

## Трагедия

# Вахта бессонная и строгая...

При спасении жизней пострадавших в петербургском метро с медиками были отвага и профессиональная честь



Не только Россия, но и весь мир скорбит по жертвам теракта в петербургской «подземке»: 14 погибших и 62 раненых, 49 из которых остаются в больницах. В минувший понедельник днём на «синей» ветке метро между станциями метро «Технологический институт» и «Сенная площадь» смертник, чья личность уже установлена, привёл в действие самодельное взрывное устройство, начинённое металлическими шариками, гайками и саморезами. Третий по счёту вагон состава, где находился эпицентр взрыва, прибыл на перрон искореженным, уцелевшие пассажиры мужественно помогали стонущим раненым, их выносили в проёмы вывороченных дверей...

Сплачивались ли ещё так жители города на Неве, пережившего ужасы военной блокады, в последующие более чем семь десятилетий, как это случилось в дни «чёрного» апреля 2017 г.? Проявляли ли они столько стойкости, сострадания в почти безмятежное послевоенное время, целые кладези которых открылись всему миру через трагедию в петербургском метро? Добровольцы, крепкие молодые мужчины, спускались в задымлённое метро и вместе с профессиональными спасателями брались за носилки, поднимая лю-

Министр В.Скворцова уделила время журналистам

дей с тяжелейшими минно-взрывными травмами на поверхность. Безвозмездные доноры образовали очереди в пункты переливания крови в городских больницах. Таксисты и частные автоизвозчики до глубокой ночи бесплатно доставляли людей к домам...

При всём уважении к высокой гражданской позиции простых петербуржцев, которых как никогда объединила беда, нельзя не признать: профессионализм экстренных служб стал решающим фактором в «зачистке» последствий террористического акта. Это относится и к медикам...

Уже через 2 минуты после получения вызова первые машины городской станции скорой медицинской помощи были рядом с местом ЧП. Всего в оперативной эвакуации пострадавших с места трагедии было задействовано 42 бригады, 12 из них – реанимационные. Чётко координировали работу оперативный отдел центральной подстанции и отдел госпитализации под общим руководством главного врача доктора медицинских наук Алексея Бойкова. Любопытный факт: в конце лета прошлого года выездные бригады станции участвовали к комплексных тактико-специальных учениях по от-

работке действий в условиях чрезвычайной ситуации «Пожар в вагоне метро». Ну как не согласиться с пресс-секретарём городской ССМП Светланой Вахрушевой, напомнившей «Медицинской газете», что те тренировочные жизнеспасающие мероприятия на станции метро «Спортивная» оказались чрезвычайно полезны...

Каретам с красными крестами открывались ворота больницы независимо от их ведомственной принадлежности. Пострадавших приняли Санкт-Петербургский НИИ скорой медицинской помощи им. И.И.Джанелидзе, Мариинская больница, Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова Минобороны, городская больница № 26, Елизаветинская больница, Клиническая больница № 122 им. Л.Г.Соколова ФМБА России, детская городская больница № 19 им. К.А.Раухфуса. Больше всего раненых – 15 человек, причём самых тяжёлых, – было госпитализировано в НИИ, но уже скоро эта цифра возросла до 21. В первую ночь после трагедии пострадавшие поступали в приёмные отделения этой и других клиник, что называется, самотёком.

(Окончание на стр. 2.)



**Александр ДАНИЛОВ,**  
директор Воронежского  
территориального фонда ОМС:  
Система персонифицированного  
учёта в сфере ОМС должна быть  
экономичной.

Стр. 5



**Николай ЮЩУК,**  
академик РАН,  
президент МГМСУ,  
заведующий кафедрой  
инфекционных болезней  
и эпидемиологии:

Самые передовые технологии  
возможны только при грамотных,  
целеустремлённых кадрах!

Стр. 10–11

**Владимир КЛЕВНО,**  
начальник Бюро судебно-  
медицинской экспертизы  
Московской области, профессор:

Диагностика отравлений наркоти-  
ческими веществами в Подмоскowie  
заметно улучшилась.

Стр. 12



## Перемены

# Готовится ловушка для рака

В столичном сегменте медицинской отрасли начинает формироваться онкологическая сеть. Об этом сообщается на официальном портале мэра и правительства Москвы со ссылкой на руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексея Хрипуна.

«Онкологическая сеть формируется по всем направлениям: от профилактики – до диагностики и лечения. В городских поликлиниках есть все технические ресурсы и условия для раннего обнаружения рака у пациентов. Нам остаётся только завершить специфическое обучение врачей, к которым пациенты приходят в поликлиниках на первый приём и которые раньше всех могут заметить признаки болезни», – сказал А.Хрипун.

Глава столичного здравоохранения подчеркнул, что в настоящее время 400 врачей общей практики и амбулаторных терапевтов

обучили по курсу онкологической настороженности. Планируется, что обучение всех специалистов первичного звена завершится до конца нынешнего года.

Курс онкологической настороженности представляет собой теоретические знания о первых симптомах и признаках злокачественных новообразований и предраковых заболеваний. Кроме того, это особый профессиональный подход терапевта, который всегда помнит об онкологической угрозе и необходимости ранней диагностики болезни.

«Онкологическая настороженность поможет терапевтам после первого приёма верно направлять пациентов на более точную диагностику онкозаболевания», – отметил А.Хрипун. – В том случае, разумеется, если она необходима».

**Яков ЯНОВСКИЙ.**  
МИА Cito!

Москва.

## Новости

**Автоматическая связь —  
на службе дагестанской медицины**

Теперь водители службы скорой помощи смогут отслеживать наличие автомобильных заторов, а сами медицинские специалисты будут узнавать о новых вызовах и оперативно получать данные о пациентах прямо в дороге. Республика Дагестан стала первым регионом в Южном и Северо-Кавказском федеральных округах, где внедрена система автоматизированной работы скорой медицинской помощи. Она построена на основе технологий ГЛОНАСС и запущена в городах Махачкала, Дербент, Кизилюрт, Хасавюрт, Кизляр и Буйнаксск. Все сотрудники станций скорой помощи прошли обучение.

Специально разработанная программа для медиков и высокая скорость сети четвертого поколения позволяют в режиме реального времени узнавать о новых звонках, поступающих диспетчеру, строить оптимальные маршруты с учётом загруженности дорог и сообщать о состоянии больного и статусе вызова. Каждая бригада оснащена планшетом с доступом к медицинской карте пациента.

Как рассказал главный врач Дагестанского центра медицины катастроф Казанфар Курбанов, с помощью современного оборудования сократится срок прибытия бригад скорой помощи к больным. «Система сама предлагает наиболее короткий путь к месту вызова, при необходимости позволяет провести с бригадой сеанс аудио-видеосвязи», — отметил К. Курбанов.

Система автоматизированной работы скорой медицинской помощи внедрена в рамках контракта телеком-оператора с Министерством здравоохранения Дагестана. Главная её цель — упорядочить и ускорить работу служб скорой помощи.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА.

Махачкала.

**Пополнение в автопарке «скорой»**

Автопарк скорой помощи Владикавказа пополнился новыми автомобилями. Как пояснил главный врач станции скорой медицинской помощи Минздрава Республики Северная Осетия — Алания Астан Митциев, 3 автомобиля находятся в отличном состоянии, они уже полностью переоборудованы для работы медицинских бригад и в ближайшее время выйдут на линию. Поскольку машины оборудованы дизельными двигателями, их эксплуатация будет более экономичной, кроме того, они более комфортабельны — и для медиков, и для пациентов, что весьма важно при перевозке тяжёлых больных.

Роман НАЗАРОВ.

Республика Северная Осетия — Алания.

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

## События

**Чтобы снова чувствовать жизнь...**

Для этого детям предоставляются самые современные тренажёры

**В Свердловской областной детской клинической больнице № 1 состоялось торжественное открытие специализированного кабинета для реабилитации детей с ревматическими и другими хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.**

Открытие кабинета, которое было реализовано в рамках программы «Больше, чем реабилитация», осуществляемой Межрегиональной благотворительной общественной организацией, ознаменовало собой новый этап в лечении детей с ревматическими заболеваниями.

— С созданием этого кабинета маленькие пациенты Свердловской области получили возможность уже в процессе лечения начать реабилитацию на оборудовании, отвечающем современным стандартам, — пояснил главный врач больницы Олег Аверьянов. — Чтобы качество их жизни не отличалось от сверстников, нужны определённые условия, и поддержка общества в данном вопросе имеет огромное значение.

Благодаря успехам опытных врачей, заботливых родителей и современной терапии дети могут забыть о боли и вернуться к полноценной жизни.



Идут занятия в новом кабинете

— Как показывает мировой опыт, для достижения прогресса в лечении пациенты с ревматическими болезнями нуждаются в особом подходе и пристальном внимании. Они должны быть обеспечены современными эффективными лекарственными препаратами, а также

иметь своевременный доступ к реабилитационным мероприятиям. Чем раньше мы начнём реабилитацию, тем больших успехов сможем добиться, — отметила заведующая отделением, главный детский ревматолог Свердловской области Аделина Рахимова.

— Для успешного преодоления болезни необходима полноценная реабилитация, включающая в себя разработку суставов, массаж, различные игры и тренажёры. С оснащением кабинета у нас появилась возможность применять современные и эффективные методы, — рассказала руководитель отделения восстановительного лечения детской больницы главный реабилитолог области Инга Плотникова.

Дети уже начали активно осваивать упражнения и тренажёры и с удовольствием выполняют все указания врачей.

Ранее реабилитационные кабинеты были открыты в клинических центрах Благовещенска, Волгограда, Иркутска и Челябинска, а в ближайшее время появятся в Ленинградской области, Ставропольском крае и Республике Саха (Якутия).

Елена ПИКИНА.

МИА Cito!

## Трагедия

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Взрыв в петербургском метро отозвался эхом бессонных ночей для врачей не только Северной столицы, но и Москвы. Прибывшая в Санкт-Петербург для координации медицинской помощи пострадавшим в ночь с 3 на 4 апреля министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова руководила видеоселекторными совещаниями из Балтийского центра телемедицины, являющегося подразделением НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе. На связи с ней, находясь в стенах Института хирургии им. А.В.Вишневского, были два главных специалиста Минздрава. Разбирались клинические случаи самых сложных пациентов из института скорой помощи и Мариинской больницы. Консилиум следовал за консилиумом и днём и ночью. Сразу после одного из них, уже с участием руководителей Национального научно-практического центра нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко и ВЦМК «Защита», министр выкрикнула время сообщить следующее:

— Пострадавшие осматриваются лучшими специалистами города и страны. Помощь оказывается в полном объёме, все необходимые операции проведены, недостатка в лекарствах и препаратах крови нет. Закончившийся консилиум был посвящён обсуждению деталей того, как максимально помочь пациентам с черепно-мозговыми травмами и поражением спинного мозга. У нас есть тяжёлая пациентка с разрывом одной из позвоночных артерий и полным поражением спинного мозга на шейном уровне, у неё паралич рук и ног. На консилиуме мы решили привлечь дополнительные нейрофизиологические методы, для того чтобы посмотреть проходимость нитей спинного мозга...

