаментальной медицины и Иркутским научным центром проблем здоровья семьи и репродукции человека мы прово-

дим секвенирование геномов микобактерии ТБ, встречающихся в нашей клинике, и пытаемся выяснить основные молекулярно-эпидемиологические закономерности распространения ряда наиболее вирулентных штаммов. В частности, изучается клиническое значение кластера B0/W148 Beijing M.tuberculosis. Этот кластер называют «успешным» из-за его высокой трансmissивности, жизнеспособности макрофагов и, по некоторым данным, вирулентности. Опасность данного кластера для человека заключается также в том, что он ассоциирован с лекарственной устойчивостью.

В рамках данного исследования планируется провести в Новосибирском НИИ туберкулёза апробацию тест-систем, идентифицирующих штаммы Beijing B0/W148 M.tuberculosis. Тест-системы, разработанные иркутскими учёными, предназначены для определения

возбудителя ТБ на ранней стадии заболевания, что позволит врачу подобрать адекватную схему терапии.

Другое фундаментальное исследование с перспективой выхода в практику выполняется совместно с НИИ терапии и профилактической медицины: оцениваются возможности разных подходов к иммунотерапии туберкулёза, в частности при модуляции локального иммунного ответа. Известно, что избыточная иммуносупрессия в воспалительном инфильтрате, вызванном микобактерией ТБ, не позволяет добиться достаточного терапевтического эффекта. На наш взгляд, фармакологическое вмешательство, которое отменяет локальное подавление иммунного ответа, способно усилить иммунный надзор и тем самым ингибировать рост микобактерий в очаге поражения.

Объектом нашего интереса в данном случае стали мезенхимальные стволовые клетки (МСК), которые, как оказалось, могут быть факторами локальной иммуносупрессии. Поскольку МСК широко используются в регенеративной медицине в качестве эффективного средства подавления избыточного иммуновоспалительного ответа и усиления регенерации повреждённой ткани, мы считаем актуальным изучить возможность дополнения терапии туберкулёза введением пациенту аутологичных МСК. При этом,



учитывая, что в зависимости от контекста МСК могут приобретать как противовоспалительный, так и провоспалительный фенотип, клетки предварительно должны быть определённым образом кондиционированы. В экспериментах на лабораторных животных мы уже получили подтверждение правильности данной гипотезы.

Ещё один проект, направленный на повышение эффективности противотуберкулёзной терапии, выполняется специалистами НИИИТ совместно с Институтом органической химии и Институтом химической кинетики и горения. Речь идёт о новой форме получения и доставки в организм уже известных противотуберкулёзных препаратов в виде нано-аэрозолей.

Нано-формы, где размер частиц действующего вещества от 10 до 100 микрон, устраняют самый большой недостаток противотуберкулёзных препаратов – их плохую переносимость. Именно выраженные токсические эффекты после приёма таблетированных лекарств чаще всего становятся главной причиной отказа больных от терапии. Ингаляторный способ применения препарата с адресной его доставкой в лёгкие, минуя кровь и печень, избавляет пациента от неприятных ощущений. Преодолев эту проблему, мы уменьшим количество случаев прерывания лечения, что, в свою очередь, будет способствовать прекращению распространения инфекции.

Нам удалось заинтересовать фармпроизводителей, в том числе отечественных, которые передали химикам чистые субстанции нескольких противотуберкулёзных препаратов. В четырёх случаях получен положительный результат – субстанции «пылятся», то есть могут быть переведены в форму нано-аэрозолей. К доклиническим испытаниям одного из таких препаратов НИИИТ уже готов приступить. Специально для проведения подобных исследований на территории института построен новый виварий, отвечающий всем современным требованиям.

Подготовила  
Елена ЮРИНА.



**Уровень профессиональной подготовка и формальное отношение отечественных докторов к пациентам – притча во языцех. Причин этому – множество: отнюдь не высокий престиж врачебной профессии в нашей стране, бесконечные проверки медицинских учреждений страховыми компаниями, оценивающими качество работы медперсонала исключительно на основе документации и т.д. Тем не менее факт остаётся фактом: поверхностное выполнение своих прямых обязанностей медицинского персонала влечёт за собой весьма тяжкие последствия вплоть до летального исхода. Единственное утешение – мультимедийный разбор умерших больных с поэтапным анализом ошибочных действий горе-клиницистов.**

**В качестве образовательной площадки для работы над ошибками в очередной раз выступила Московская городская клинико-анатомическая конференция, собравшая руководителей столичных медучреждений, а также главных специалистов Департамента здравоохранения Москвы и прошедшая, по традиции, под председательством заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, профессора, заслуженного врача РФ Леонида ПЕЧАТНИКОВА.**

## По собственному желанию

Летом 2014 г. в ГКБ № 15 Департамента здравоохранения Москвы «самотёком» поступил 65-летний мужчина, предъявлявший жалобы на увеличение в объёме и жжение в левой голени, а также покраснение кожных покровов в этой области с повышением температуры тела до 38°C. Вышеуказанные жалобы развились остро, в день обращения. Из анамнеза – ИБС, артериальная гипертензия. Пациент был осмотрен хирургом приёмного отделения. На основании анамнеза, жалоб и осмотра был выставлен диагноз «Варикозное расширение вен нижних конечностей. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Ожирение. Рожистое воспаление левой голени?».

Там же, в приёмном отделении, пациенту была выполнена ЭКГ, на которой определилась фибрилляция предсердий с ЧСС 120/мин. В лабораторных исследованиях обращали на себя внимание тромбоцитопения, гипопротеинемия, протеинурия и эритроцитурия. При ультразвуковом дуплексном сканировании сосудов нижних конечностей данных за тромбоз выявлено не было. Пациента также осмотрел терапевт. Состояние – средней тяжести. В лёгких хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичны. АД 140/90 мм рт.ст. Печень – +4 см из-под края правой рёберной дуги. На основании осмотра был выставлен следующий диагноз: АГ 3-й ст., постоянная форма мерцательной аритмии, НК-2Б, ожирение. Рекомендована консультация инфекциониста с целью исключения рожистого воспаления нижней конечности.

Примечательно, что развитие мерцания предсердий доктора связывали с гипертонией, тогда как общеизвестно, что к мерцательной аритмии приводят митральный стеноз, тиреотоксикоз, ИБС и некоторые формы кардиомиопатий. АГ, что характерно, сама по себе никак не может быть пусковым механизмом для формирования постоянной формы мерцательной аритмии.

В дальнейшем больной был помещён в палату-изолятор, и к нему была вызвана бригада инфекционистов, по результатам осмотра которой был рекомендован перевод пациента в инфекционный стационар.

## С подозрением на инфекцию

Итак, в тот же день пациент был переведён в Инфекционную клиническую больницу № 2, где провёл 11 дней с диагнозом «Буллезно-геморрагическое рожистое воспаление левой нижней конечности. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Мерцательная аритмия. АГ 3-й ст. НК-2Б. ХБП. ХПН. МКБ. Варикозная болезнь нижних конечностей. Ожирение». В области левой голени определялся отёк, а также эритема с чёткими границами. Множественные геморрагии сливного характера с формированием булл с серозным

Симптомы внутренней патологии не исчезали, и по завершении курса антибактериальной терапии и ликвидации очага воспаления на левой голени пациент был выписан из инфекционного стационара и переведён в ГКБ № 70 с диагнозом «ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. НК-2Б, АГ 3-й ст. Хронический пиелонефрит в стадии обострения. ХБП. ХПН. Лимфовенозная недостаточность нижних конечностей». Несмотря на клиническую очевидность, диагноз «Нефротический синдром» больному поставлен не был.

## Без острой патологии

В клиническом сленге словосочетание «пинг-понг» означает

в апреле минувшего года – почти 2 года спустя – напомнил о себе, вызвав бригаду «03» на дом.

«Скорая» приехала спустя несколько минут. Мужчина предъявлял жалобу на остро развившуюся одышку в состоянии покоя, сердцебиение, слабость. При осмотре – состояние средней тяжести. Пастозность обеих нижних конечностей. В лёгких – дыхание жёсткое, ЧД – 20/мин. Тоны сердца приглушены, аритмичны, ЧСС – 100/мин., АД – 80/50 мм рт.ст. Глюкоза крови – 7,2 ммоль/л. НА ЭКГ – фибрилляция предсердий, низкий вольтаж. Сатурация кислорода – 93%. Данных за острую коронарную патологию выявлено не было.

мический диагноз: «Генерализованный амилоидоз с поражением почек, миокарда, надпочечников, селезёнки, поджелудочной железы, печени и желудка. Острая почечная недостаточность на фоне хронической. Прогрессирующая сердечно-сосудистая недостаточность. Дистрофические изменения внутренних органов. Мелкоочаговая пневмония».

## Рецензии экспертов

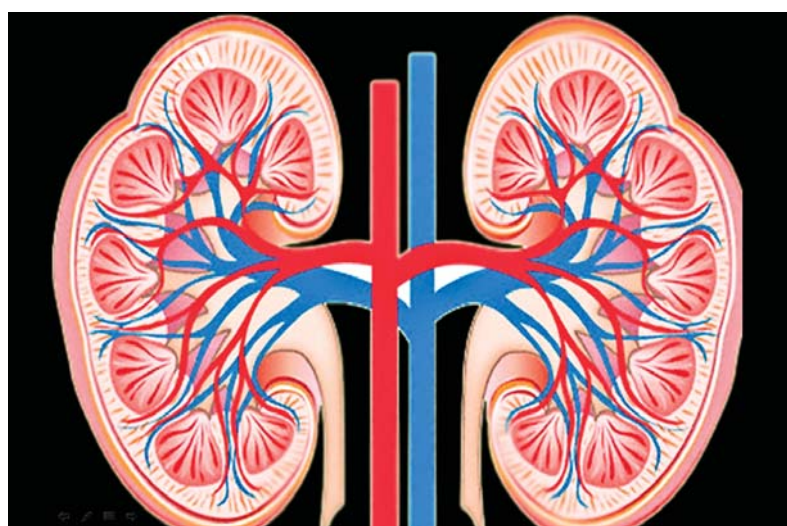
**Елена ВАСИЛЬЕВА, главный кардиолог ДЗМ:**

– Оснований для постановки диагноза «ИБС» в данном случае я не вижу. Налицо – недооценка артериальной гипертензии и кар-

## Клинический разбор

# Привычный сценарий

## Хотели как лучше, а вышло как всегда



Почки человека

содержимым. На месте вскрытых булл – эрозии.