**Вахта бессонная и строгая...**

В хирургической реанимации НИИ скорой помощи медицинский персонал не отходит от постели пострадавшей в метро

Глава Минздрава указала на рядом стоящего с ней генерального директора НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе Валерия Парфёнова:

— Достаточно сказать, что Валерий Евгеньевич лично сумел остановить кровотечение у молодой женщины, когда она потеряла 3,5 л крови, ему удалось эмболизировать сосуд. Это эксклюзивный случай — как правило, врачи не успевают провести ангиографию при таком массивном кровотечении, выявить источник...

...Бессонный и строгий караул медиков у постелей тяжелораненых жертв теракта продолжается. Пока писал эти строки, стало известно, что министр МЧС России пообещал представить к наградам

показавших себя с лучшей стороны в петербургском метро спасателей. Сообщается и о том, что трое сотрудников метрополитена, включая машиниста подорванного электропоезда, а также сотрудник ОМОНа, который разминировал самодельную бомбу на станции «Площадь Восстания», получили знаки отличия. Петербургские медики — единственные из числа спасателей человеческих жизней, кто пока не вытер пот со лба и не выдохнул облегчённо, поскольку они не закончили нести свою тяжёлую вахту...

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора.



Горожане несут цветы к импровизированному мемориалу на станции метро «Сенная площадь»

Инициатива

## Открывая двери детству

В Российской детской клинической больнице Минздрава России стартовала реабилитационная программа «Открывая двери детству», которая реализуется Фондом реабилитации детей, перенёсших тяжёлые заболевания. Её цель – психосоциальная поддержка маленьких пациентов, проходящих лечение от тяжёлых заболеваний, а также их родителей, переживающих непростой жизненный период.

Первое мероприятие волонтеры фонда провели для 11 семей, чьи дети сейчас находятся на госпитализации в отделении по пересадке почки. На организованном для пациентов мастер-классе по

изготовлению игрушек из фетра дети и родители учились делать брелоки, магниты и подвески. Творческое занятие отвлекло участников от проблем и позволило провести время вместе с пользой и удовольствием.

Команда фонда будет посещать детскую больницу 2 раза в неделю. В планах – увеличение количества отделений, в которых будут проходить мероприятия.

Старт программы, построенной по модели терапевтической рекреации, на базе детской больницы – это ещё один шаг на пути повышения качества реабилитационного процесса в стране. В отличие от уже существующих проектов при её реализации особое внимание будет уделено

совместной работе детей и родителей. Взрослым ведь порой нужна не меньшая психологическая поддержка – зачастую именно от их эмоционального состояния зависит настроение ребёнка и его вера в выздоровление.

Программа «Открывая двери детству» поможет улучшить эмоциональное состояние пациентов во время лечения, а также преодолеть негативные психосоциальные последствия больничной изоляции и быстрее адаптироваться к деятельности в обществе.

Кристина МОРОГИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Проекты

## Земских медиков становится больше

Губернатор Ульяновской области Сергей Морозов вручил денежные сертификаты первым участникам программы «Земская медицинская сестра».

«В регионе утверждена Концепция развития сельского здравоохранения до 2020 г., в соответствии с которой продолжатся ремонт и модернизация медицинских объектов, строительство новых фельдшерско-акушерских пунктов, закупка оборудования, – сказал губернатор. – Но главной составляющей всё-таки остаются медицинские специалисты, над привлечением в отрасль которых мы постоянно работаем. В реги-

оне с 2011 г. благодаря успешной реализации Федеральной программы «Земский доктор» в сельские больницы трудоустроено более 270 врачей. Каждому из них выплачено по миллиону рублей. Действие программы позволило повысить укомплектованность врачебными кадрами в сёлах на 16%. Но мы на этом не остановились и для привлечения специалистов в ФАПы на региональном уровне запустили программы «Земский фельдшер» и «Земская медицинская сестра».

Чтобы помочь медикам обустроиться и закрепить их на селе, участникам программ выплачивается по 500 тыс. руб. из регио-

нального бюджета на улучшение жилищных условий.

С 2017 г. должны запустить четвёртую кадровую программу «Здравоохранение в малых городах» для привлечения врачей в отдалённые районы», – отметил С.Морозов.

В ходе торжественной встречи губернатора с медиками сертификаты получили четыре участницы программы «Земская медицинская сестра». Также глава региона вручил сертификаты трём участникам проекта «Земский фельдшер».

Виктория ГУРСКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Начало

## В нужное время в нужном месте

В столице Чеченской Республики, в Грозном, состоялось торжественное открытие клиники пограничных состояний Ставропольского государственного медицинского университета. Учреждение будет специализироваться на оказании помощи пациентам, страдающим стрессами, неврозами, депрессиями, психосоматическими расстройствами, синдромом хронической усталости, нарушениями сна и подобными состояниями.

Можно сказать, что открытие клиники именно такого профиля и именно в этом месте продиктовано временем: в новейшей истории России Чеченская Республика и Северный Кавказ в целом пережили две военные кампании. По сути, выросло уже целое поколение людей, «родившихся на

войне». Совершенно естественно, что всё это не могло не сказаться на их психическом состоянии. В прежние времена такие пациенты получали медицинскую помощь в Ставрополе.

Об актуальности события говорили и почётные гости, присутствующие на церемонии открытия клиники: руководитель администрации главы и правительства республики Султан Тагаев, заместитель председателя правительства Чечни Шахид Ахмадов, министр здравоохранения республики Эльхан Сулейманов.

Выступая с ответным словом, директор клиники пограничных состояний СтГМУ, заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Игорь Боев, сказал следующее: «Население Чечни и Северного Кавказа нуждается в оказании специализированной помощи.

Сегодня наша общая задача – организовать её на высшем уровне, внедрять современные лечебные и диагностические технологии, а также готовить высокопрофессиональных специалистов для республики, которые смогут оказывать помощь больным людям».

После официальных выступлений Ш.Ахмадов вместе с И.Боевым приняли участие в ознакомительной экскурсии по клинике.

На первых порах здесь предполагается оборудовать 30 койко-мест в круглосуточном стационаре и 20 – в дневном. Далее возможности клиники будут расширяться по мере необходимости с учётом жизненных потребностей граждан республики.

Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Грозный.

Решения

## Полугодовой запас лекарств

Министерством здравоохранения Омской области проведены конкурсные мероприятия на оказание услуг по льготному лекарственному обеспечению и на приобретение льготных лекарственных препаратов для населения в объёме полугодовой потребности. Заключены государственные контракты на поставку лекарственных препаратов и услуг на 645 млн руб.

Как сообщила заместитель министра регионального Минздрава Людмила Шукиль, с текущего года льготным категориям граждан отпущены лекарственные

препараты по 134 351 рецептам на сумму 221,86 млн руб., а также создан их полугодовой запас. А запас, издавна известно, карман не тянет. Для удобства

жителей получить необходимые лекарства можно в аптеках, расположенных в каждом административном округе города и 32 муниципальных районах. Вопросы льготного лекарственного обеспечения находятся на постоянном контроле Министерства здравоохранения региона.

Николай ВАСИЛЬЕВ.

Омск.

Угроза

## Ещё одно нападение!

И снова медицинское сообщество Кубани содрогнулось, сопереживая коллеге. На медсестру бригады скорой медицинской помощи Новороссийска, женщину, отдавшую более 50 лет жизни службе на благо людям, прямо во время вызова напал пациент.

По сообщению Минздрава Краснодарского края, «скорая» приехала к мужчине, которому, по свидетельству очевидцев, стало плохо. Фельдшер и медсестра бригады «103» приступили к осмотру и попытались выяснить данные пациента. Внезапно он стал крайне агрессивным и после словесных оскорблений набросился на медицинскую сестру и стал наносить ей удары кулаками по голове. Прохожие оказали помощь, вызвали правоохранителей, и мужчину увезли в полицию, но к тому моменту он уже успел нанести медсестре «скорой помощи» серьёзные повреждения. Сейчас женщина госпитализирована с диагнозом сотрясение головного мозга, закрытая черепно-мозговая травма. Врачи оказывают ей всю необходимую помощь.

Анапа, Темрюк, Геленджик, Краснодар, Сочи, а теперь и Новороссийск... Пожалуй, пора отмечать на карте края города, в которых позволяют себе нападать на тех, кто спасает жизни несколько раз за рабочий день. В Геленджике водитель представительной иномарки избил водителя и фельдшера «скорой» только за то, что машина с красным крестом якобы мешала проезду. Неизвестные во дворе одного из краснодарских домов стреляли по автомобилю скорой помощи, пока врачи занимались лечением пациента.

В Сочи молодой фельдшер попал в реанимацию после конфликта с водителем автомобиля, не пожелавшим уступить дорогу карете скорой помощи.

Всего за последние 2 года в крае зарегистрировано более 50 случаев такой преступной наглости.

Краснодарская краевая общественная организация медицинских работников, членом которой является и министр здравоохранения Евгений Филиппов, продолжает оказывать правовую поддержку всем нуждающимся в ней медикам, занимается юридическим сопровождением в защиту пострадавших при исполнении своего долга.

Руководитель организации Дмитрий Любченко неоднократно говорил, что врачи, фельдшеры, медсёстры, водители должны быть защищены от нападений законом, и в этом заинтересован каждый, к кому они ежедневно спешат на помощь.

И на этот раз, в случае с избиванием в Новороссийске, специалистами общественной организации медицинской сестре будет оказана вся необходимая правовая поддержка.

«Это не допустимо! Медсестра выполняла свой профессиональный долг и попала на больничную койку. Мы сделаем всё возможное для того, чтобы не дать виновному уйти от ответственности. Наши юристы уже начали заниматься этим делом. А коллеге всё медицинское сообщество Кубани желает крепкого здоровья», – отметил Дмитрий Александрович.

Аревик ТАМРАЗЯН,  
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

Однако

## Вне закона



Два центра китайской медицины закрыли в Москве после проверки Росздравнадзора, в ходе которой были выявлены многочисленные нарушения законодательства. Об этом сообщили в контрольном ведомстве.

В проверенных организациях обнаружены грубые нарушения законодательства: к работе привлекались иностранные граждане, не имеющие документов, подтверждающих их уровень образования и право осуществлять деятельность в сфере здравоохранения на территории РФ; использовались недизделия, не прошедшие экспертизу качества, эффективности и безопасности.

Материалы проверки переданы в суд, который приостановил деятельность организации.

Росздравнадзором также была проверена деятельность ещё одного центра китайской медицины, в ходе которой было установлено, что он работал с «грубыми нарушениями российского законодательства». По результатам проверки возбуждены административные дела. Арбитражный суд Москвы вынес решение о привлечении медорганизации к административной ответственности и назначил штраф в 50 тыс. руб. Гражданин Тунисской республики, работавший в центре массажем, оштрафован и отправлен за пределы РФ.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

Москва.