Проводилась антибактериальная терапия по основному заболеванию. Наряду с этим больной получал гипотензивную, диуретическую, дезонтоксикационную терапию. На фоне проводимого лечения у пациента отмечалась положительная динамика. Температура снижалась, очаг воспаления угасал. На пятый день пребывания в инфекционном стационаре у больного появилась одышка при минимальной физической нагрузке и сердцебиение. При осмотре – цианоз губ. ЧД – 22/мин. ЧСС – 90/мин. АД 130/75 мм рт.ст. На ЭКГ – мерцательная аритмия. Консультирован кардиологом. Назначена терапия бета-блокаторами, диуретиками, сердечными гликозидами и антиагрегантами. Также был рекомендован перевод в многопрофильный стационар после купирования инфекционной патологии.

Между тем даже при поверхностном изучении ведения данного пациента бросается в глаза своего рода клиническое противоречие. Так, при высоких цифрах АД и мерцательной аритмии у больного следовало ожидать гипертензию левого желудочка, однако на ЭКГ это не регистрировалось. Тем не менее такое положение дел никого не насторожило.

А в общем анализе крови, что, впрочем, неудивительно, отмечалось увеличение СОЭ, в моче – гиперпротеинурия, лейкоциты и эритроциты. В биохимии крови – гипопротеинемия, а также повышение мочевины и креатинина. УЗИ органов брюшного пространства продемонстрировало увеличение обеих почек с диффузными изменениями в их паренхиме, а также микролиты в левой почке.

отнюдь не вид спорта, а передачу пациентов, что называется, с рук на руки – из одного медучреждения в другое. Именно такой способ ведения больных был наглядно продемонстрирован в данном случае.

Итак, поступив в новый стационар, больной был осмотрен урологом: область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, мочевого пузыря перкуторно не определялся, дизурических расстройств нет. В анализе мочи – протеинурия. УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения поджелудочной железы по типу хронического панкреатита, гепатоспленомегалия, жировой гепатоз, дискинезия желчевыводящих путей.

На основании анамнеза, жалоб, данных физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования острая урологическая патология была исключена. Хирург также исключил острую патологию со своей стороны. Был проконсультирован терапевтом и кардиологом. Показаний для госпитализации выявлено не было. Пациент был выписан с рекомендациями по амбулаторному лечению с периодическим посещением терапевта по месту жительства.

## Приключения продолжают

Забегая вперёд, хочется отметить, что, несмотря на не самое лучшее лечение, больной, так или иначе, прожил почти 2 года, ни сном ни духом не напоминая о себе докторам. Таким образом, пациент «выпал» из поля зрения. В поликлинику по месту жительства не обращался. И лишь

С диагнозом «Постоянная форма мерцания предсердий, декомпенсация ХСН» больной был эвакуирован в уже знакомую ему ГКБ № 15.

## ...И нет пути назад

Учитывая тяжесть состояния, пациент был госпитализирован в реанимационное отделение. Предварительный диагноз: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Постоянная форма мерцательной аритмии. АГ 3-й ст. НК-2Б. МКБ. ХПН. ХБП. Назначена терапия кардиотониками, сердечными гликозидами, диуретиками. На рентгенографии органов грудной клетки – без патологии со стороны лёгких, однако отмечалось расширение границ сердца. ЭКГ – без динамики. ЭхоКГ – расширение камер сердца, без ярко выраженной патологии. В биохимии крови – гиперазотемия, повышение креатинина и мочевины. Гиперкальциемия.

В связи с полученными данными больному назначили заместительную почечную терапию – гемодиализ. В дальнейшем было выполнено УЗДС сосудов нижних конечностей, по результатам которого признаков тромбоза сосудов выявлено не было. УЗИ органов брюшного пространства: почки не увеличены, диффузное изменение паренхимы, контуры неровные, эхогенность повышена, резко снижена кортико-медулярная дифференциация. Пирамидки расширены.

Несмотря на проводимую терапию, в том числе и диализную, показатели почечной недостаточности прогрессировали. Отмечалась гиперфосфатемия. Больной был консультирован нефрологом. Скорректирована терапия. Наиболее вероятный диагноз – хронический гломерулонефрит с переходом в терминальную почечную недостаточность. ДВС-синдром. Вторичный гиперпаратиреоз.

ЭхоКГ – без динамики. Признаки лёгочной гипертензии. Пациент был повторно консультирован нефрологом. Заподозрен амилоидоз почек. Однако вопрос о биопсии почек был отсрочен в связи с состоянием больного.

На следующий день, несмотря на проводимое лечение, у пациента развились признаки полиорганной недостаточности. Реанимационные мероприятия не возымели действия. Была констатирована биологическая смерть пациента.

Труп больного был отправлен на морфологическое исследование, по результатам которого выставлен следующий патологоанато-

диальной патологии в целом ещё на этапе первой госпитализации.

**Олег КОТЕНКО, главный нефролог ДЗМ:**

– К сожалению, ни разу не было отмечено наличие у пациента нефротического синдрома, несмотря на его очевидность по клинико-лабораторным данным. Нефролог был привлечён лишь в терминальной стадии, когда больному уже ничем нельзя было помочь.

**Евгений ЖИЛЯЕВ, главный ревматолог ДЗМ:**

– Не только клиницисты, но и морфологи «грешат» гиподиагностикой амилоидоза. С сожалением вынужден констатировать не самую лучшую подготовку коллег. Пропедевтические пробелы в их образовании слишком очевидны.

**Денис ПРОЦЕНКО, главный анестезиолог-реаниматолог ДЗМ:**

– У меня нет особых претензий к коллегам. Больной уже был в терминальном состоянии. Реанимационные мероприятия проводились соответственно стандартам. Однако пациент был обречён.

**Олег ОРЕХОВ, главный патологоанатом ДЗМ:**

– Амилоидоз легче диагностировать, нежели заподозрить. В данном случае никто не заподозрил эту патологию, а диагностирована она была уже посмертно.

## Резюме председателя

– Этот клинический случай напомнил мне студенческие годы. Мне посчастливилось учиться у известного ревматолога, классика диффузных заболеваний – профессора Ольги Виноградовой, прямой ученицы знаменитого интерниста Максима Кончаловского. Она как никто в нашей стране знала амилоидоз. В моей библиотеке до сих пор хранится её монография, не потерявшая своей актуальности по сей день.

Что же касается непосредственно обсуждаемого случая, то я в очередной раз с грустью вынужден констатировать отнюдь не блестящую, мягко говоря, профессиональную подготовку наших докторов. Я не устаю повторять: без знаний по пропедевтике внутренних болезней в клинической медицине делать нечего. Вполне допускаю, что, если бы коллеги заподозрили почечную патологию у обсуждаемого больного при первой госпитализации, вполне вероятно, что поводом для нашей сегодняшней встречи послужил бы другой пациент, – резюмировал конференцию Л.Печатников.

**Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».**



## Тенденции

## Главный критерий успеха

Качество медицинского образования напрямую зависит от уровня профессионализма преподавателя

Первый в стране негосударственный медицинский вуз был образован в 1993 г. на базе Самарского государственного медицинского института ректором академиком РАМН А.Красновым. Будучи тогда проректором, профессор Г.Котельников предложил назвать его «Реавиз» – «реабилитация, врач и здоровье».

«Реавиз» сегодня – частный медицинский университет, который, по оценкам рейтингового агентства RAEX («Эксперт РА» <http://www.raexpert.ru/rankings/vuz/vuz/>), вошёл в 2015 г. в первую сотню вузов России, стал пятнадцатым в числе медицинских университетов Министерства здравоохранения РФ, шестым среди Самарских высших учебных заведений и первым среди негосударственных вузов России. При подготовке рейтинга использовались статистические показатели, а также проводились масштабные опросы среди 17,4 тыс. респондентов: работодателей, представителей академических и научных кругов, студентов и выпускников.

В 2012 г. профессорско-преподавательский коллектив получил звание лауреата конкурса Совета Федерации РФ «Элита национальной экономики».

В структуру университета входят 5 филиалов: в Москве, Саратове, Санкт-Петербурге, Бургасе (Болгария), Бендерах (Приднестровье). Контингент обучающихся составляет 5,5 тыс. студентов и более 8 тыс. слушателей факультета последипломного образования из Российской Федерации, стран СНГ, Европы, Азии и Африки. За 24 года работы в университет принято более 9 тыс. человек, выпуск составил 3,5 тыс. специалистов.

Медицинский университет «Реавиз» имеет собственные клинические базы: стоматологическая клиника, производственная аптека, клиническая поликлиника, многопрофильная клиника.

В клинические базы «Реавиза» входят 82 государственные (48) и частные (34) медицинские организации в Самаре, Москве, Санкт-Петербурге, Саратове.

В октябре 2014 г. университетом получен статус постоянного члена альянса Центрально-Европейских университетов ACEU.

Об известном частном медицинском университете «Реавиз» («МГ» неоднократно уже писала) рассказывает его ректор (ученик академика А.Краснова, учредивший ежегодную премию в области медико-технических наук имени своего учителя), почётный работник высшего профессионального образования Министерства образования и науки РФ, член Российского союза ректоров, ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений», Ассоциации негосударственных вузов России, вице-президент Российской ассоциации геронтологов и гериатров, академик Российской академии медико-технических наук, лауреат Губернской премии в области науки и техники, доктор медицинских наук, профессор **Николай ЛЫСОВ**.

– **Сколько, Николай Александрович, профессоров и доцентов, кандидатов и докторов наук работает в вашем вузе?**

– В прошлом веке, с дня открытия, лучшие педагоги, профессора, доценты Самарского медицинского университета стали преподавать по совместительству, впоследствии они и составили основной костяк. В разное время работали известные учёные – профессор заслуженный деятель науки РФ Михаил Осадчук, академик РАМН Юрий Пименов, И.Балмасова, лауреат государственной премии СССР В.Аршин и другие.

Лучшие профессора Самарского и Саратовского военно-медицинских институтов после их закрытия усилили наш коллектив – генерал-майор м/с профессор М.Громов (он же возглавил филиал университета в Саратове), профессор Е.Зарубина, полковник м/с, профессор, заслуженный врач РФ И.Лещенко, полковник м/с, акаде-



Губернатор Самарской области Н.Меркушкин и ректор медицинского университета «Реавиз» Н.Лысов открывают морфологическую лабораторию в подшефном госпитале

мик РАМН, профессор, заслуженный врач РФ В.Попов и другие.

Сейчас в университете работают более 700 преподавателей, из которых 67% составляют штатные сотрудники, 77% имеют учёные степени и звания, 25% – доктора наук. Среди них известные учёные: академик РАН заслуженный деятель науки РФ В.Шабалин (президент Московского филиала «Реавиза»), профессор В.Шанин (директор болгарского филиала), профессор, дважды лауреат премии Правительства РФ, заслуженный деятель науки РФ Б.Жуков, профессора Н.Поляруш, Р.Дробышева, И.Марков (главный редактор научного журнала «Морфологические ведомости») и многие другие. Только за прошлый год их учениками защищено 5 диссертаций, написано и издано более 50 печатных трудов, в том числе монографии, учебники и методические пособия.

– **Известные профессора в качестве экспертов Рособнадзора называют ваш вуз уникальным и образцовым по многим направлениям...**

– Действительно, во время очередной госаккредитации вуза в 2014-2015 академическом году экспертов удивила реализация инновационного научного проекта. На базе Самарского областного клинического госпиталя ветеранов войн (СОКГВВ) работает первый НИИ реабилитации ветеранов войн, где оспетённые сотрудники госпиталя одновременно являются и научными сотрудниками НИИ. Директором НИИ с самого создания является президент «Российской ассоциации госпиталей ветеранов войн», редактор журнала «Госпитальная медицина», академик РАМН, профессор, лауреат премии в области геронтологии Минздрава России и РАМН, заслуженный врач РФ О.Яковлев. Одновременно, руководствуясь призывом Президента РФ и министра здравоохранения РФ о развитии института благотворительности, мы приняли 5 лет назад решение вступить в Попечительский совет СОКГВВ, которым руководит наш губернатор Н.Меркушкин.

С 2013 г. медицинский университет «Реавиз» ежегодно получает государственный заказ на подготовку специалистов – контрольные цифры приёма на места, финансируемые из средств федерального бюджета, по специальностям «лечебное дело», «стоматология», «фармация», и впервые с 2015 г. на подготовку кадров по программам ординатуры и подготовку научно-педагогических кадров по программам аспирантуры.

Ежегодно наши лучшие студенты становятся лауреатами именных стипендий Президента РФ, губернатора Самарской области имени П.Алабина. Мониторинг трудоустройства выпускников, составлен-

ный по данным Пенсионного фонда России, подтвердил востребованность выпускников Медицинского университета «Реавиз». Показатель трудоустройства составил 85%, что превышает критерийный порог (80%). Среднемесячная сумма выплат его выпускникам составляет 24,8 тыс. руб., что соответствует седьмому месту среди образовательных организаций высшего образования Самарской области.

– **Как вы представляете современные принципы модернизации отечественного здравоохранения с целью улучшения качества и доступности медицинской помощи через систему непрерывного медицинского образования?**

– В прошлом году, используя механизм государственно-частного партнёрства, открыли собственную многопрофильную клинику «Реавиз» для оказания амбулаторно-диагностической, стационарной, консультативной и лечебной помощи по 52 врачевым специальностям, оснащённую современным медицинским оборудованием, например компьютерным томографом фирмы Siemens. Это позволяет студентам и ординаторам приобретать практические навыки. Акцент переносится на оказание амбулаторно-поликлинической помощи.



Члены оргкомитета III Всероссийского конкурса на звание «Лучший госпиталь ветеранов войн» – помощник министра здравоохранения РФ А.Гулин, вице-губернатор Самарской области Д.Овчинников, представитель Президента по Самарской области генерал-майор С.Чабан, министр здравоохранения Самарской области Г.Гридасов, ректор медицинского университета «Реавиз» Н.Лысов, секретарь регионального отделения партии «Единая Россия» И.Станкевич и победители конкурса

Например, только в 2016 г. безвозмездные виды образовательных услуг в виде последипломного образования для медицинских работников госпиталя и морфологические исследования в лаборатории, оборудованной по последнему слову современных технологий, расположенной также в стенах госпиталя, составили 670 тыс. руб. Мы уже приняли участие в реализации пилотного проекта Минздрава России по развитию гериатрической помощи в нашем регионе. В 2016 г. обеспечили госпиталь необходимым оборудованием и функциональными кроватями, под-

готовили кадры и вместе с министерством здравоохранения Самарской области Г.Гридасовым открыли палаты паллиативной помощи.

Медицинский университет «Реавиз» является активным участником системы непрерывного профессионального образования специалистов медицинского профиля. Университетом реализуются свыше 80 программ повышения квалификации (36 часов), аккредитованных на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России. Применяется модульный принцип построения программ, современные технологии обучения, в том числе с использованием интернет-ресурсов (вебинары, дистанционное тестирование), обучающие симуляционные курсы. Программы разработаны и реализуются преподавателями университета и ведущими специалистами практического здравоохранения на его учебных и клинических базах, многопрофильной клиники «Реавиз». Программы предназначены для слушателей 57 медицинских специальностей. На 2017 г. запланировано более 280 образовательных циклов. В I квартале на обучение зарегистрировались около 600 врачей и провизоров, из которых половина завершили обучение.

С июня 2016 г. университет включён в перечень образовательных организаций, на базе которых проводится процедура первичной аккредитации специалистов. С этой целью созданы симуляционный центр, материально-техническое оснащение которого полностью отвечает требованиям Методического центра аккредитации специалистов. Оборудовано 2 компьютерных класса на 20 компьютеров каждый, 2 цепочки из 5 станций для проведения 2-го этапа – объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) – по специальности «стоматология», 5 станций для проведения ОСКЭ по специальности «фармация» и 5 клинических станций для ОСКЭ по специальности «лечебное дело».

С июня 2016 г. на базе медицинского университета «Реавиз» первичную аккредитацию успешно

давательского состава сторонних образовательных организаций. Комиссиями отмечен высокий уровень как организационной подготовки к процедуре первичной аккредитации специалистов, так и качественной подготовки выпускников.

В медицинском университете «Реавиз» с 2012 г. совместно с руководителем Росздравнадзора по Самарской области А.Антимоновым проводится экзамен по допуску к осуществлению медицинской или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала обучающихся в вузе студентов. За этот период по ходатайству главных врачей лечебных учреждений в данном экзамене приняли участие более 480 студентов Самарской, Саратовской, Ульяновской и Пензенской областей.

– **Николай Александрович, вы оказываете благотворительную помощь и безвозмездные услуги только Самарскому госпиталю ветеранов войн?**

– В прошлом академическом году по просьбе Министерства здравоохранения РФ заведующий кафедрой организации здравоохранения, главный специалист в области медицинского страхования областного Минздрава профессор М.Засыпкин вместе с сотрудниками кафедры продолжили оказывать безвозмездные образовательные услуги медикам Севастопольской больницы, где расположено отделение для ветеранов войн. Сотрудники кафедры совместно с работниками НИИ реабилитации ветеранов войн под руководством профессора О.Яковлева ещё в мае 2014 г. после присоединения Крыма к России, первыми выезжали в Крымский республиканский госпиталь для проведения консультативной лечебной работы и образовательных курсов по вопросам обязательного медицинского страхования для врачей госпиталя и руководства Минздрава Крыма.

В 2015 г. приказом министра здравоохранения РФ В.Скворцовой мы были включены в оргкомитет жюри III Всероссийского конкурса на звание «Лучший госпиталь ветеранов войн» и обеспечили в полном объёме материально-технические условия для проведения конкурса и торжественной церемонии награждения победителей.

– **А что в планах на завтра?**

– На стадии подписания находится ещё один проект ГЧП – концессионное соглашение о реконструкции городской стоматологической поликлиники № 2 с объёмом инвестиций более 300 млн руб.

Мы уверены, что только совместными усилиями государства и негосударственных, некоммерческих организаций можно и нужно решать важные социальные задачи, какими являются здравоохранение и образование. Полностью разделяю позицию нашего Президента РФ Владимира Путина, озвученную в своём Послании ещё в 2014 г., что «конкуренция – это решающий фактор повышения качества услуг социальной сферы!»

А накануне выхода этой статьи Агентство по современному образованию и науке Минобрнауки России известило, что медицинский университет «Реавиз» стал лауреатом Открытого публичного Всероссийского конкурса образовательных организаций среди 678 из 8214 образовательных организаций, принявших участие. «А как иначе? Есть с кого брать пример – с учителей Самарского государственного медицинского университета, который также является лауреатом этого конкурса», – прокомментировал выпускник СамГМУ – ректор «Реавиза» профессор Н.Лысов.

Беседу вёл Владимир АРХИПОВ, спец. корр. «МГ». Самара.



**Пилотный проект по маркировке лекарственных средств контрольными идентификационными знаками стартовал в феврале этого года. Его основная цель – обеспечить защиту законного оборота от недоброкачественных и контрафактных препаратов.**

### Всё, что нужно знать

Планируется, что к 2019 г. маркировка лекарств станет обязательным условием их доступа на рынок. Соответствующие поправки в федеральный закон № 61-ФЗ уже разработаны и находятся на согласовании в профильных ведомствах. Окончательное решение о проведении эксперимента было принято в конце октября прошлого года, тогда же утверждён паспорт проекта, сообщила начальник Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Валентина Косенко, выступая на IX конференции «Государственное регулирование и российская фармпромышленность – 2017: продолжение диалога».

По её словам, при ведомстве создана рабочая группа, в состав которой вошли представители всех участников эксперимента. Прежде всего предстояло определиться – каким образом будут маркироваться лекарства. Наиболее оптимальным среди прочих контрольных идентификационных знаков и способов нанесения их на упаковку, по мнению экспертов, является маркировка двухмерным штриховым кодом. В нём будет закодирована вся основная информация о лекарственном препарате: его идентификационный номер, индивидуальный серийный номер упаковки, номер производственной серии, дата истечения срока годности и другие сведения.

Данное решение принималось с учётом имеющегося международного опыта – аналогичные системы слежения за лекарствами существуют в разных странах мира. «На сегодняшний день есть два основных способа осуществления маркировки: непосредственно на производственной линии, либо наклеивание на упаковку стикера с уникальным идентификационным кодом», – пояснила В.Косенко.

Минздравом России утверждены и размещены на сайте Методические рекомендации для проведения эксперимента, в

которых подробно изложены состав информации, которая должна содержаться в штрих-коде, и правила его нанесения. Кроме того, в них содержатся требования к оборудованию, используемому для нанесения и считывания кодов, информационной системе, порядок передачи и обмена информацией, подачи заявки на

Петербург, Калужская, Самарская, Смоленская, Нижегородская, Белгородская области, Республика Башкортостан. После доработки программного обеспечения и расширения технической возможностей система будет поэтапно распространена на все субъекты Российской Федерации, а также на труднодоступные населённые

дель оценки рисков для участников проекта, пошаговые инструкции по присоединению к эксперименту, утверждён алгоритм информационного взаимодействия между ФНС России и Росздравнадзором по информированию участников «пионеров» по наиболее сложным и спорным вопросам, связанным с маркировкой лекарств.

почке будет накапливаться в информационной системе.

Российским производителям лекарств и импортёрам придётся серьёзно перестроить свою работу. Прежде всего на предприятиях предстоит переоснастить производственные «упаковочные» площадки, установить новое оборудование для сериализации,

### Проекты

# Метка для таблетки

## В стране проводится эксперимент по маркировке лекарств



участие в эксперименте и другие важные аспекты функционирования данной системы.

Готовность принять участие в пилотном проекте выразили 30 отечественных и зарубежных производителей лекарственных средств, а также 7 фармацевтических дистрибуторов, более 300 медицинских и аптечных организаций, в том числе аптечные сети федерального и регионального масштаба. По мере проведения эксперимента число участников будет расти, спрогнозировала В.Косенко.