## В чрезвычайных условиях

Пожалуй, наивысшей оценки заслуживает организация медицинской помощи 28 пассажирам экскурсионного автобуса, перевернувшегося утром на федеральной трассе «Скандинавия». Благодаря оперативному и чёткому взаимодействию разных служб и ведомств – бригад «скорой», пожарных, санитарной авиации, Главного управления МЧС по Ленинградской области и лечебных учреждений, в том числе федерального уровня, медицинские последствия дорожно-транспортной катастрофы в 16 км от многостороннего автомобильного пропуска у посёлка Брусничное были минимизированы.

В транспортном средстве, водитель которого не справился с управлением вблизи границы с Финляндией, находился 31 человек – сотрудники Санкт-

## Спешили к автобусу вертолеты...

Петербургского городского водоканала. Накануне Дня бытового обслуживания населения и коммунального хозяйства профсоюз предприятия решил подарить активистам автобусный вояж в финский город Лаппеенранта. Для трёх туристов-женщин он стал последним в жизни после того, как автобус занесло на льду, и тот опрокинулся в кювет. Трагедия произошла в половине девятого утра. А ещё спустя 9 минут губернатор Ленинградской области Александр Дрозденко лично набрал номер телефона руководителя вертолётного центра «Хели-драйв» – оператора проекта «Санитарная авиация» в Северо-Западном федеральном округе, что реализуется в рамках госу-

дарственно-частного партнёрства при поддержке Минздрава России.

Поэтому практически одновременно с дежурной сменой выборгских пожарников и каретами скорой помощи задание на прибытие в район ЧП с человеческими жертвами получили винтокрылые машины «Медспаса», а также 2 вертолёта авиационно-спасательного центра Северо-Западного регионального центра МЧС РФ – КА-32, оборудованный медицинским модулем, и вместительный МИ-8. В Выборгскую межрайонную больницу «скорыми» были доставлены 28 пассажиров автобуса, а 2 – попутным транспортом.

Как разворачивались события в лечебном учреждении, первым принявшим раненых?

Отвечая на вопрос корреспондента «МГ», главный врач Ирина Исмаилова сообщила, что в целях определения оценки состояния массово поступивших пациентов, высококвалифицированного проведения им необходимых лечебно-диагностических пособий и для дальнейшего медицинского сопровождения пострадавших в межрайонную больницу прибыли вертолётными «бортами» из Ленинградской областной клинической больницы реаниматолог, два нейрохирурга, травматолог и хирург. Шестеро человек из числа осмотренных не нуждались в какой-либо медицинской помощи, пятерым назначено амбулаторное лечение; по остальным, с сочетан-

ными травмами разной степени тяжести, было принято решение без замедления перевести в клиники Санкт-Петербурга. Отчасти потому, что все пострадавшие в ДТП являются жителями Северной столицы, но главным образом – по медицинским показаниям.

Наиболее тяжёлых 12 пациентов, уже транспортированных из Выборга в мегаполис вертолётами медицинского назначения, взяла на себя Ленинградская областная клиническая больница. К борьбе за здоровье и жизни петербургских туристов подключены также специалисты Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова и Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

Владимир ВЕНИАМИНОВ.  
МИА Сити!

Выборг – Санкт-Петербург.

## Тенденции

## Выздоровливают чаще

Потому что доктора ориентируются на раннее выявление онкопатологий

В регионах Южного федерального округа после зимнего перерыва возобновились выездные мероприятия по профилактике онкологических заболеваний. В Ростовской области состоялся бесплатный выездной приём, организованный совместными усилиями Ростовского научно-исследовательского онкологического института и Министерством здравоохранения области.

На базе поликлиники ЦРБ Октябрьского района бесплатные консультации проводили 8 специалистов РНИОИ: онкопульмонолог, онкоуролог, онкомамолог, онкогинеколог, онкодерматолог, нейрохирург, абдоминальный онколог и специалист по опухолям головы и шеи. На приём к ростовским онкологам пришли 176 жителей района, у 20 из них выявлены подозрения на онкозаболевания. Большинство случаев – новообразования кожи, молочной железы и репродуктивной системы.

Бесплатные онкологические консультации в донском регионе проводятся с 2015 г. по соглашению РНИОИ с Минздравом Ростовской области. Акция направлена на раннее выявление онкопатологий. Как известно, на первой стадии излечиваются 90% онкозаболеваний. За 2 года



Олег Кит – главный специалист-онколог Южного федерального округа

на Дону первичную диагностику онкологов получили свыше 4 тыс. жителей отдалённых территорий, у 10% пациентов были выявлены злокачественные новообразования.

Выездные мероприятия по онкопрофилактике регулярно проводятся и в других регионах ЮФО. Наряду с выездными приёмами в специализированных онкологических учреждениях организованы «дни открытых

дверей», «Декадни по профилактике онкологических заболеваний», «Недели мужского и женского здоровья».

– Выездные мероприятия не только повышают выявляемость онкозаболеваний. Также специалисты онкологических медицинских организаций проводят обучение по онконастороженности врачей смежных специальностей на местах. Проанализировав результаты лечения онкоболь-

ных, мы пришли к выводу, что пациенты, получившие помощь в специализированных учреждениях, выздоравливают чаще и живут с более высоким качеством жизни, – отметил главный специалист-онколог в ЮФО, директор РНИОИ, член-корреспондент РАН, профессор Олег Кит.

Алла МЫСНИК,  
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.



Консультации онкологов РНИОИ

## Профилактика

В Омской области для проведения комплексного обследования ветеранов Великой Отечественной войны и труженников тыла организована работа выездных бригад врачей.

Диспансерные осмотры и медицинская помощь ветеранам войны и лицам, к ним приравненным, которые не в состоянии прийти в поликлинику на приём к врачу, будут проводить на дому специалисты выездных врачебных бригад. Такие мобильные команды в белых халатах сформированы на базе 59 омских учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и Госпиталя

## Врач приходит к ветерану

Для этого сформированы выездные бригады

для ветеранов войн. Первые выезды начались в начале марта, продлятся они до майских победных праздников.

В состав выездной бригады входят терапевт, невролог, офтальмолог, хирург, медсёстры. Техническое оснащение также формируется, исходя из объёмов диспансерного осмотра, и предполагает наличие тонометра, портативного аппарата ЭКГ, расходного инструмента-

рия для забора биологического материала на анализы, набора для измерения внутриглазного давления, портативного аппарата для проведения УЗИ брюшной полости и, разумеется, укладки с лекарственными препаратами для оказания неотложной медицинской помощи.

Отметим, что специалисты осматривают ветеранскую гвардию с проведением лабораторных и инструментальных исследований

в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения РФ. Всего в 2017 г. в Омской области, по данным регионального Минздрава, планируется провести комплексное обследование более 5 тыс. ветеранов.

К слову, в минувшем году диспансеризацию прошли 5134 участника и инвалида Великой Отечественной войны. По результатам обследований и по показаниям некоторые ветераны

были направлены в лечебно-профилактические учреждения для амбулаторного и стационарного лечения. Основную медицинскую помощь они получают в областном Госпитале ветеранов войн, который укомплектован высококвалифицированными кадрами и современным оборудованием. В структуре этой многопрофильной ветеранской клиники, – консультативная поликлиника, гериатрический центр, диагностическая служба и три лечебных отделения – терапевтическое, хирургическое и неврологическое.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

## Деловые встречи

## В преддверии сезона

Междисциплинарная конференция «Современный взгляд на решение проблемы заболеваний верхних и нижних дыхательных путей» состоялась в Московской школе управления «Сколково». В её работе приняли участие более 600 специалистов в области оториноларингологии, аллергологии, пульмонологии и педиатрии.

– Аллергология – междисциплинарная, интегральная специальность, поэтому в данной области медицины особенно важно сотрудничество врачей различного профиля, – подчеркнула вице-президент Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов, главный врач Института иммунологии ФМБА России, профессор Наталья Ильина.

– Обсуждение вопросов диагностики и врачебной помощи страдающим аллергическим ринитом как никогда актуально в преддверии сезона цветения, – отметила заместитель директора Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России профессор Ольга Карнеева.

По словам главы Департамента пульмонологии и неотложной медицины Ростовского университета (Германия) профессора Иоганна Кристиана Вирхоу, одним из наиболее эффективных способов борьбы с болезнями верхних дыхательных путей аллергической этиологии сегодня считается применение современных интраназальных глюкокортикостероидов, – отметил Кристиан Вирхоу в своём докладе «Сезонная респираторная аллергия: можно ли улучшить результаты лечения».

Валентина ЗУЕВА.

Москва.

В Совете Федерации недавно обсуждался актуальный вопрос о персонифицированном учёте в сфере обязательного медицинского страхования. В Правительство РФ направлено обращение о подготовке законопроекта об изменениях в отдельных законодательных актах, которые должны способствовать снижению нагрузки на бюджеты субъектов Федерации. Речь идёт о выявлении неработающих граждан трудоспособного возраста и уплаты страховых взносов на ОМС этой категории застрахованных лиц. Об этой назревшей проблеме с директором Воронежского территориального фонда ОМС Александром ДАНИЛОВЫМ беседует специальный корреспондент «МГ» Галина ПАПЫРИНА.

– Выступая на «круглом столе» в Совете Федерации, вы чётко обозначили ситуацию, которая разрешима лишь на государственном уровне. Ваши доводы, Александр Валентинович?

– Для Воронежской области с численностью застрахованного по ОМС населения 2326,3 тыс. при доле неработающих 62,9% задача выявления неработающих граждан трудоспособного возраста и уплаты ими страховых взносов на ОМС крайне актуальна.

По данным Пенсионного фонда России за IV квартал 2016 г., численность работающих на территории составила 812 тыс. человек, из которых в региональном сегменте единого регистра застрахованных (ЕРЗ) идентифицировано 761 тыс., в центральном сегменте ЕРЗ Федерального фонда ОМС – 101 тыс., итого – 862 тыс. (разницу в 5 тыс. составили работающие в регионе жители других субъектов РФ).

По сведениям ЗАГС за 2016 г., из регионального сегмента единого регистра застрахованных выведено 34 тыс. неактуальных полисов, по данным территориальных фондов и иных субъектов – 234 полиса.

Сверка с силовыми структурами и медицинскими организациями выявила 811 аттестованных служащих, имеющих полисы ОМС. Самостоятельно страховые компании обнаружили у 197 аттестованных служащих.

Как видно из приведённых сведений, система учёта застрахованных лиц в сфере ОМС высокоэффективна. Созданный Федеральным фондом ОМС единый информационный ресурс обеспечивает корректный учёт и актуализацию сведений о застрахованных лицах для целей обязательного медицинского страхования.

Изъяны в учёте застрахованных лиц по категории «неработающие» не зависят от качества информационного обмена в сфере ОМС, но являются следствием недобросовестного (незаконного) получения полисов отдельными гражданами либо их невозврата при изменении статуса.

В Воронежской области проблема выявления и учёта неработающих граждан трудоспособного возраста находится на личном контроле губернатора Алексея Гордеева. В её решении участвуют заместители губернатора и ряд департаментов областного правительства, в частности, департаменты труда и занятости и экономического развития. Осуществляется информационный обмен с государственными организациями – держателями персональных данных. Кроме того, территориальный ФОМС совместно с управлением по взаимодействию с административными и военными органами правительства области осуществляет взаимодействие с руководителями территориальных органов силовых структур с целью выявления аттестованных служащих, незаконно получивших полисы ОМС, и снятия их с учёта в региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц.

По состоянию на 1 апреля 2016 г. перечисленные меры позволили перевести из категории «неработающие» более чем 15 тыс. человек и снизить нагрузку на областной бюджет в прошедшем году на 99,4 млн руб., а за два последних года – на 112,6 млн.

В связи с передачей в 2017 г. функций контроля за уплатой страховых взносов на ОМС из Пенсионного фонда РФ в Федеральную налоговую службу организовано информационное взаимодействие между Управлением ФНС РФ по

численности этой категории лиц, по некоторым оценкам, только в Воронежской области достигает 150 тыс. человек. Сюда входят имеющие доход, но неработающие, либо занятые в теневом секторе экономики лица. Медицинскую помощь им финансирует субъект РФ в составе взносов за неработающее население, что действительно справедливо: задача трудоустройства/легализации доходов населе-

необходимо чётко представлять, как она может быть реализована на территориальном уровне, дабы максимально учесть региональную специфику и избежать ненужных издержек в процессе внедрения в императивном порядке.

В ближайшие годы ряд стран, в число которых входит и Россия, столкнутся с проблемой возрастающей потребности в услугах здравоохранения и медико-соци-

граммы ОМС контингенту взрослых трудоспособных неработающих граждан в зависимости от внесения соплатежа на ОМС с использованием в качестве основного идентификатора застрахованного лица «бинарного» полиса ОМС.

– В этом и заложен основной смысл концепции?

– Фундаментальный принцип страхования – «участуй или плати».

ОМС: реальность и перспективы

# На пути оптимизации расходов

Как совместить общественную солидарность и личную ответственность



Воронежской области и территориального фонда ОМС в части предоставления сведений о работающих застрахованных лицах.

– Как следует из ваших слов, совершенствование системы персонифицированного учёта в сфере ОМС – задача вполне перспективная. Но прежде чем перейти к конкретным шагам, что нужно, на ваш взгляд, учесть?

– Система учёта должна быть экономичной. Наименьшие издержки влечёт использование существующих систем учёта, например, пенсионной или налоговой. Но и они не обеспечивают 100% достоверный результат для целей ОМС. Это возможно только на основе одного критерия – уплаты/неуплаты страхового взноса за каждого застрахованного (природа страхового платежа в корне отличается от налогового, так как носит возмездный характер). Однако из пенсионного учёта сегодня, например, выпадают судьи, которые не уплачивают взносы на государственное пенсионное страхование. Территориальный ФОМС в инициативном порядке проводит систематическую работу по переводу застрахованных на территории области судей из категории «неработающие» в «работающие» на основании поимённых списков, предоставляемых работодателем. В 2016 г. это принесло для областного бюджета 6 млн руб. экономии.

Модификация системы персонифицированного учёта на основе данных об уплате страховых взносов на ОМС каждого работающего застрахованного (сейчас взносы начисляются на общий фонд оплаты труда) позволила бы радикально изменить ситуацию. Но будут ли оправданы сопутствующие административные издержки – это вопрос. Ведь совершенствование учёта не решит главную проблему – проблему неплатежей взрослых трудоспособных неработающих граждан, другими словами, проблему социального иждивенчества в сфере ОМС.

– Это прерогатива субъекта. Перенос ответственности за эту категорию лиц на систему ОМС снизит её финансовое наполнение. Средства ОМС ограничены сверх объективным размером тарифа страховых взносов. Уплата взноса по минимальному тарифу, например, за неофициально занятых лиц, если они перейдут в категорию самозанятого населения, уделит программу госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Рычагов воздействия на теневую занятость в системе ОМС нет.

Предлагаемые законодательные новации по совершенствованию персонифицированного учёта в сфере ОМС перенесут ответственность с субъекта РФ на систему ОМС, но не дадут, на наш взгляд, ожидаемого результата.

– Вы правы, развитие системы учёта для целей оптимизации бюджетных расходов в целом не представляется эффективной мерой. К тому же качественный учёт населения в разрезе категорий экономической активности требует значительных административных издержек. А что предлагает ваш фонд?

– Мы участвуем в разработке региональной концепции бинарного полиса ОМС. В её основе лежит механизм учёта и дифференциации доступа застрахованных лиц к услугам в объёме территориальной программы ОМС в зависимости от внесения страховых взносов на основе электронного страхового полиса.

– Приветствуя совершенствование учёта в системе ОМС, что всё-таки заставило территориальный фонд искать новые подходы?

– В опубликованных Минфином России «Основных направлениях бюджетной политики на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.» отмечалось, что в целях обеспечения сбалансированности финансовой системы обязательного медицинского страхования предлагается введение соплатежей пациентов за часть видов медицинской помощи для всех неработающих граждан (они определены пунктом 5 статьи 10 Федерального закона), кроме детей, пенсионеров и зарегистрированных безработных из расчёта 18% от тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения.

Сегодня страховые взносы в систему ОМС за неработающих граждан платят региональные бюджеты. Но отчисления в территориальные фонды ОМС за счёт взносов работодателей в условиях экономического кризиса будут сокращаться. Правительство РФ уже сейчас обдумывает, какие меры предпринять для того, чтобы не произошло резкого снижения качества оказания медицинской помощи. Независимо от возможных сроков начала реализации инициативы Минфина России, а у неё, судя по всему, нет альтернативы,

в этих условиях улучшение деятельности системы здравоохранения следует искать не только в наращивании расходов, но и в реформировании финансирования данной сферы, в том числе выборе источника дополнительного финансирования медицинской помощи, способного повлиять на её эффективность. Как показывает международный опыт, соплатежи на ОМС трудоспособных неработающих граждан не только восстановят принцип общественной солидарности в финансировании медицинской помощи, но и будут содействовать переходу к более эффективной системе здравоохранения, ориентированной на менее затратные виды помощи (амбулаторное лечение, стационарозамещающие технологии и т.п.)

Примерно в половине стран Западной Европы в системе общественного здравоохранения предусматривается участие пациентов в расходах в случае первичного приёма и примерно в половине – участие в расходах в процессе стационарного и специализированного амбулаторного лечения. При этом практически везде суммы, доплачиваемые пациентами, ограничены установленными максимально допустимыми размерами. Также стоит обратить особое внимание на опыт союзной Белоруссии, где Указом Президента республики с трудоспособных, но официально неработающих граждан для предупреждения их социального иждивенчества взимается специальный сбор. В то же время в РФ подобного опыта нет.

В своё время в порядке эксперимента на территории Сочи предпринимались отдельные попытки введения соплатежей на ОМС взрослых трудоспособных неработающих граждан, однако они носили локальный характер и действовали на протяжении непродолжительного временного интервала, хотя продемонстрировали достаточно высокую экономическую эффективность и не вызвали социального напряжения среди указанного контингента.

Противники данной идеи категорически отрицают саму возможность введения такой формы, ссылаясь на нарушение 41 статьи Конституции РФ, согласно которой каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь, которая оказывается гражданам бесплатно в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения за счёт средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Бесплатность здесь возводится в некий абсолют.

Хочу обратить внимание на один принципиальный момент: как сторонники, так и противники идеи соплатежей отмечают её наиболее слабое место – отсутствие механизма взимания оплаты. С нашей точки зрения, механизм такой есть. В его основе лежит принцип дифференциации доступа к услугам в объёме территориальной про-

граммы ОМС контингенту взрослых трудоспособных неработающих граждан в зависимости от внесения соплатежа на ОМС с использованием в качестве основного идентификатора застрахованного лица «бинарного» полиса ОМС. Термин «бинарный», как известно, происходит от слова «bi» – два – и обозначает двоичный, двухкомпонентный. Бинарный полис ОМС – это документ, подтверждающий право гражданина РФ на получение бесплатной медицинской помощи в объёме программы ОМС, разделённой на два основных компонента (А и Б). Так, перечень А включает всю жизненно важную медицинскую помощь, а Б – остальные услуги, предусмотренные территориальной программой ОМС. Право на получение услуг по компоненту А распространяется на всех граждан независимо от их социального статуса, что сразу снимает возражения противников данного предложения, усматривающих ущемление прав граждан. Право получения услуг в объёме компонента Б взрослыми трудоспособными неработающими гражданами должно приобретаться солидарным участием в общественном страховании в форме личного соплатежа. Это и есть единый полис ОМС, выдаваемый всем гражданам РФ независимо от их социального статуса.

– Какие ещё особенности заложены в концепции?

– Основное требование к «бинарному» полису ОМС – наличие микрочипа с возможностью хранения информации о текущем статусе застрахованного лица с позиции его экономической активности и сроке действия компонентов полиса, исходя из даты внесения соплатежа. В рамках переходного периода возможна иная технология взаимодействия, в основе которой должен лежать постоянный обмен информацией о статусе каждого гражданина данной категории в момент обращения за получением им медицинских услуг в медицинском учреждении, участвующем в реализации территориальной программы ОМС.

– А что в заключение?

– Конечно, предложенная концепция не исчерпывает возможных подходов к реализации механизма соплатежей на ОМС взрослых трудоспособных неработающих граждан. Однако заложенный в ней принцип дифференциации доступа к услугам в объёме территориальной программы ОМС в зависимости от внесения этой категорией лиц соплатежа на ОМС с использованием в качестве основного идентификатора «бинарного» полиса ОМС представляется достаточно жизнеспособным и может быть апробирован в рамках реализации «пилотного» проекта. Воронежская область, имея высокий уровень информатизации территориальной системы ОМС и большой удельный вес неработающего населения в структуре застрахованных по ОМС граждан, могла бы выступить одним из «пилотных» регионов. По нашему мнению, период дискуссий на данную тему необходимо завершать и переходить к практическим действиям.

**Европейское агентство по лекарственным средствам (European Medicines Agency, EMA) объявило март месяцем повышения осведомленности о множественной миеломе (ММ). Цель данной акции – привлечь внимание общественности и профессионального сообщества к проблемам диагностики и лечения этого тяжёлого онкогематологического заболевания, которым страдают около одного миллиона человек в мире.**

### Варианты и вариации

Множественная миелома (ММ) относится к опухолевым заболеваниям кроветворной ткани и является второй по частоте после неходжкинских лимфом. В России, по данным канцероцентра, ежегодно выявляется около 3 тыс. новых случаев ММ, а общее число больных превышает 9 тыс.