### Шаг за шагом

На начальном этапе эксперимент проводится в 9 регионах: Москва, Московская область, Санкт-

петербург, Калужская, Самарская, Смоленская, Нижегородская, Белгородская области, Республика Башкортостан. После доработки программного обеспечения и расширения технической возможностей система будет поэтапно распространена на все субъекты Российской Федерации, а также на труднодоступные населённые

пункты, в которых затруднительно обеспечить устойчивую связь с ресурсами информационной системы. Основная работа проводится оператором информационного ресурса эксперимента – Федеральной налоговой службой РФ с наиболее подготовленными участниками. Среди «пионеров» – 6 производителей, 3 фармдистрибутора, 2 аптечные сети. После обкатки системы к ней подключатся все остальные заявленные участники пилотного проекта.

В ходе последнего заседания рабочей группы по подготовке к проведению эксперимента, которое состоялось 17 марта, было принято решение разработать мо-

По признанию начальника Управления обеспечения контроля оборота товаров ФНС России Ольги Чепуриной, ведомству понадобилось около полугода на выработку основных принципов маркировки лекарств. «Проект по маркировке не экстремальный, но жёсткий. Сроки его реализации достаточно сжатые, что требует от всех участников эксперимента командной работы. Это как в армии: пока приказ не получен, его можно обсуждать, но, когда он озвучен, его надо выполнять», – пояснила она.

К настоящему времени завершён подготовительный этап, идёт тестирование информационно-го взаимодействия и основных бизнес-процессов. Полноценное внедрение проекта (регистрация участников в личных кабинетах системы, передача данных о движении промаркированных лекарств в автоматизированную систему мониторинга) начнётся с 1 июня этого года.

### От макушки до хвоста

Суть проекта заключается в том, чтобы сделать историю движения лекарства с момента производства на предприятии до покупателя в аптеке максимально прозрачной. Таким образом, сканирование будет осуществляться при каждой передаче товара между контрагентами – производителем и дистрибутором, дистрибутором и аптекой. Вся информация по каждой такой це-

а также внести соответствующие изменения в нормативную документацию. Всё это потребует значительных дополнительных инвестиций.

В среднем переоборудование одной производственной линии составляет 200-250 тыс. евро, тем не менее это оправданные расходы, поскольку убытки от фальсификации и вторичного оборота лекарственных средств в десятки раз выше, а репутационные потери компаний вовсе не поддаются исчислению. Как заверяют производители, эти расходы они берут на себя, и цены на лекарства для потребителей останутся прежними. Исполнят ли они свои обещания, станет известно к концу года, когда будут подведены первые итоги эксперимента по маркировке лекарств.

Как заявил ранее в СМИ руководитель Росздравнадзора Михаил Мурашко, на начальном этапе маркировка охватит более 60 наименований лекарственных препаратов, в том числе 10 торговых наименований препаратов, предназначенных для лечения высокостратных заболеваний, и более 30 наименований лекарственных средств из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Общий объём маркируемых упаковок с начала эксперимента составит около 10% рынка.

Ирина СТЕПАНОВА,  
корр. «МГ».

### Акценты

**По данным аудита фармацевтического рынка России, проводимого DSM Group, за 2016 г. через аптечную сеть было реализовано 4122 млн упаковок лекарств на сумму 611 млрд руб. (в ценах закупки аптек). Это на 8,8% выше, чем в 2015 г. в стоимостном выражении и на 3,4% в упаковках.**

Начиная с мая 2016 г., продажи лекарств в аптеках показывали положительную динамику в рублях и падение в упаковках в пределах 1-2%. С августа объёмы продаж относительно периодов прошлого года стали расти не только в стоимостном выражении, но и в натуральном. В большей мере такая картина складывалась из-за раннего сезона и начала продаж противостудных и противовирусных препаратов.

– Рынок вышел в положительную зону как в рублёвом выражении, так и в упаковках. Прироста аптечных продаж в упаковках стоило ждать, так как падать было уже некуда. На протяжении последних 3 лет продажи в аптеках в упаковках снижались в среднем на 3%; в результате объём с 4,5 млрд упаковок в 2012 г. уменьшился до чуть менее 4 млрд упаковок. В 2016 г. рынок «вытянул» IV квартал, – поясняет эксперт фармрынка, генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк.

# Рынок вышел в положительную зону

Инфляция на лекарства в аптечном сегменте за 12 месяцев 2016 г. составила 5%. Рост цен на лекарства сравним с индексом потребительских цен в целом (по данным Госкомстата, 5,4%). Традиционно более существенная инфляция на позициях, которые не относятся к Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. За год в среднем цены на данный сегмент выросли на 6,9%, тогда как на ЖНВЛП индекс цен составил 1,3%. Аптеки заметнее поднимают цены на препараты дешёвого ценового сегмента: в 2016 г. инфляция на препараты с ценой до 50 руб. составила 7,1%. Также рост выше среднего (6,8%) наблюдается на самый ёмкий ценовой сегмент (от 150 до 500 руб.). Рост цен в сегменте от 50 до 150 руб. составил 4,9%. Дорогие препараты (с ценой выше 500 руб.) стали стоить всего на 1,9% дороже, чем в декабре 2015 г.

– К сожалению, есть тенденция снижения доли дешёвого сегмента как в рублях, так и в упаковках.

Конечно, на снижение влияют и инфляционные процессы, то есть переход препарата из одного сегмента в другой при росте цен. Но даже если исключить данный фактор, то всё равно наблюдается уменьшение доли препаратов с ценой до 50 руб. практически на 2%. Таким образом, действительно можно говорить о перераспределении рынка в сторону более дорогих препаратов, – отмечает эксперт.

За 12 месяцев 2016 г. доля отечественных препаратов составила 27,3% в стоимостном выражении и 57,4% в натуральном. Реализация отечественных препаратов в рублях выросла на 18%, объём продаж импортных препаратов – на 6%. Таким образом, отечественные лекарства обеспечили в большей мере рост рынка, чем препараты иностранных производителей. Средняя стоимость упаковки отечественного препарата в 2016 г. составила 71 руб., стоимость импортного упаковки – 253 руб.

Доля безрецептурных препаратов за анализируемый период

составила 52,2% в стоимостном выражении и 69,1% в натуральном. При этом ОТС-препараты росли в денежном выражении на 11%, тогда как рецептурные выросли на 7%. По оценке DSM Group, рост безрецептурных препаратов обеспечен больше инфляцией на данную группу, в упаковках ОТС-препараты увеличились в объёме всего на 2%, тогда как рецептурные на 5,5%. В связи с этим наблюдается снижение доли ОТС-препаратов в натуральном выражении. Конечно, на такую динамику повлияло, в том числе и уменьшение доли дешёвых препаратов в целом в аптечном сегменте, так как лекарства с ценой до 50 руб. на 80% представлены безрецептурными препаратами. Средняя стоимость упаковки рецептурного препарата была на уровне 230 руб., безрецептурный препарат стоил в ценах закупки аптек в среднем 112 руб.

За 2016 г. доля оригинальных препаратов составила 36,5% в стоимостном выражении и 14,9% в натуральном. При этом относи-

тельно 2015 г. доля продолжает сокращаться по обоим показателям. Таким образом, потребитель переключается на генерические препараты, чаще это брендовые препараты, дженерики. Средняя стоимость упаковки оригинального препарата составила 362 руб., дженерик стоил в среднем 111 руб.

Структура аптечного рынка по АТС-группам 1-го уровня в 2016 г. претерпела незначительные изменения. Максимальный прирост по итогам года показала АТС-группа «Противомикробные препараты для системного использования» – 20,8%, что позволило подняться в рейтинге на одно место.

– Аптечный сегмент лекарственных препаратов в 2016 г. показал положительную динамику как в рублях, так и в упаковках. Одним из основных факторов роста рынка остаётся инфляция. Структура рынка продолжает изменяться в пользу более дорогостоящих препаратов, но при этом такое изменение идёт одновременно с ростом продаж дженерических препаратов, тогда как доля оригинальных уменьшается. Все эти процессы продолжатся и в 2017 г. По нашим прогнозам, рост коммерческого рынка лекарственных препаратов составит порядка 8-9%, – резюмирует С.Шуляк.

Анна КРАСАВКИНА.



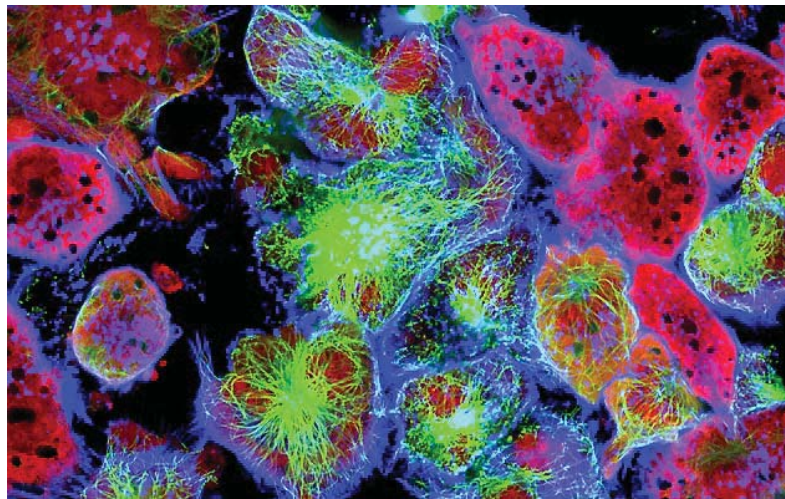
Взгляд

Жизнь клеток – это постоянная «борьба» молекулярных сдержек и противовесов, примером чего является система генного редактирования, на которую сегодня возлагается много надежд. Возможность использования этой молекулярной системы для исправления геномов клеток млекопитающих была предложена в Калифорнийском университете Беркли (пригород Сан-Франциско, США), который радостно недавно сообщил о получении европейского патента. Созданный его

сотрудницами Эм.Карпентье и Джен Дудна, которой в начале октября 2016 г. прочили Нобелевскую премию, вариант утверждён в Европе, но в США пальму первенства вручили учёным Гарварда и Массачусетского технологического университета (оба около Бостона). Метод, который имеет большее разрешение и точность. Нехватка их является ахиллесовой пятой 20 других генных редакторов, что мешает широкому применению метода для лечения и исправления врождённых недугов людей.