Основные сложности в терапии пациентов с ММ обусловлены поздней диагностикой. Преимущественно болезнь поражает людей пожилого возраста, которые, как правило, имеют массу сопутствующих заболеваний. Беспричинная слабость, боли в костях, нарушение функции почек – все эти симптомы нередко списываются на возраст как самими пациентами, так и врачами.

Прежде чем попасть к гематологу, они порой долго и безуспешно лечатся от несуществующих болезней у врачей смежных специальностей: нефрологов, пульмонологов, онкологов, годами находятся на гемодиализе, получают паллиативную химиотерапию, в результате теряется драгоценное время.

– Нередко на постановку диагноза уходит до 3 лет. Безусловно, очень важно информировать врачей о признаках ранней диагностики множественной миеломы. Также необходимо популяризировать знания о болезни и среди населения. Ведь чем раньше будет начато лечение, а для таких больных оно является пожизненным, тем выше шансы на увеличение выживаемости и достижение продолжительной ремиссии, – говорит Станислав Бессмельцев, профессор, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе Российского научно-исследовательского института гематологии и трансфузиологии ФМБА России.

Вплоть до середины XX века заболевание считалось безнадежным, лечить его попросту нечем. Затем в арсенале врачей появилось несколько цитостатических препаратов, но, как вспоминает профессор С.Бессмельцев, средняя продолжительность жизни больных после постановки диагноза не превышала 3 лет. С появлением инновационных лекарственных средств (ЛС) и совершенствования технологий трансплантации гемопоэтических стволовых клеток костного мозга ситуация коренным образом изменилась. Медиана общей выживаемости при ММ за последние годы увеличилась в 2,5 раза, при этом 30% больных переживают 10-летний период.

– Основной целью лечения молодых пациентов является достижение полных и продолжительных ремиссий. В отношении пожилых пациентов мы также стремимся к этим целям, но наличие возрастных особенностей, сопутствующих патологий являются сдерживающими факторами, и в этой связи не менее важная цель лечения – повышение качества жизни таких больных и увеличение периода выживаемости, – поясняет эксперт. – В частности, внедрение в клиническую практику новых классов препаратов – ингибиторов протеасом (бортезомиба) и иммуномодулирующих средств (леналидомида) – позволило значительно расширить терапевтические возможности и повысить эффективность лечения.

Тем не менее множественная миелома по-прежнему остаётся неизлечимым заболеванием. «Сегодня мы сталкиваемся с рядом других проблем, прежде всего резистентностью к проводимой терапии, – продолжает С.Бессмельцев. – Болезнь имеет рецидивирующее течение: если даже наблюдается хороший ответ на лечение, то обязательно существует риск рецидива. Другая проблема – развитие лекарственной устойчивости, опухоль перестаёт отвечать на терапию и развивается рефрактерность».

Продолжительность противоопухолевого ответа, как и общая выживаемость, при последовательном применении следующих

что миелома является гетерогенным заболеванием, – отмечает Сергей Сёмочкин, доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Минздрава России. – На момент постановки диагноза у одного и того же пациента, как правило, определяется сразу несколько опухолевых клонов, обладающих различной чувствительностью к лекарственным препаратам. В процессе проводимой терапии может изменяться соотношение между этими клонами, давая со временем преимущество менее

снижению скорости прогрессирования заболевания на 52% и достоверно увеличивало общую выживаемость в сравнении с терапией высокодозным дексаметазоном. Немаловажная деталь – в исследовании приняли участие пациенты, которые в совокупности получили лечение от 2 до 17 линий химиотерапии (медиана равна 5) – это максимально возможное количество, и онкогематологам впервые удалось получить положительный ответ у столь тяжёлой категории пациентов.

– Лечение не может продолжаться бесконечно, с каждой линией терапии растрачиваются ресурсы костного мозга, становится всё больше побочных

не покупают их самостоятельно. Возможности стационара также ограничены, потому получить такое лечение не предоставляется возможным.

Несколько лет назад Гематологическим научным центром была начата масштабная работа над созданием регистра больных с ММ. При условии, что все регионы активно включатся в данный процесс, в дальнейшем специалисты получат объективную картину с заболеваемостью ММ в стране: диагностикой, выявлением первичных больных, случаев рецидива заболевания, эффективности существующих схем терапии и т.д.

Создание полноценного регистра позволит актуализировать,

### Акции

# Третья линия обороны

Преодоление резистентности – одна из основных задач в лечении множественной миеломы



схем терапии ММ неизбежно снижается. Прогноз в ситуации одновременной резистентности к леналидомиду и бортезомибу («двойная рефрактерность») абсолютно неблагоприятный: медиана общей выживаемости таких больных не превышает 9 месяцев. Поэтому есть острая необходимость во внедрении новых лекарств, которые были бы эффективны при рефрактерной рецидивирующей миеломе.

Одним из эффективных способов преодоления резистентности является кардинальная смена препаратов в последующих линиях терапии. Недавно онкогематологи получили ещё один мощный инструмент в борьбе с множественной миеломой: 4 года назад в странах ЕС и США в клиническую практику был внедрён иммуномодулятор третьего поколения – помалидомид, с 2015 г. он также разрешён к использованию и в России в третьей линии терапии. «Практика клинического применения помалидомида свидетельствует о том, что он является эффективным также в группе пациентов высокого риска, имеющим делецию (утрату) хромосомы 17p, и при втором рецидиве заболевания, – подчёркивает С.Бессмельцев. – Это знаковое событие в онкогематологии, поскольку до сих пор данная форма миеломы не поддавалась лечению никакими другими препаратами».

### Право на равноправие

Адекватно составленная последовательность смены схем терапии позволяет увеличить период ремиссии. Чем более длительный безрецидивный промежуток обеспечивает каждая линия терапии, тем в целом получается более высокая общая выживаемость больных.

– Выстраивая тактику лечения, необходимо учитывать тот факт,

чувствительным к известным лекарствам и их комбинациям.

К примеру, на начальном этапе лечения такой клон может быть минимальным, но, приспособившись к противоопухолевой терапии, начать развиваться и мутировать. В этой связи, чем активнее исходная терапия, тем меньше шансов развиться той или иной мутации и вызвать неблагоприятный исход.

Современная медицина основана на доказательствах. Так, появились стандарты первой и второй линий терапии миеломы, включающие бортезомиб и леналидомид, эффективность которых была подтверждена в крупных международных исследованиях. Это большое преимущество. Вместе с тем в мировом гематологическом сообществе пока нет общепринятых алгоритмов терапии рефрактерной миеломы, а в отношении «двойной рефрактерности» – ситуации, когда оба упомянутых препарата перестают работать, и вовсе недостаточно сравнительных исследований эффективности последующих линий терапии.

– Помалидомид – один из тех препаратов, которые имеют при «двойной рефрактерности» достаточную доказательную базу: более 1200 пациентов в исследованиях, в том числе в рандомизированных исследованиях III фазы у пациентов, получавших ранее бортезомиб и леналидомид, – говорит С.Сёмочкин. – Согласно исследованиям, проводившимся в США и ряде европейских стран, в том числе России, терапия помалидомидом в комбинации с низкими дозами дексаметазона была достоверно эффективной у наиболее тяжёлой категории пациентов с рецидивирующей и рефрактерной ММ.

Так, например, в одном из последних исследований ММ 003 применение этой лекарственной комбинации способствовало

эффектов. Но, что удивительно, при лечении помалидомидом нежелательные явления встречались не чаще, чем при традиционной терапии. Ещё один несомненный плюс для пациента – пероральная лекарственная форма препарата, благодаря чему он может проходить лечение амбулаторно, не отрываясь от привычного образа жизни, – отмечает эксперт.

Не менее важно не только знать о существующих возможностях лечения, но и сделать его максимально доступным. «С появлением всё новых препаратов актуальным становится вопрос расширения перечней жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и программы «Семь нозологий», – добавляет С.Сёмочкин. – Пациенты нуждаются в препаратах для третьей линии терапии ММ по жизненным показаниям, поэтому обеспечение эффективного доступа к ним – это ключевой вопрос. Региональным бюджетам такая финансовая ноша не под силу. Важно, чтобы у российских врачей была возможность назначать препараты третьей линии, для этого они должны быть включены в федеральную программу госгарантий. Это позволит обеспечить равные возможности для лечения всех пациентов вне зависимости от места их проживания».

### «Большие тонкости» терапии

Работа гематологов в регионах имеет свои сложности: специализированная медицинская помощь сконцентрирована в межрегиональных областных центрах, пациентам не всегда легко добраться до гематолога, чтобы обследоваться, получить новые назначения.

– В Нижегородской области с выявлением ММ всё обстоит достаточно благополучно, необходимые исследования проводятся. Единственное исключение – цитогенетический анализ, который позволяет корректировать прогноз заболевания, пока он не доступен нашим пациентам, – рассказывает Ольга Самойлова, кандидат медицинских наук, главный гематолог Приволжского федерального округа, заведующая отделением гематологии Нижегородской областной клинической больницы им. Н.А.Семашко. – Наибольшую озабоченность у нас как специалистов вызывает ситуация с лечением рефрактерной рецидивирующей ММ: нет чётких алгоритмов ведения больных с этой формой заболевания, когда стандартные схемы первой и второй линий терапии у них уже не работают. Инновационные лекарственные препараты, составляющие третью линию терапии, стоят дорого, и пациенты, как правило,

в том числе, данные о заболеваемости рефрактерной рецидивирующей ММ, оценить реальную потребность в конкретных инновационных лекарственных препаратах с последующей объективной, взвешенной экспертной оценкой возможности включения их в льготные перечни.

– Два года назад в России был зарегистрирован иммуномодулирующий препарат третьего поколения – помалидомид, одобренный для лечения пациентов с «двойной» рефрактерностью – к леналидомиду и бортезомибу. Благодаря регистру мы сможем определить реальное число пациентов, которым он действительно жизненно необходим. Кроме того, наличие регистра больных также позволяет провести необходимые экономические расчёты и спрогнозировать предстоящие расходы бюджета на лечение, – отмечает О.Самойлова.

Следующий шаг, по словам эксперта, – обновление национальных клинических рекомендаций по лечению множественной миеломы. Гематология стремительно развивается, каждый год появляются новые инновационные лекарства, и в этой связи пересмотр рекомендаций необходимо осуществлять не реже двух раз в год. Для практического врача они должны стать настольной книгой и руководством к действию, в том числе в работе с фондом ОМС, поскольку до настоящего времени не разработаны стандарты лечения гематологических заболеваний.

В ходе недавно состоявшегося в Москве Экспертного совета ведущих специалистов в области гематологии был проведён анализ данных клинических исследований иммуномодулятора третьего поколения помалидомида, определено его место в алгоритмах терапии рефрактерной рецидивирующей ММ, выявлен клинический профиль пациентов, нуждающихся в нём по жизненным показаниям. Это те «большие тонкости», которые в последствии будут включены в национальные клинические рекомендации, и врачи практического звена смогут детально ознакомиться с этой информацией, с тем, чтобы получить наиболее полное представление о препарате.