# Защита альфа-кристаллина

Причину этого вскрыли в Калифорнии специалисты тамошнего Исследовательского института в городе Ла-Джолла, пригород Сан-Диего, где с помощью криоэлектронного микроскопа рассмотрели два протеина (Asg – актуатор альфа-кристаллин), с помощью которых вирусы «обманывают» – дезавуируют – бактериальные сети мониторинга (surveillance) возможных опасностей. Можно напомнить, что генное редактирование было открыто 30 лет назад именно у микроорганизмов, подвергающихся вирусным атакам, и оно заключается в распознавании особых последовательностей генома (как номеров различных регионов), после чего осуществляется ферментное «кромсание» вирусной ДНК. Один из выявленных протеинов вируса «сканирует» РНК бактериального мониторинга и быстро считывает её последовательность с помощью («рекрутированных») клеточных белков, после чего парализует «отключает» систему оповещения. Второй белок «имитирует» под вирусную ДНК, своим отрицательным зарядом обманывая фермент её деструкции («буквы» нуклеиновых кислот соединяются с помощью остатков фосфорной кислоты, заряженных отрицательно, чем и пользуются вирусы для своей защиты от агрессивных клеточных молекул). Естественно, что в лабораториях пользуются чистыми молекулярными системами, но тем не менее открытие калифорнийцев может дать возможность понять причины, не позволяющие пока перейти со старого ТВ на всем «приглянувшееся» цифровое HDTV (High Definition).



Зелёный актин в клетках

означает возможность плюри-, или множественного развития во все 200 клеточных типов организма. Его сокращение SMARCAD – «прячет» в себе название матричного белка актина, являющегося регулятором хроматина, то есть хромосомного ДНК-протеинового комплекса. Известно, что в геноме постоянно возникает необходимость включения и выключения разных генов, требующих ремоделинга хроматина. При большом увеличении комплекс представляет собой ДНК, намотанную на белковые шпильки, или нуклеосомы. Химическая модификация кислоты и шпильчатых белков (гистонов) определяет активность генов. В Сан-Диего нашли новый механизм её регуляции, а именно «перевод» аминокислоты аргинина в цитруллин (у аргинина имеется положительный заряд, а у последнего он нейтральный, так выявлен ещё один электрохимический механизм молекулярных взаимодействий внутри клеток). Интересно, что модификацию аргинина осуществ-

ляет фермент NOS, регулятор которого всем известен по виагре. SMARCAD давно известен учёным по его мутации, вызывающей адермисис, или отсутствие кожных рисунков-«глифов» на кончиках пальцев (их отпечатков).

Два приведённых примера говорят, с одной стороны, о нашем довольно поверхностном понимании клеточной биологии, что мешает использовать её на благо человеку. С другой, они демонстрируют пусть и медленное, но уверенное движение учёных к практическому овладению реальными биотехнологиями не только бактериальных клеток, не имеющих даже ядра, но и сложных с ядрами, геном которых примерно в 10 раз больше, чем у той же кишечной палочки, являющейся основной «рабочей лошадкой» по производству необходимых протеинов, например интерферона и инсулина.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам Cell, Cell Reports.

Мнения

## Искусственные хромосомы

Группа учёных из медицинского центра Нью-Йоркского университета (США) заявила о том, что вплотную подошла к возможности создания развитого искусственного организма.

Ещё в 2014 г. после 7 лет работы им удалось построить с нуля первую в мире синтетическую хромосому сложной формы жизни – дрожжей. Теперь, после 3 лет работы, они объявили о создании комплекса из 5 хромосом. По мнению разработчиков, эти исследования открывают новую эру в генной инженерии, особенно если учесть, что четверть человеческого генома совпадает с дрожжевым.

Как известно, хромосомы – это структуры, содержащие большинство ДНК живых существ, причём каждый организм имеет строгое их количество. Люди, например, имеют 46 хромосом. Дрожжи – 16. Пять новых искусственных образований, выращенных в лаборатории, содержат около трети ДНК дрожжей.

Искусственные хромосомы, созданные в рамках проекта разработки синтетического дрожжевого генома, были получены с помощью компьютерной программы, а затем помещены в живые дрожжи. Организмы, дополненные лишними хромосомами, жили так же, как обычные дрожжи, без побочных

эффектов, при этом оказалось, что дополненный дрожжевой геном намного проще подвергается модификации, чем геном нормальных дрожжей.

Это позволит использовать модифицированные организмы для ускорения процессов выпечки хлеба и производства антибиотиков или биотоплива. Работа учёных Нью-Йоркского университета – не единственная попытка создания синтетической хромосомы или хотя бы цепочки ДНК.

В прошлом году американским учёным удалось создать участок синтетической ДНК в качестве устройства для хранения данных, эквивалентного 600 смартфонам. Примерно в это же время другие исследователи разработали с нуля простой бактериальный организм, синтезируя 473 основных гена, необходимых для жизни на примитивном уровне. Однако синтез хромосом для создания сложных форм жизни был осуществлён впервые.

Следующим шагом учёных станет создание всех 16 дрожжевых хромосом. Если эксперимент окажется удачным, он станет первым в истории появления сложной формы жизни – эукариота, полностью созданного человеком.

Герман АКОДИС.  
По сообщению CNN.

Однако

## Анатомия по Коффи

Профессор хирургии Кэлвин Коффи из Университета Лимерика (Ирландия) предложил классифицировать часть пищеварительной системы как отдельный орган и посвятить ей отдельный раздел науки.

По его мнению, на протяжении более чем 100 лет брыжейку ошибочно полагали частью брюшной полости, состоящей из нескольких разделённых фрагментов, тогда как на самом деле она является самостоятельным протяжённым органом. Врач подчеркнул, что изучение патологий брыжейки должно стать отдельным полем для медицинских работ так же, как сейчас отдельно изучаются гастроэнтерология, колопроктология и т.д.

В процессе исследований профессор Коффи обнаружил, что брыжейка, которая прикрепляет кишечник к брюшной полости и состоит из нескольких не соединён-

ных между собой фрагментов, как считалось ранее, а все эти части на самом деле связаны друг с другом и формируют длинный самостоятельный орган, выяснил хирург.

По словам клинициста, после того, как выявлены нюансы анатомии брыжейки и изучена её структура, следующим этапом должно стать изучение её функций. Если наука будет понимать, как должна функционировать брыжейка, врачи смогут идентифицировать патологии этого органа и лечить их. Профессор Коффи уточнил, что изучение брыжейки станет новой областью медицинской науки.

Сообщается, что изменения в программу медицинских вузов будут внесены уже в этом году. Новая классификация брыжейки как протяжённого органа уже добавлена в один из самых авторитетных британских учебников.

Алина КРАУЗЕ.  
По информации Medical Xpress.

Почему бы и нет?

# Максимум эффекта минимальным доступом

До последнего времени считалось, что «мягкие» атеросклеротические бляшки несут большую угрозу для здоровья, нежели «твёрдые», так как они более склонны к «разрывам», повреждающим компоненты сердечно-сосудистой системы.

Однако на современном этапе развития медицинской науки учёные пересматривают эту точку зрения. В Межгорном медицинском институте сердца специалисты провели исследование совместно с сотрудниками Медицинской школы Университета Джона Хопкинса и Национальными институтами здравоохранения (всё – США). Они наблюдали за 224 больными, у которых был сахарный диабет, но не было на момент начала работы никаких симптомов сердечно-сосудистых заболеваний.

Учёные следили за здоровьем пациентов в среднем в течение 7 лет, анализируя в том числе со-

став холестерина в их сосудах, чтобы понять, можно ли по этому составу предсказать риск развития проблем с сердцем или сосудами. Особенно специалистов интересовали такие последствия, как нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда или смерть. Оказалось, что чем больше твёрдых бляшек находится в сосудах пациента, тем больше увеличивается вероятность развития указанных сердечно-сосудистых заболеваний. Наличие мягких бляшек не влияло на здоровье настолько сильно.

Соавтор исследования профессор Brent Mюхлештейн сообщил, что необходимо продолжать исследование, чтобы подтвердить результаты этой научной работы, однако сама по себе она может означать необходимость смены парадигмы. Возможно, добавил специалист, многие люди могли бы обойтись без терапии статинами, даже если у них высокие показатели холестерина.

В описанном исследовании в качестве способа диагностики использовалась коронарная ангиография – участникам в артерии помещали катетеры с рентгеноконтрастным раствором, с помощью которых искали возможные места закупорки сосудов.

Примечательно, что в Королевском колледже Лондона (Великобритания) предложили при обследовании больных заменить эту инвазивную процедуру на магнитно-резонансную томографию, заявив, что она так же информативна. Учёные провели диагностику 918 больных стабильной стенокардией, разделив их случайным образом на две группы. Одна группа прошла стандартную процедуру коронарной ангиографии, а вторая – процедуру МРТ. За всеми участниками наблюдали в течение года, и связанные с сердечно-сосудистой системой проблемы со здоровьем регистрировались: например инфаркт миокарда, пластика сосудов и, конечно, смерть.

Выяснилось, что здоровые сосуды были только у 3,9% в группе, прошедшей коронарную ангиографию, и 3,3% – в группе МРТ. Таким образом, в определении людей из группы риска магнитно-резонансная томография была практически так же эффективна, как коронарная ангиография, но при этом у МРТ не было таких минусов, как инвазивность и необходимость получения хоть и малых доз, но всё же радиации. Кроме того, в группе МРТ было зафиксировано значительно меньше случаев пластики сосудов.

Ещё одно исследование было посвящено стенозу сосудов. Одним из способов узнать, нормально ли кровь проходит по сосуду, является фракционный резерв кровотока. Это также инвазивная процедура, при которой применяются мощные лекарственные средства. Последствия процедуры могут быть различными: боль, понижение кровяного давления, проблемы

с дыханием. Новая техника, как сообщили специалисты из Имперского колледжа Лондона, не имеет таких серьёзных побочных эффектов.

Методика называется iFR – instant wave-free ratio (мгновенное безволновое соотношение – прим. ред.). В исследовании участвовали 2492 больных с диагнозом «острый коронарный синдром», или же тех, кто жаловался на боль в груди. Их случайным образом разделили на две группы, обследовав одну из них с помощью фракционного резерва кровотока, а другую – с помощью iFR. По итогам обследования принималось решение о стентировании сосудов. Оказалось, что эффективность обеих техник сравнима при том, что после iFR побочные эффекты наблюдались в 10 раз реже (3 против 31%).

Борис БЕРКУТ.  
По информации Medical Xpress.



## Новые подходы

Группа инженеров из Стэнфордского университета при поддержке Национального института здоровья (оба – США) представила новую разработку – мобильный сенсор, встроенный в часы или одежду, который отслеживает физиологические изменения в самом начале того или иного заболевания ещё до появления очевидной клинической картины.

званного развития заболевания. Кроме того, параметры сердца и кровяного давления постоянно меняются в течение дня, так что даже ежедневный одноразовый осмотр не может обеспечить адекватную оценку состояния пациента.

В процессе создания прибора исследователи собирали данные пациентов в течение двух лет с помощью 7 различных устройств, которые отслеживали активность

в течение двух лет, отмечались четыре периода необычно высокого пульса и температуры. Три таких отклонения оказались следствием гиперемии, четвёртый – болезни Лайма.