Если раньше основной целью терапии ММ было достижение как можно более полных ремиссий, то сегодня на первый план выходят проблемы рецидивов заболевания и рефрактерности пациентов к существующей терапии. И, конечно, инновационные лекарства, расширяющие возможности терапии, будут востребованы современной медициной.

Ирина СТЕПАНОВА,  
корр. «МГ».

## Деловые встречи

Здоровье суставов  
в надёжных руках

Организаторами профессиональной дискуссии терапевтов, ревматологов, неврологов и ортопедов «вокруг» остеоартрита выступили Ассоциация ревматологов России (АРР), Российское научное медицинское общество терапевтов (РНМОТ), Ассоциация междисциплинарной дисциплины (АММ). Участие в нём крупных российских учёных и практиков, представляющих разные сферы медицинских знаний, лишнее было сказано «нет» разобщённости в работе специалистов смежных дисциплин. Именитые гости поделились с коллегами из Москвы, Санкт-Петербурга и других городов наблюдениями и мыслями, в том числе по проблеме коморбидности, стратегиям управления болью и методам немедикаментозного лечения. Существенное место в своих докладах большинство из них отделили значению фармакотерапии, особо при этом отметив заслуги препарата структурно-модифицирующего действия Алфлутоп, представляющего собой оригинальный стандартизированный биотехнологический продукт, известный на рынке лекарственных средств более двух десятилетий.

Собравшиеся стали свидетелями без преувеличения «звездпада» смелых суждений и, возможно, для кого-то неожиданных выводов. Врачи разных специальностей прослушали лекции академиков РАН: А.И.Мартынова, президента РНМОТ, одного из ведущих терапевтов и клиницистов страны; Е.Л.Насонова, – главного ревматолога Минздрава России, президента АРР; В.И.Мазурова, первого вице-президента АРР, президента Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, главного терапевта Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, главного терапевта и главного ревматолога в Северо-Западном федеральном округе. Так, академик РАН А.И.Мартынов назвал установленным фактом то, что уменьшение продолжительности жизни у пожилого контин-

**Зададимся вопросом: какое из ревматических заболеваний несёт собой наиболее тяжёлое бремя для общества? Конечно, остеоартрит, которым поражены более 80% 50-60-летних жителей Земли. Половина из них в результате воспалительных дегенеративных изменений всего суставного аппарата и прежде всего в хрящевой ткани имеют те или иные ограничения в движении, каждый четвёртый испытывает серьёзные ограничения в повседневной активности. Достаточно взглянуть на ситуацию в нашей стране: огромное число дней нетрудо-**

гента больных с остеоартритом в большей степени зависит от интенсивности болей, нежели от сопутствующих, потенциально жизнеугрожающих состояний – ишемической болезни и артериальной гипертензии. Боль, как оказалось, является мощнейшим катализатором прогрессирования сердечно-сосудистой патологии, а не только фактором ухудшения жизни. И понимание этого рождает новое представление о формировании тяжести и скорости поражения системы кровообращения. Академик РАН Е.Л.Насонов, касаясь диагностики ревматологических заболеваний, обратил внимание профессиональной аудитории на избыточность лабораторной и инструментальной оценки. По его словам, если в российских регионах необоснованно выполняется 20% таких обследований, то в Москве их число достигает 50-60%. «Обычное дело, когда ко мне приводят больного и я пытаюсь его расспросить, он не хочет меня слушать и сразу вываливает кипу бумаг с лабораторными анализами и заключениями после посещения кабинета МРТ. Проблему гипердиагностики и связанных с ней ложноположительных реакций

нельзя недооценивать, поскольку если врач ставит диагноз иммуновоспалительного заболевания, то за этим следует назначение довольно мощных противовоспалительных препаратов».

«Раз отсутствуют «красные флаги», нет нужды каждому из пациентов выполнять инструментальные диагностические исследования», – считает и заведующая отделом метаболических заболеваний костей и суставов с центром профилактики остеопороза НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой, доктор медицинских наук, профессор Л.И.Алексеева. «Не нужно тратить на это время, тратить деньги, а нужно лечить боль движением, – убеждена она. – И только тогда, когда врач не сомневается, что имеет дело с остеоартритом, ему надлежит сразу назначать препарат из группы симптоматических средств замедленного действия».

К ним относится и инъекционный препарат Алфлутоп. Недавно закончена двухлетняя работа сотрудников НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой, которая пополнила доказательную базу Алфлутопа в отношении эффективности

**способности, связанных с болью в нижней части спины – основного симптома остеоартрита/остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Стало быть, масштабную проблему невозможно решать в рамках только специальности «ревматология». Именно такую позицию продемонстрировала научно-практическая конференция в Санкт-Петербурге, название которой говорило само за себя: «Междисциплинарный подход как основа эффективного лечения больных с остеоартритом и болью в спине. Вместе увидим целое».**

и безопасности применения. В ходе двойного слепого плацебоконтролируемого рандомизированного исследования, в котором участвовали 90 больных с остеоартритом коленных суставов, удалось доказать симптом-модифицирующий эффект препарата. «В первой группе, получавшей Алфлутоп, ответ на терапию был отмечен у 73% пациентов, а во второй, получавшей плацебо, он составил 40%. И это – высоко достоверные различия, убедившие нас в том, что Алфлутоп обладает анальгетическим и противовоспалительным действием. Помимо того, что уменьшает боль в суставах и скованность, он ещё и улучшает функциональное состояние суставов», – заключила профессор Л.И.Алексеева.

Как видится проблема остеоартрита и боли в спине с точки зрения невролога, поведал в своём блестящем докладе профессор кафедры нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова доктор медицинских наук А.Б.Данилов, особо остановившись на патогенетических различиях острой, подострой и хронической боли:

«Заблуждаются те врачи, кто увязывает, например, дегенерацию диска исключительно с пожилым возрастом пациента, к ней куда чаще приводит воспаление в самом диске, прорастание в него сосудов и нервных окончаний». Так как в процессе патогенеза дискогенных болей играют роль цитокиновые механизмы, профессор А.Б.Данилов со своими кафедральными работниками проявил интерес к препарату, способному воздействовать на противовоспалительные агенты, а конкретно – к Алфлутопу.

В коротком эксперименте приняли участие три десятка пациентов с хронической болью, которая, известно, всегда субъективна, как говорится, рулеткой не обхватишь. Для объективизации оценки исследователи применили помимо международных клинических шкал ещё и ноцицептивный флексорный рефлекс. Через неделю они не получили ответ, но спустя вторую неделю Алфлутоп начал работать. «Конечно, это не было связано с тем, что восстановился хрящ или диск. По нашему мнению, наблюдалось противовоспалительное действие лекарственного средства, которое действует медленно, но настойчиво, – заметил с трибуны конференции профессор А.Б.Данилов, добавив, что после отмены Алфлутопа терапевтический эффект остаётся, чего не прослеживалось, когда использовались нестероидные противовоспалительные препараты.

Аргументы в пользу применения Алфлутопа, в том числе когда идёт речь об очень серьёзном риске сердечно-сосудистых осложнений и использовать НПВП не рекомендуется и когда заболевание «скачет галопом», привёл присутствующим на междисциплинарном научно-образовательном форуме главный ревматолог Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, проректор по учебной работе Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, доктор медицинских наук, профессор А.М.Лила: «Во многих случаях при невыраженных болях и редких обострениях должны доминировать нефармакологические методы лечения, но вместе с тем если заболевание прогрессирует, то на его ранних стадиях необходимо назначать препараты со структурно-модифицирующим действием на повреждённые хрящи». Он напомнил коллегам, что на прошедшей в мае 2016 г. 8-й Европейской выставке изобретений и инноваций Алфлутоп наградили дипломом победителя и золотой медалью за исследования, доказавшие благотворное влияние препарата на хондроциты на генетическом, молекулярно-клеточном уровнях.

Профессор А.М.Лила упомянул о прошедшем событии не без гордости, ведь когда-то он и академик РАН В.И.Мазуров первыми в Северной столице включили Алфлутоп в медикаментозную терапию ревматологических больных, полагаясь на приложенную инструкцию, опыт и интуицию, то есть шли эмпирическим путём. Со временем клинические исследования, основанные на принципах доказательной медицины, многократно подтвердили эффективность препарата, возможность сочетания с другими средствами при полиморбидности и высокий профиль безопасности.

Владимир КЛЬШНИКОВ,  
собр. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

**АЛФЛУТОП**

ЗДОРОВЬЕ СУСТАВОВ В НАДЕЖНЫХ РУКАХ

- Достоверное уменьшение боли
- Улучшение функции суставов
- Достоверное повышение уровня гиалуроновой кислоты в суставной щели
- Уменьшение деградации матрикса суставного хряща\*

\* Л.И. Алексеева, Е.П. Шаропова, Е.А. Таскина, Н.В. Чичасова, Г.Р. Имамметдинова, Н.А. Шостак, Н.Г. Правдок, Л.Н. Денисов. Многоцентровое слепое рандомизированное плацебоконтролируемое исследование симптом- и структурно-модифицирующего действия препарата Алфлутоп у больных остеоартрозом коленных суставов. Научно-практическая ревматология. 2014; 52(2): 174-177. DOI:10.14412/1995-4484-2014-174-177

БИОТЕННОС  
115432, Москва,  
пр-т Андропова,  
д. 18, корп. 6  
8-800-333-24-71  
www.alflutop.ru



РУ/190/22/01/01 от 09.07.2007 (ВМ от 23.09.2016)

Реклама

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

## КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 24 (2054)

(Окончание. Начало в № 22 от 31.03.2017.)

Дигоксин, строфантин: 1 мл раствора препарата на 10 мл физиологического раствора внутривенно струйно (D, 2+).

Препараты калия: 10 мл раствора панангина внутривенно струйно или 10 мл 10%-ного раствора хлорида калия на 200 мл физиологического раствора внутривенно капельно (A, 1+).

Пропафенон вводится в/в струйно в дозе 1 мг/кг в течение 3-6 минут (B, 2+).

Дизопирамид – в дозе 15,0 мл 1%-ного раствора в 10 мл физраствора (если предварительно не вводился новокаинамид) (B, 2+).

### Таблетированная терапия

Пропранолол 20-80 мг (A, 1++).

Можно другой β-блокатор в умеренной дозе (на усмотрение врача).

Верапамил 80-120 мг (при отсутствии предвозбуждения!) в сочетании с феназепамом 1 мг (B, 2+).

Либо один из ранее эффективных антиаритмиков в удвоенной дозе хинидин 0,2 г, новокаинамид 1,0-1,5 г, дизопирамид 0,3 г, этиазин 0,1 г, пропафенон 0,3 г, соталол 80 мг (B, 1+).