По словам специалистов, датчики оказались способными предсказать патологию до появления конкретных симптомов. Заболевание других участников исследований также сопровождалось

## Заблаговременный скрининг

Данная разработка может стать принципиально новым методом мониторинга здоровья, особенно для людей с ограниченной возможностью посетить врача или живущих в удалённой местности. Причём датчики, определяющие изменение сердечного ритма, кровяного давления и температуры, могут выявить как хронические, так и инфекционные заболевания.

Как правило, данные о состоянии человека собираются лишь на медосмотре, однако такие мероприятия настолько редки, что зародившаяся болезнь может пройти незамеченной, а срок между осмотрами, как правило, достаточно велик для безнака-

человека в течение дня, воздействии радиации, уровень кислорода, гемоглобина и пр. В день приборы регистрировали более 250 тыс. измерений. Опираясь на возможность измерять 3 основных параметра – частоту сердечных сокращений, температуру кожи и движение, – инженеры разработали прибор, способный контролировать состояние пациента по 43 показателям в течение 5 месяцев.

Прибор оценивал колебания физиологических изменений в течение всего дня, что позволило учёным определить конкретные отличия показаний от нормы. Например, у одного из участников эксперимента, которого наблюдали

специфическими изменениями сердечного ритма, что позволило создать алгоритм изменений работы сердца, выявляющий целый спектр заболеваний.

В целом прибор не является средством диагностики, но он может предупредить о необходимости обратиться к врачу.

Впрочем, по словам специалистов, для жителей отдалённых районов носимые диагностические гаджеты станут основным способом наблюдения за состоянием здоровья. Потенциал таких технологий настолько высок, утверждают учёные, что в итоге может значительно измениться современная система здравоохранения.

## Гипотезы

## На тоненького

Исследовательская группа, возглавляемая учёными из Калифорнийского университета в Сан-Диего, обнаружила ген, отвечающий за возникновение нервной анорексии – заболевания, которым страдает каждая сотая женщина на Земле. Методом перепрограммирования плюрипотентных стволовых клеток, полученных от молодых женщин с нервными пищевыми расстройствами, учёным удалось создать клеточную модель болезни и определить локализацию гена, связанного с болезнью.

По словам учёных, анорексия является сложным многофакторным нервным расстройством, которое очень сложно исследовать и практически невозможно лечить. До сих пор, отмечают эксперты, не существовало никакого понимания генезиса этого расстройства.

В первую очередь болезнь поражает молодых девушек в возрасте от 15 до 19 лет. Она характеризуется патологической худобой и отказом от пищи, приводящими к полному истощению, нередко оканчивающемуся гибелью пациентки. Анорексия имеет самый высокий показатель смертности среди женщин в возрасте от 15 до 24 лет, в 12 раз превышая уровень смертности от всех других причин.

Как показал анализ родословных, наследственные предпосылки ответственны за 50-75% всех причин анорексии, однако до сих пор практически ничего не было известно о молекулярных, клеточных и генетических факторах болезни. Для того чтобы определить локализацию белков, отвечающих за нервные расстройства, и генов, продуцирующих эти белки, учёные взяли клетки кожи от четырёх женщин и стволовые клетки, из которых выращивали нейроны. В ходе работы они определяли,

какие именно гены могут быть ассоциированы с патологическими нервными процессами.

В результате учёные обратили внимание на рецептор Tachykinin1, отвечающий за работу гена TACR1. Рецептор Tachykinin является белком, который продуцируется в нервной и иммунной системах и участвует во многих клеточных процессах. Именно он оказался связан с рядом заболеваний, в том числе с хроническими воспалениями, раковыми заболеваниями, аффективными и аддиктивными расстройствами.

По словам учёных, нарушение системы Tachykinin может быть первым признаком нервной анорексии, который определяется задолго до появления других симптомов. Более того, этот признак настолько очевиден, что дальнейшая диагностика уже не требуется. Как заявляют авторы исследования, их работа откроет новое направление исследований и поможет разработать новые методы лечения расстройств пищевого поведения, поражающего миллионы женщин по всему миру.

## Современные технологии

Специалисты Салгренской университетской больницы (Швеция) разработали СВЧ-шлем, который может быстро и безопасно обнаружить внутричерепные кровотечения при черепно-мозговых травмах, которые являются самой частой причиной смерти и инвалидности среди молодых людей – ежегодно от них страдают около 10 млн пациентов во всём мире.

По словам клиницистов, данный шлем способен оперативно предоставлять жизненно важную информацию о силе травмы, помогая принять немедленное решение о путях терапии пациента. Новый аппарат работает по тому же принципу, что и микроволновая печь.

Прибор состоит из 3 частей: шлем, который надевается на

## Шлем-диагност

голову пациента, микроволновый излучатель и компьютер, управляющий оборудованием и просчитывающий поступающие данные. Излучатель посылает слабые СВЧ-сигналы через мозг, датчики в шлеме ловят отражённые волны. Различные структуры мозга по-разному рассеивают и отражают высокочастотные волны, в результате чего возникает сложный узор, который обчисляется компьютером.

Одним из главных преимуществ новой диагностики является мобильность аппарата. Если компьютерный томограф требует доставки пациента в больницу, то СВЧ-измерения можно провести

в машине скорой помощи ещё до того, как пациента привезут в стационар.

По словам экспертов, микроволновая технология может перевести систему медицинской диагностики, так как совмещает в себе скорость, эффективность и невысокую стоимость процедуры. Невысокое время, утверждают шведские разработчики, СВЧ-диагностика будет способна заменить КТ и другие системы визуализации: в удалённых местечках, на месте катастроф, в случаях выезда бригады скорой помощи и просто при сильной загруженности стационарных аппаратов.

## Идеи

## Под давлением социума

**Женщины, соблюдающие во время беременности диету для похудения, имеют значительно больший риск рождения ребёнка, у которого в дальнейшем разовьётся шизофрения. Такое предположение сделали исследователи из Каролинского института в Стокгольме (Швеция).**

Изучив данные 526 тыс. жителей Швеции, родившихся между 1982 и 1989 гг., учёные пришли к выводу, что дети женщин, отказавшихся во время беременности набирать рекомендованный медиками вес, на 30% чаще заболевали тяжёлыми психическими расстройствами в подростковом возрасте, причём эта связь не зависела от исходного веса матери.

Что характерно, недобор массы тела во время беременности становится одной из главных медицинских проблем. Желание женщин «быстро прийти в форму» после родов, по словам профессора Рене Гарднера, «отражает социальное давление на женщин, принуждая их следовать моде и поддерживать идеальное телосложение даже во время беременности».

В целом, по словам профессора института психиатрии и неврологии Королевского колледжа в Лондоне (Великобритания) Робина Мюррея, выводы шведской группы вовсе не означают, что беременным женщинам следует много есть. Недавнее исследование показало, что беременные женщины, набирающие лишний вес, имеют более высокий риск рождения ребёнка, поражённого ДЦП.

«Необходимо соблюдать сбалансированную диету, вести здоровый образ жизни, принимать фолиевую кислоту, не курить и не употреблять наркотики, – отметил Р.Мюррей. – Исследования наших шведских коллег, кстати говоря, не учитывали такие факторы развития шизофрении и психозов, как генетическая предрасположенность, жестокое обращение с детьми и травматические жизненные события».

Как известно, нормой увеличения массы тела беременной женщины считается прибавка от 8 до 12 кг (по другим данным – от 9 до 14 кг), при ожидании двойни – от 16 до 21 кг. Полное отсутствие прибавки в весе или его стремительное падение – серьёзный повод задуматься о своём здоровье.

## Ну и ну!

## Без имени, да укажу!



**Чем длиннее безымянный палец мужчины по сравнению с указательным, тем больше усилий он склонен прилагать, чтобы произвести впечатление на любимую женщину или занять высокое положение в карьерной лестнице. Такие мужчины тщательнее следят за собой, любят стильно одеваться и чаще ходят в тренажёрные залы. В целом они более уверены в себе, чем те, чьи указательный и безымянный пальцы имеют одинаковую длину.**

К такому выводу пришли сотрудники Высшей бизнес-школы в Монреале (Канада), проведя два исследования с участием студентов-добровольцев. За основу своего труда они взяли результаты работы, связав поведение человека с влиянием на него тестостерона в период внутриутробного развития.

Выяснилось, что мужчины, подвергшиеся сильному воздействию тестостерона, имеют более короткий указательный палец в сравнении с безымянным. У людей с малой долей эстрогенов указательный и безымянный пальцы примерно равны по длине. Таким образом, измерив длину пальцев

пациента внутриутробно, можно предположить, какое количество тестостерона и эстрогена он получил в утробе матери.

Согласно предыдущим исследованиям, перинатальное воздействие половых гормонов оказывает серьёзное влияние на организацию головного мозга и формирует дальнейшие черты характера. Например, мужчины, подвергшиеся сильному воздействию тестостерона, более спортивные, агрессивные, острее нуждаются в сексе. Они легче заводят друзей, активнее занимаются карьерой, получают более высокие зарплаты и занимают более высокие должности.

Более того, у таких мужчин более развита пространственная память и они менее склонны к бесполой дружбе. Впрочем, мужчины с «феминизированным» соотношением пальцев лучше справляются с тестами на вербальную память и решают задачи, связанные с коммуникабельностью и адаптацией в коллективе.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам CNN, Reuters, Associated Press, ABC News.



Александр Гриневский стал в молодые годы писателем Грином. Это обеспечило ему бессмертие и непреходящую любовь. Ещё при жизни о нём ходило много невероятных слухов и конструировалось мифов. Свою автобиографическую повесть, вышедшую в свет за несколько дней (!) до смерти, он даже хотел назвать «Легенды о себе»...

Семейные предания гласили, что первым самостоятельно прочитанным словом маленького Саши было – «Море»... Море заняло в судьбе этого человека принципиально важное место. Злые языки утверждали, что будто бы в своё время этот дерзкий юноша, плавая матросом на судне, убил капитана-англичанина и стащил у того тяжёлый ящик рукописей, сочинённых талантливым мореходом-беллетристом, а теперь печатает хорошо расходящиеся захватывающие истории под своим именем. Никто не верил, что Грин не знает иностранных языков.

### По следам Фенимора Купера

Романтично настроенные предстательницы прекрасного пола говорили, что Александр – изумительный стрелок и добывает себе пропитание в лесах подобно героям Фенимора Купера. Обывателям он казался подозрительным и странным мизантропом – никогда и нигде он не умел вписаться в представления и правила, доминировавшие в обществе... Его дед был богатым помещиком, отец – ссыльным, а он стал романтиком, писавшим в том числе и о медиках.

*«Когда дни начинают пылиться и краски блёкнут, я беру Грина. Я открываю его на любой странице, так весной протирают окна в доме. Всё становится светлым, ярким, всё снова таинственно волнует, как в детстве. Грин – один из немногих, кого следует иметь в походной аптечке против ожирения сердца и усталости. С ним можно ехать в Арктику и на целину, идти на свидание; он поэтичен, он мужествен».*

Даниил Гранин.

Родился этот оригинальнейший автор в один год с Александром Блоком и Андреем Белым, а ушёл из жизни в одно лето с Максимилианом Волошиным... Он был и беспутным сыном, и первым литератором, исследовавшим терроризм как явление, он сидел в тюрьмах, был в ссылках, странствовал по России, жил по поддельным паспортам, но прославился как неповторимый романтик.

Его имя, широко известное всей России лишь век назад, было вычеркнуто из людской памяти на три десятка лет сразу же после смерти в 1932 г. Ренессанс рассказов и романов «иностранца русской литературы» возник только в период хрущёвской оттепели в 60-е годы XX века.

Судьба отпустила нашему герою до обидного короткую жизнь – всего 52 неполных года, но вклад его в мировую (это не преувеличение!) литературу велик и уникален. В популярном, ставшем бестселлером и библиографической редкостью двухтомном словаре «Русские писатели» материал о Грине занимает три скромных странички... Между тем этот потрясающе талантливый и плодовитый автор оставил после себя незабываемые романы и повести, сотни оригинальных новелл, а также стихи, басни и даже юморески. Исследователи насчитали не менее 250 разноформатных гриновских произведений. Сильный багаж даже для четверти века неустанного писательского труда... Наиболее востребованные произведения Грина тонко препарированы и психологически точно описывают человеческие страдания, пристально и объективно рассматривают сердечные скорби и муки, глубоко исследуют телесные боли, полностью изучают феномен самоотречения и принятия на себя подвигов мученичества.

Через всё это Александр Степанович в полной мере прошёл лично...



юношу книгами, утверждали, что он, зачитавшись, «сойдёт от них с ума», бранили за любой проступок нещадно... Незадолго до кончины Грин с горечью написал: «Я не знал нормального детства. Меня в минуты раздражения за своевольство и неудачное учение звали «свинопасом», «золоторотцем», прочили мне жизнь, полную пресмыкания у людей удачливых, преуспевающих». Приходилось вновь искать спасения в книгах и увлекательной лесной охоте.

В 16 лет паренёк отправился в Одессу, чтобы лично познать прелесть морской романтики и нелёгкой работы «тружеников моря». Одесса стала той точкой, откуда начались его «кругосветные плавания в Великом океане мечты».

были... Революционная работа продолжилась, а с нею продолжались аресты и ссылки. Однажды Грин принимает предложение партийцев написать агитационную брошюру для распространения среди солдат. Так, в 1906 г. появляется на свет его первый рассказ «Заслуга рядового Пантелеева». Весь тираж правдивого и искреннего, но крамольного произведения конфисковала и сожгла полиция. Подобная печальная участь постигла и новеллу «Слон и Моська».

### Путь писателя

Литературоведы считают, что Грин самым первым в отечественной литературе дал яркие запоминающиеся характеристики террористов.

ле и гриновских. После кончины писателя его муза и верная жена Нина Николаевна Грин напишет: «...Как странно мне, единственно, что острой иглой впивается мне в сердце, это мысль о том, что никогда я больше не услышу и не увижу, как плетётся пленительное кружево его рассказа»...

### Медики и медицина в жизни и книгах Грина

К медицине и врачам Грин относился с уважением, отдав им дань в ряде произведений. Человек был для Грина (как и для истинных медиков-исследователей) вечной загадкой, и самой первой был для себя сам писатель.

### Далёкое-близкое

# Небесную лазурь пронёсший сквозь содом...

## Медицинские аспекты творчества А.Грина

### Очарованный страданием

Будущий писатель-романтик появился на свет 11 (23) августа 1880 г. в уездном городке Слободской Вятской губернии в семье ссыльного польского дворянина Стефана Евзеевича (Степана Евсеевича) Гриневского.

Отец Саши за причастность к польскому восстанию 1863 г. был этапирован в Сибирь, став «вечным поселенцем» без права выезда в европейские губернии империи. Гриневский-старший одно время служил конторщиком пивоваренного завода, а затем – бухгалтером больницы провинциальной Вятки, куда семья переехала. Единственной отдушиной в этом краю дремучего невежества, точно описанного Александром Герценом в «Былом и думах», было чтение, к которому Саша пристрастился с 6 лет. Его больше всего манили произведения о путешествиях и приключениях в экзотических странах. По пустырям и окраинам Вятки задумчивый мальчишка бродил, в уединении изображая героев любимых книжек, интуитивно выстраивая сюжеты собственных грядущих историй, которые найдут живой отклик в душах миллионов.

...Гордый и странный мальчуган производил какие-то алхимические опыты, а, начитавшись «учёных» книг по хиромантии, предсказывал знакомым судьбу по линиям руки, получив прозвище Колдун. Более удачно его судьба складывалась до 9 лет, а после поступления в земское реальное училище всё поменялось кардинально. Дело в том, что в течение первых 7 лет супружества у Гриневских детей не было, поэтому первенца Сашу баловали донельзя. Учился мальчик в целом прилично, однако поведение было вызывающим и даже хулиганским. По поведению у него была стойкая «тройка». Такое не могло нравиться ни начальству, ни родителям. Семья же Гриневских между тем росла... и это отнюдь не добавляло доходов их бюджету. Работая скромным бухгалтером, глава семьи не мог обеспечить всем необходимым домочадцев. Между тем Саша увлечённо зачитывался книгами Дюма-отца и Эдгара По, Даниэля Дефо и Жюль Верна, зная многие их страницы наизусть. Условия провинциального захолустья с их «свинцовыми мерзостями» будней потенцировали в молодом человеке застенчивость и крайнюю чувствительность, а ещё развивали гордость и непокорность – черты характера, доставшиеся паренёку от его отца. Видимо, «ген бунтарства» доминировал в семье Гриневских!

Домашние постоянно попрекали

### Скитания. Его «университеты»

...Однако на «ты» с морской стихией перейти не получилось. Худенького слабосильного долговязого паренёка никто в матросы брать не собирался, а когда знакомый отца всё-таки пристроил Сашу юнгой, то врождённое чувство справедливости, бунтарство по отношению к корабельному начальству и неуживчивый колючий характер (следствие безрадостного детства) не позволили нашему герою «ходить по морям» долго...

Единственное серьёзное заграничное плавание он совершил на судне «Цесаревич» весной 1897 г. Тем не менее заправдавшая морская стихия естественным образом переключала и утверждалась на страницах будущих гриновских книг, заставляя и сегодня учащённо биться сердца читателей всего мира. Странствия (как и у Максима Горького) заняли не один год... Где он только не побывал, в качестве кого только не порабатал! Биографы упоминают Баку, Вятку, Урал, Поволжье... Один простой перечень выполнявшихся им работ поистине впечатляет – переплётчик книг, банщик на железной дороге, лесоруб, маляр, землекоп, переписчик отчётов и театральных ролей, плотогон, золотодобытчик и даже актёр «на выходах». При всём своём телесном нездоровье и физической слабости Грин имел несокрушимую волю и независимый характер, доставлявший их хозяину немало хлопот. Попав по бедности и неприкаянности полуголодной жизни в солдатчину, Александр на самом себе испытал все «прелести» жестоких нравов, царивших в казармах. «Моя служба прошла под знаком непрерывного и неистового бунта против насилия», – напишет он в прозительном-щемящем рассказе «Тридцать дней».

Сделав попытку побега из армии, Грин скрывался в лесах, пока его не обнаружили. На несколько недель он был посажен в карцер, но это совершенно не сломило воли строптивца. Вот тогда-то молодого человека заметили эсеры и сразу же оказали помощь... Совершив удачный побег из казарм, Александр стал привлекаться как связной к подпольной работе эсеров в Киеве, Одессе, Нижнем Новгороде и Симбирске. Грина готовили даже к совершению террористического акта, однако он в последний момент отказался от участия в кровавой драме. В ноябре 1903 г. за активную пропагандистскую работу среди моряков в Севастополе его впервые арестовали. Освобождён он был по амнистии только через 2 года. Тюрьма подорвала здоровье, однако ресурсы молодого организма ещё до конца исчерпаны не

В новелле «Марат» (1907) он описал «бомбиста», мысли коего неожиданно отзовутся спустя век в кровавых терактах «Исламского государства» и иных террористических организаций. Вот что декларировал герой упомянутого рассказа: «А знаете ли вы, что главное в революции? Ненависть... Если бы каждый мог ненавидеть!.. Сама земля затрепетала бы от страха... истребить, уничтожить врагов – необходимо! С корнем, навсегда вырвать их!».

На протяжении 1907-1908 гг. в периодической печати России стали появляться оригинальные рассказы Грина, связанные с его собственным, незаёмным опытом политической борьбы. Первая книжка новелл Грина называлась «Шапка-невидимка» (1908) и имела подзаголовок «Рассказы о революционерах». Автор проявлял в новеллах сочувствие к эсерам, но отвергал их идейные установки и авантюристические способы борьбы... Грин испытывал естественную жажду к романтическому и возвышенному. Показав себя тонким психологом и замечательным пейзажистом, писатель смело раздвинул узкие рамки скучной обыденности и обнаружил в окружающем поэзию «живую и ясную».

Необычайной силой воображения А.Грин вызывал к жизни никогда не существовавшие страны и города, чудесные события и героические характеры. «Алые паруса», «Блестящий мир», «Золотая цепь». Даже названия этих вещей писателя свидетельствуют о его удивительном взгляде на жизнь. Безудержный фантазёр и выдумщик, он жил «не по лжи», но был очень одинок, убеждая себя в том, что его внутренний мир способен был увлечь лишь немногих. Однако это было далеко не так! Грин не стал, а появился на свет ярким литератором и аристократом духа, а точнее сказать – ему необычайно повезло, что судьба одарила его замечательным талантом рассказчика удивительных историй. В его героях литературные бонзы усматривали нечто болезненное и даже умопомрачительное, но, может быть, именно подобное состояние интеллекта и души Грина подвигло писателя на сотворение собственного мира, метко названного Гринландией. Философы культуры считают, что кроме релятивистского времени существует ещё и время художественное... И в этом самом релятивистском времени давно скончавшийся Грин оказывается живее и плодотворнее ныне живущих реальной жизнью флистеров. Наш XXI век кто-то из философов окрестил временем больших обольщений и смут, усмотрев в качестве ключевой причины трагедии непрочитанных социумом великих книг. В том чис-

...В рассказе «Маньяк» лечащий врач встречается с умирающим пациентом-богачом, шутя советуя ему кардинально сменить обстановку и принимать безобидную целебную травку. Через несколько лет в кабинет этого врача входит пылуший здоровьем крепыш, чтобы поблагодарить доктора за выздоровление. Потрясённый медик убивает недавнего больного, чтобы на вскрытии выяснить причину столь чудесного исцеления и вызывает полицию, чтобы его самого задержали за совершённое страшное преступление.