Пароксизмы мерцания, трепетания предсердий госпитализируются в специализированные отделения стационаров, если не проводилась ЭИТ и нет тяжёлого основного заболевания (например, инфаркт миокарда), или в отделение реанимации и палату интенсивной терапии.

При купировании пароксизма мерцательной аритмии или трепетания предсердий и отсутствия острого тяжёлого основного заболевания возможна госпитализация на койки кратковременного пребывания в СтОСМП.

**Прогноз** при лечении, как правило, благоприятный и зависит от основного заболевания.

### Пароксизмальные желудочковые тахикардии

Одно из наиболее опасных нарушений сердечного ритма – это возникновение трёх и более подряд комплексов из какого-либо отдела миокарда с частотой от 120 (140) до 220–250 в минуту, формирующихся на фоне нормального синусового или какого-либо другого более устойчивого основного ритма. Эти переходящие приступы могут быть неустойчивыми (нестойкими) длительностью менее 30 с и устойчивыми (стойкими) – продолжительнее 30 с.

#### Механизмы возникновения

- обратный вход,
- триггерная активность,
- нарушение автоматизма.

#### Причины

- ИБС, особенно инфаркт миокарда, постинфарктная аневризма сердца,
- гипертоническая болезнь («гипертоническое сердце»),
- миокардиты (острые, подострые, хронические),
- ревматические пороки клапанов,
- первичные и вторичные кардиомиопатии,
- тяжёлая сердечная недостаточность или шок различной этиологии,
- катетеризация, операции на сердце, ангиокардиография, коронарография, бронхоскопия, эндоскопия, пункция перикарда,
- интоксикация хинидином, адреналином и сходными с ним соединениями, хлороформом и т.п.

#### Клиническая картина

- одышка,
- приступы Морганьи – Адамса – Стокса,
- признаки расстройства ЦНС (голововращение, потемнение в глазах, слабость),
- переходящие очаговые неврологические симптомы (парезы, судороги, афазия),
- застойные явления в малом и большом круге кровообращения,
- наблюдается снижение АД, иногда вплоть до коллапса,
- боли в сердце,
- нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, метеоризм, боли в животе),
- у лиц мужского пола приступ возникает в два раза чаще, чем у женщин.

#### ЭКГ изменения

- продолжительность QRS > 140 мс; комплексы деформированы,
- наличие «сливных» комплексов QRS и/или «желудочковых захватов» на ЭКГ (не

# Оказание скорой медицинской помощи при тахикардиях и тахиаритмиях. Клинические рекомендации

выявляются при высокой частоте ритма желудочков),

– наличие атриовентрикулярной диссоциации (не выявляется при высокой частоте ритма желудочков).

### Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при пароксизмальных желудочковых тахикардиях

#### Диагностическое обследование

- собрать анамнез,
- осмотреть пациента,
- измерить пульс и артериальное давление,
- снять ЭКГ.

#### Лечение и дальнейшая тактика ведения пациента

При стабильном состоянии можно начать с медикаментозного лечения.

Препаратом выбора является лидокаин. Эффект лидокаина зависит от его сывороточной концентрации. Поэтому при струйном введении лидокаина желудочковая тахикардия может прекратиться, но затем возобновляться по мере распределения препарата в тканях и падения его сывороточной концентрации. Чтобы этого избежать, применяют следующую схему. Сначала вводят 3-4 мг/кг в/в в течение 20-30 минут (например, 100 мг, затем 3 раза по 50 мг каждые 8 минут). Далее проводят инфузию со скоростью 1-4 мг/мин; такая скорость введения соответствует скорости печёночного метаболизма (A, 1++).

Можно внутримышечно: вводят по 2-4 мг/кг, при необходимости повторное введение возможно через 60-90 минут (A, 1++).

Возможно введение амиодарона в дозе 300 мг внутривенно струйно медленно (B, 1+), или амиодарон в/в 5 мг/кг за 10-30 ми-

нут (15 мг/мин), или в/в 150 мг за 10 минут, затем инфузия 360 мг за 6 ч (1 мг/мин) и 540 мг за 18 ч (0,5 мг/мин) на физиологическом растворе; максимальная суммарная доза – 2 г за 24 ч (можно добавлять по 150 мг за 10 минут по необходимости) (B, 1+).

Прокаинамид в дозе 1,0-1,5 г в/в на физрастворе со скоростью 30-50 мг/мин (B, 1+).

– взять клинический, биохимический анализы крови, включающие тропонин и МВ КФК.

#### Лечение и дальнейшая тактика ведения пациента

Если пациент всё-таки находится в отделении СтОСМП.

При стабильном состоянии пациента не-

обходимо продолжить (если было начато ранее) или начать введение лидокаина по схеме:

Сначала вводят 3-4 мг/кг в/в в течение 20-30 минут (например, 100 мг, затем 3 раза по 50 мг каждые 8 минут). Далее проводят инфузию со скоростью 1-4 мг/мин; такая скорость введения соответствует скорости печёночного метаболизма (A, 1++).

Возможно внутримышечно введение: лидокаин вводят по 2-4 мг/кг, при необходимости повторяют введение через 60-90 мин (A, 1++).

Амиодарон в/в 5 мг/кг за 10-30 минут (15 мг/мин) или в/в 150 мг за 10 минут, затем инфузия 360 мг за 6 ч (1 мг/мин) и 540 мг за 18 ч (0,5 мг/мин) на физрастворе; максимальная суммарная доза – 2 г за 24 ч (можно добавлять по 150 мг за 10 минут по необходимости) (B, 1+).

Прокаинамид в дозе 1,0-1,5 г в/в на физрастворе со скоростью 30-50 мг/мин (B, 1+).

Соталол в дозе 1,0-1,5 мг/кг в/в на физрастворе со скоростью 10 мг/мин (B, 2+).

Проводят коррекцию электролитных нарушений (препараты калия: 10 мл раствора панангина внутривенно струйно или 10 мл 10%-ного раствора хлорида калия внутривенно на 200 мл физиологического раствора капельно) (A, 1++).

Если состояние нестабильное, то сразу прибегают к электрической кардиоверсии. Выполняют экстренную электрическую кардиоверсию разрядом 100 Дж. При желудочковой тахикардии без пульса начинают с дефибрилляции несинхронизированным разрядом 200 Дж. Если больной в сознании, но состояние его тяжёлое, используют синхронизированную кардиоверсию. При её неэффективности вводят 100 мг лидокаина внутривенно струйно и повторяют кардиоверсию (A, 1++). Срочная госпитализация в реанимационное отделение.

### Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в СтОСМП при пароксизмальных желудочковых тахикардиях

При нестабильном состоянии пациента (хотя бы один из признаков – боли в грудной клетке, гипотензия, нарастание сердечной недостаточности) – госпитализация сразу в отделение кардиореанимации.

При невозможности это осуществить необходимо:

#### Диагностическое обследование

- собрать анамнез,
- осмотреть пациента,
- измерить пульс и артериальное давление,
- снять ЭКГ,
- подключить мониторное наблюдение АД и ЭКГ,

#### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

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

#### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

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

обходимо продолжить (если было начато ранее) или начать введение лидокаина по схеме:

Сначала вводят 3-4 мг/кг в/в в течение 20-30 минут (например, 100 мг, затем 3 раза по 50 мг каждые 8 минут). Далее проводят инфузию со скоростью 1-4 мг/мин; такая скорость введения соответствует скорости печёночного метаболизма (A, 1++).

Возможно внутримышечно введение: лидокаин вводят по 2-4 мг/кг, при необходимости повторяют введение через 60-90 мин (A, 1++).

Амиодарон в/в 5 мг/кг за 10-30 минут (15 мг/мин) или в/в 150 мг за 10 минут, затем инфузия 360 мг за 6 ч (1 мг/мин) и 540 мг за 18 ч (0,5 мг/мин) на физрастворе; максимальная суммарная доза – 2 г за 24 ч (можно добавлять по 150 мг за 10 минут по необходимости) (B, 1+).

Прокаинамид в дозе 1,0-1,5 г в/в на физрастворе со скоростью 30-50 мг/мин (B, 1+).

Соталол в дозе 1,0-1,5 мг/кг в/в на физрастворе со скоростью 10 мг/мин (B, 2+).

Проводят коррекцию электролитных нарушений (препараты калия: 10 мл раствора панангина внутривенно струйно или 10 мл 10%-ного раствора хлорида калия внутривенно на 200 мл физиологического раствора капельно) (A, 1++).

Если состояние нестабильное, то сразу прибегают к электрической кардиоверсии. Выполняют экстренную электрическую кардиоверсию разрядом 100 Дж.

При желудочковой тахикардии без пульса начинают с дефибрилляции несинхронизированным разрядом 200 Дж. Если больной в сознании, но состояние его тяжёлое, используют синхронизированную кардиоверсию. При её неэффективности вводят 100 мг лидокаина внутривенно струйно и повторяют кардиоверсию (A, 1++). Срочная госпитализация в реанимационное отделение.

#### Прогноз

Следует различать непосредственный и отдалённый прогноз. Если приступ купирован, ближайший прогноз определяется основным заболеванием. Если приступ не купирован, то переходит в мерцание желудочков.

Если в клинике наряду с медикаментозными методами применяется и электроимпульсная терапия, то почти во всех случаях желудочковую тахикардию удаётся купировать.

Отдалённый прогноз в основном зависит от предрасполагающего к желудочковой тахикардии фактора. Если фактор временный (интоксикация медикаментами и др.) и желудочковая тахикардия не рецидивирует – прогноз хороший. При рецидивирующей желудочковой тахикардии прогноз менее определённый, так как он зависит от частоты рецидивов, эффективности методов предупреждения и характера заболевания, предрасполагающего к желудочковой тахикардии.

Устойчивая желудочковая пароксизмальная тахикардия, возникающая в течение первых 2 месяцев после развития ИМ, – летальность 85%, максимальная продолжительность жизни 9 месяцев. Желудочковая пароксизмальная тахикардия, не связанная с крупноочаговыми изменениями миокарда, – летальный исход на протяжении 4 лет в 75% случаев; лекарственная терапия увеличивает продолжительность жизни в среднем до 8 лет.

#### Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

**Елена СКОРОДУМОВА,**  
врач-кардиолог отдела неотложной кардиологии и ревматологии Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, кандидат медицинских наук.



# Острый и хронический тубулоинтерстициальный нефрит. Клинические рекомендации

Тубулоинтерстициальный нефрит (ТИН) – это мультифакторное, диффузное заболевание почек с преимущественным неспецифическим воспалительно-дистрофическим поражением структур канальцев и интерстиция, отличное от ГН и пиелонефрита.

Изменения почечных клубочков возможны, но всегда носят вторичный характер. Вариант хронического ТИН, связанного с нарушением обмена оксалатов, часто называют «оксалатной нефропатией».

## Эпидемиология

Распространённость ТИН не установлена. Описана эпидемиология отдельных вариантов этого заболевания.