Один из последних рассказов Грина носит название «Зелёная лампа». В нём повествуется о чуде вазомошного миллионера, заставившего за небольшие деньги зажечь на окне лампу в момент, когда он прогуливался с приятелями, хвастаясь тем, какого человека-автомата он нанял... Через много лет разорившийся экс-богач был спасён талантливым доктором, который выучился на врача благодаря деньгам, полученным за зажигание зелёной лампы на окне. Врач Филатр – один из персонажей «Бегущей по волнам» – предстаёт перед нами на первых же страницах романа. Любопытно, что Грин отверг 40 (!) вариантов начала этого произведения... И только в 41-м варианте главного героя подстерегло редкое заболевание, наступающее внезапно. Тут-то и вступает в повествование доктор Филатр, усмотревший в пациенте «причудливую трещину бессознательной сферы»...

Удивительно звучит своеобразное завещание писателя, высказанное устами Галерея в романе «Дорога никуда» (его неплохо бы повторять и медикам): «Никогда не бойся ошибаться, ни увлечений, ни разочарований бояться не надо... будь щедр. Бойся лишь обобщать разочарование и не окрашивай им всё остальное. Тогда ты приобретёшь силу сопротивляться злу жизни и правильно оценишь её хорошие стороны». Борис Чичибабин так сказал о творчестве Грина: «Но если станет вдруг вам ваша жизнь полынька, и век пахнёт чужим, и кров ваш обречён, послушайте меня, перечитайте Грина. Вам нечего терять, не будьте дурачком». Доктор филологии В.Казютинский из Института философии РАН сказал: «Нельзя, прочитав Грина, выпить пива и пойти на футбол или хоккей. Грин – для тех, кто ревностно оберегает свой внутренний мир от развязности и пошлости, нас окружающих».

Николай ПЕРЕСАДИН,  
профессор Бутурлиновского  
медицинского техникума.

Воронежская область.



Allons enfants de la Patrié,  
Le jour de gloire est arrivé!  
Contre nous de la tyrannie!  
L'étendard sanglant est levé (bis)  
(«Марсельеза»)

А ещё был случай

# Шпионки



Вы когда-нибудь гимн Франции слышали? Обязательно послушайте! Ничего не напоминает? Есть какие-то ассоциации? У русского человека просто не может не быть! Но вся эта история началась не с гимна и ассоциаций, а с плановой апрельской поездки во Францию с командой футболистов – юниоров. Из «необычного» было лишь то, что на сей раз ехали на восток Франции; в винодельческие районы, в «святая-святых»... Да ещё эскорт для одиннадцати Российских футболистов-юниоров был «усиленный»: вместе с «традиционными» двумя тренерами и двумя врачами (меня со Светкой) ехал ещё и... парикмахер! Вы не ослышались – именно парикмахер! Не из любви футболистов к парикмахерскому искусству, а из любви парикмахера к своим детям-футболистам! Возможно, именно появление в нашем коллективе такого «узкого специалиста» и сыграло решающую роль в этом приключении, а возможно, традиции населения винодельческих районов относятся доверчиво ко всему, что разлито в бутылки...

А в остальном – всё, как обычно... Их «футболисты-юниоры» – настоящие половозрелые мужчины. Российские спортсмены в пропорции к ним как лилипуты к Гулливерам. Наши травмированные колени и ахиллы, наши два проигрыша подряд...

Но русского человека злить нельзя, русские долго запрягают, но быстро едут! Третий по счёту матч увенчался долгожданной победой! Четвёртый и пятый решающий – тоже! Да, было что праздновать на заключительном вечере во французском спортивном клубе!

Мы не готовились к этому торжеству долго и тщательно – победа была желанной, но неожиданной. Но за тридцать минут из взмыленных российских врачей в потёртых спортивных костюмах мы со Светой превратились в обольстительных дам. Мы, конечно, и в предыдущие поездки возили с собой туфли на шпильке и немну-

щиеся бархатные платочки, приобретенные по случаю в «Луже» (на вещевом рынке в Лужниках). Да, возили, места в автобусном багажнике достаточно. Но не было «драйва», не было такой блистательной победы! И не было причёски... А теперь – креативные причёски были сооружены на наших головах за рекордно короткий срок с помощью простой пластмассовой расчёски, одноразовой вилки (!) и флакончика лака «Прелесть». Когда мы, два русских врача, через тридцать минут вышли из автобуса в одинаково обтягивающих чёрных платьях, в туфлях на шпильке, с макияжем и причёской... это был пенальти! И французские тренеры, восхищённо хлопая глазами, стоя в одном неслучайном ряду со своими коллегами-женщинами в спортивных костюмах с одной стороны и любимыми жёнами в джинсах и майках – с другой, они наш «мяч» пропустили! Это уже 4 : 2 в нашу пользу, во славу российского футбола!

Дальше – лучше... Помните, как у Михаила Жванецкого: «Но у нас с собой было...» Действительно

было. Мы дети своей страны, поэтому и правда было. Чисто русский презент, национальное угодение: водка, икра и баранки. На последние мало кто претендовал, а вот первые два...

Света, чувствуя интерес и поддержку в глазах французских мужчин, тут же организовала дружескую «дегустацию» подарков с распитием водки «на брудершафт». Хоть это и не русская традиция, а европейская, времён далёкого Средневековья, воспринята она была с удовольствием обеими сторонами. Наш парикмахер была на «разливе»: истинным французам – настоящую «Русскую», настоящим женщинам – минеральную без газа под видом «Белой». Молодец, ни разу не ошиблась!

Через час водка с икрой закончилась, но веселье продолжалось. Как там у Высоцкого: «...Но что б нам было с пяти бутылок...» Действительно, что! Но «Белой» угощались исключительно французы, привыкшие к своему ласковому Бургундскому. А тут – такой дерзкий, острый, экзотический напиток! От него весело кружится

голова и немного разъезжаются ноги. Но... русские дамы смело употребляют его в таких количествах! Не подобало настоящим французским мужчинам уступать...

Через час во Французском спортивном клубе уже никто особенно не горевал о проигрыше. Через час здесь все веселились, смеялись, обнимались и целовались! Когда грянул гимн – их гимн, – я сразу сообразила, что где-то я эту мелодию уже слышала. Света сразу слова вспомнила:

«Отречёмся от старого мира,  
Отряхнём его прах

с наших ног...»

Мы обнимались и пели с французами: они, конечно, по-французски, а мы – по-своему, по-русски, но, уверяю вас, – это никому не мешало. Мы пели об одном и том же, каждый на своём языке:

«Нам не надо златого кумира  
Ненавистен нам царский

чертог».

Какой гимн у них замечательный, «Марсельеза» называется. Так пахнуло от него родным революционным духом! Кстати, очень

похож на нашу «Отречёмся от старого мира» времён Февральской революции семнадцатого года... Да, это мы тогда по-братски позаимствовали упрощённый вариант музыки Клода Жозефа Руже де Лилия в лёгкой обработке Александра Константиновича Глазунова, да так и оставили себе на добрую память. А стихи – стихи точно наши, Петра Лаврова. Вы разве не чувствуете энергетику?

Мы не могли не петь с нашими французами – такие они были замечательные и обаятельные, такие родные и открытые, такие... джентльмены. Подняли нас на руки и «воодружили» на стол. Энергично постукивая по столешнице каблукками, так долго ждавшими своего часа, и размахивая руками в такт этой замечательной революционной песни, мы солировали с подружкой громко и самозабвенно:

«Вставай, поднимайся,  
рабочий народ!

Вставай на борьбу,

люди голодный!

Раздайся, клич мести народной!

Вперёд, вперёд,

вперёд, вперёд!..»

Впереди нас ждало утро... Встать тяжело было даже нам, не то что французам... Но несмотря на ранний подъём и несистемное головокружение, проводить русскую команду пришёл весь спортивный клуб. Улыбались, обнимались, целовали дамам ручки – французы же! Но напоследок всё же не выдержали, резюмировали: «Замечательные у вас, в России, врачи... Жаль, что шпионки... Точно шпионки – так владеют искусством перевоплощения, не пьянеют и знают наизусть гимн Франции. Ну и ладно, что шпионки; в России все замечательные, и шпионки тоже! Так что приезжайте ещё, ждём!»

Душевный французский народ, искренний и сердечный! И с ним нас объединяют не только спортивные интересы, но и славные революционные традиции, и любимые гимны.


Мы обязательно приедем! Не только спортивным клубом, мы к вам всей поликлиникой приедем! До встречи!

Любовь КОЛОСОВА,  
врач.

Москва.

СКАНВОРД																		
Жаба	Аквариумная рыба				Сад, Дели				Трасту-зумаб									
		Южное созвездие	Мастер мастеру не ...	Ринит, препарат	Озеро, Италия	Шарден, картина			Нежилая часть дома	Брат гиад	Овощ	Пальма	Ферстер, опера					
Колчан (стар.)	Амер. кардиолог			Мягкий металл			Родина Бетховена	"Би-рюк", перс.	"Бешеные деньги", перс.		Структ. единица (биол.)		Зрительный					
		Шерст. ткань			"Руби Джентри", реж.	Осельтамивир				Буква кириллицы	Рос. географ							
"Солнце в ...", Шишкин	Снасть, рей			Пианистка ... Лорно		Намеченный порядок	Доставка в одно место	Бугор (стар.)		Древнегреч. поэт								
		Клич		Вырабатывает пчела	Бельг. живописец	Османский офицер	Утка				"Тень", актер							
Витилиго	Музыка амер. негров	Осе-ледец	Англ. дворян. титул		Фигуристы ... и Васильев				Э Г М О Н Т Г		В	М	Т	Р	О	П		
Хан Сибирского ханства			Зем. мера, Китай	Город, Арханг. обл.			Крик		И Р Р И Э В К Л А З		Д	И	Ф	Д	А	Т	Е	А
Автор Валерий Шаршуков	Подземное убежище			Вонзиль под кожу					Я С О Н О Ч Е Р К А В Д Л О Р З З Ч									
									Т И Б С Е Н К И В А Н О Д Л И Н А Л Ю Д И									
									Б А Й Т Р А Ж И И Н Д Р А А К С А М О Н									
									Ф О З О Н У Р А Н М Р А Ш Т А Л Е Т О									
									Т Е С Л А И Г Л У Т А Б У Н									
									Н О Л Ы К А Д Р О Н Л У Г									
									Г Е А Н Н А Н И Щ Е Т А									

Ответы на сканворд, опубликованный в № 23 от 05.04.2017.

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

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.  
 Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.  
 Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.  
 Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.  
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).  
 «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru  
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА-М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-03-00451 Тираж 23 907 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегия – А.ПАПЫРИН.

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.