- На европейской территории России, загрязнённой тяжёлыми металлами, заболеваемость оксалатной нефропатией у детей составляет 124 на 1000 населения; на юге Дальнего Востока – 135 на 1000 обследованных детей; в Камчатской области у взрослых – 195 на 1000 обследованных; чаще возникает у женщин, дебютирует в раннем детском возрасте и имеет тенденцию к прогрессированию, отмечается сезонность обострений (весна и осень)

- Саркоидозный гранулематозный ТИН обнаруживают на аутопсии у 20% больных саркоидозом

- Анальгетическая нефропатия составляет не менее 3,3% в структуре причин терминальной почечной недостаточности

- Симптомы ТИН наблюдают у 23% больных, постоянно принимающих препараты аминсалициловой кислоты

- Частота проявлений ТИН при синдроме Шёгрена достигает 25%.

В Российской Федерации ТИН страдают 1,7% пациентов, у которых ежегодно возникает необходимость в проведении программного ГД.

Как правило, острый ТИН является основной причиной «неизвестной почечной недостаточности» с сохранённым диурезом и нормальными размерами почек. Заболевание почек с поражением исключительно канальцев и интерстиция составляет 20-40% случаев хронической почечной недостаточности (ХПН) и в 10-25% становится причиной острой почечной недостаточности (ОПН). Мужчины и женщины болеют острым ТИН с одинаковой частотой при следующем распределении больных по возрасту: 1/4 – меньше 20 лет, 1/3 – 20-40 лет, и 1/3 – свыше 40 лет, что свидетельствует об отсутствии возрастной градации относительно частоты заболевания.

По некоторым данным, более чем в 30% случаев тубулоинтерстициальный нефрит клинически не диагностируется, а выявляется только в ходе морфологического исследования биоптатов почки. Таким образом не вызывает сомнения, что тубулоинтерстициальный нефрит встречается чаще, чем диагностируется.

## Факторы и группы риска

Группу риска составляют пациенты, указывающие на причинные факторы ТИН или имеющие отдельные заболевания, способствующие возникновению поражения канальцевого аппарата почек.

Особую группу риска составляют пожилые пациенты, в лечении которых часто используют сочетание антибактериальных, нестероидных, противовоспалительных групп препаратов. У таких больных в связи с большой длительностью применения лекарств часто наблюдаются хронические формы тубулоинтерстициального нефрита. Среди пациентов с анальгетической нефропатией, ТИНУ-синдромом преобладают лица женского пола.

## Скрининг

Скрининг ТИН следует проводить у всех лиц, подверженных действию факторов, приводящих к возникновению этого хронического заболевания почек.

Объектом скрининга являются также все лица с жалобами, позволяющими заподозрить наличие ТИН:

- полиурией или олигоурией
- жаждой
- никтурией
- артериальной гипертонией, не объяснимой другими причинами, особенно впервые возникшей в возрасте до 45-50 лет.

Отбор лиц при скрининге на оксалатную нефропатию имеет некоторые особенности:

- наличие ближайших родственников с оксалатной нефропатией или другими обменными заболеваниями почек
- наличие в анамнезе циститов, пиелонефритов, солей оксалатов кальция в моче
- проживание в неблагоприятных по экологическим параметрам районах

Причины тубулоинтерстициального нефрита

Таблица 1

Группа	Наиболее распространённые причины
Лекарства	НПВП Химиотерапевтические агенты (препараты платины, арабино-пиранозилметил нитрозомочевина) Иммунодепрессанты (циклоsporин, такролимус) Антибиотики Препараты аминсалициловой кислоты (сульфасалазин, месалазин) Препараты лития Средства нетрадиционной медицины (китайские травы)
Факторы окружающей среды	Свинец Кадмий Ионизирующее излучение
Метаболические нарушения	Гиперурикемия Гипероксалиемия, гипероксалурия Эмболия внутривисцеральных артерий кристаллами холестерина
Системные заболевания	Саркоидоз Синдром Шёгрена СКВ HBV- и HCV-инфекция
Инфекции и инвазии	Бактериальные Вирусные Паразитарные
Опухоли, заболевания системы крови	Серповидноклеточная анемия Множественная миелома Болезнь лёгких цепей Лимфопрлиферативные заболевания
Наследственные	Наследственный интерстициальный нефрит с кардиоомегалией
Причина не установлена	ТИНУ-синдром Балканская нефропатия

- работа на вредных производствах
- злоупотребление алкоголем, биологически активными добавками
- наличие длительно текущих заболеваний органов пищеварения, таких как язвенная болезнь, желчнокаменная болезнь и т.д.
- выявление признаков синдрома дисплазии соединительной ткани
- беременность срока 14-17 недель у женщин с выявленной оксалатно-кальцевой кристаллурией, МАУ
- артериальная гипотония и другие симптомы вегетативных дисфункций на фоне астенического типа телосложения в возрасте до 30 лет
- эпизоды дизурических явлений, не связанных с инфекцией мочеполовых путей.

Скринингу подлежат также все пациенты, страдающие заболеваниями, ассоциированными с его возникновением (СКВ, синдром Шёгрена, саркоидоз, HBV- и HCV-инфекция), а также лица, у которых имеются указания на наличие этой хронической болезни почек в семейном анамнезе.

Рекомендуемые методы скрининга:

- расспрос, знакомство с анамнезом, этиологические факторы
- измерение АД
- ОАМ: обнаруживают снижение относительной плотности мочи (наиболее специфический признак), иногда эритроцитурию, лейкоцитурию (в отсутствие бактериурии), кристаллы оксалатов кальция, уратов
- проба Зимницкого проводится при обнаружении в ОАМ снижения относительной плотности мочи, а также полиурии, никтурии.

## Классификация

По течению: острый и хронический.

- Острый ТИН**
- лекарственный острый ТИН
  - инфекционный острый ТИН
  - острый ТИН при системных заболеваниях
  - идиопатический острый ТИН.

- хронический ТИН**
- хронический лекарственный ТИН:
    - анальгетическая нефропатия
    - другие формы хронического лекарственного ТИН.
  - хронический ТИН, обусловленный этиологическими факторами:
    - литиевая нефропатия
    - свинцовая нефропатия
    - кадмиевая нефропатия
    - рациональная нефропатия.

Хронический ТИН при системных заболеваниях:

**Тубулоинтерстициальные нефропатии при обменных заболеваниях**

- Поражение почек при гиперкальциемии

- Поражение почек при гипероксалурии
- Поражение почек при нарушениях обмена мочевой кислоты.

**Тубулоинтерстициальные нефропатии неустановленного происхождения:**

- Эндемическая балканская нефропатия
- Медуллярная губчатая почка.

**Принципы и алгоритм клинико-лабораторной и инструментальной диагностики заболевания у пациентов в амбулаторных условиях**

**Диагностика ТИН у детей**

Острый ТИН характеризуется отчётливым началом и, как правило, циклическим течением, развивается вследствие аллергической или токсико-аллергической реакции на белковые, лекарственные (аминогликозиды, диуретики, кортикостероиды, витамин D и др.), вирусные (у 34% детей: цитомегаловирус, герпес, хламидии, пневмоцисты, микоплазма, токсоплазма) и другие агенты. Начало заболевания может сопровождаться болями в животе, тошнотой, анорексией, иногда рвотой, лихорадкой. Наблюдается слабость, утомляемость. Нередко (в отличие от пиелонефрита) появляются распространённые экзантемы, эозинофилия. Количество выделяемой мочи в сутки снижается, цвет мочи варьирует от розового до тёмно-вишнёвого, а в поздние сроки болезни моча приобретает цвет «мясных помоев». В сыворотке крови отмечается повышение креатинина, снижение клубочковой фильтрации. В моче появляется белок, микрогематурия, цилиндрурия, определяются низкая плотность мочи, глюкозурия. Посев мочи стерил. Особенностью мочевого синдрома является лимфо- и моноцитарный характер лейкоцитурии.

У 9% детей ТИН протекает по типу острой почечной недостаточности. Хронический ТИН (в том числе как проявление токсической реакции на ксенобиотики, в частности на соли тяжёлых металлов, пестициды, асбест) отличается часто длительным латентным периодом до выявления мочевого синдрома.

Тубулоинтерстициальный нефрит при этом на первых порах не имеет яркой манифестации. Чаще в моче появляются эритроциты при возможных небольших количествах белка и даже/далее и лейкоцитов. Постепенно заболевание прогрессирует, почти незаметно снижается функция тубулоинтерстиция, потом клубочков. Волнообразное прогрессирующее течение тубулоинтерстициального нефрита встречается реже: при почечных дисфункциях, дисметаболических нарушениях, гипоиммунных состояниях.

При обострении хронического ТИН имеются признаки интоксикации, изменения АД, боль в животе, иногда аллергические реакции и дизурические симптомы. Нередки и

нерезко выраженные «деликатные» болевой, дизурический синдромы. Возможно и «случайное» при латентном течении заболевания на фоне мнимого полного благополучия обнаружение признаков нарушения почек в виде полиурии, гипостенурии, а в дальнейшем и реабсорбционной (протеинурия, глюкозурия, фосфатурия, аминокацидурия), кислотообразующей способности (снижение экскреции аммиака, секреции титруемых кислот) канальцевого аппарата почек.

**Диагностика ТИН у взрослых**  
**Анамнез**

При тщательном расспросе пациента можно выявить многие этиологические факторы ТИН:

- приём лекарств (ненаркотические анальгетики и НПВП), антибактериальных препаратов, цитостатиков и иммунодепрессантов, китайских трав. Детальное уточнение лекарственного анамнеза необходимо у всех пациентов с предполагаемым ТИН

- факторы внешней среды – контакт со свинцом, кадмием, ионизирующим излучением (в том числе лучевая терапия злокачественных опухолей)

- заболевания, которые способствуют возникновению ТИН, – саркоидоз, синдром Шёгрена, СКВ, миело- и лимфопрлиферативные заболевания

- обменные нарушения (клинические признаки суставной подагры с эпизодами отделения «бурой» мочи)

- изучается наследственный анамнез
- для диагностики оксалатной нефропатии имеет значение указание на: наличие мочевого синдрома с детства в сочетании с оксалатно-кальцевой кристаллурией, эпизодами МАУ, лимфоцитурии и реке гематурии; снижение диуреза в периоды ОРВИ; изменения климата; влияния экологически неблагоприятных факторов; наличие хронической патологии ЖКТ.

Также выявляются характерные для ТИН жалобы:

- увеличение количества отделяемой мочи (полиурия)
- снижение диуреза (олигурия)
- преобладание ночного диуреза над дневным (никтурия)
- жажда
- повышение АД
- жалобы, типичные для больных с нарушением обмена щавелевой кислоты: чувство тяжести в области поясницы в периоды усиления кристаллурии; эпизоды резей при мочеиспускании в периоды усиления кристаллурии, не связанные с инфекцией мочеполовых путей; уменьшение диуреза при одновременном увеличении кристаллурии; слабость, снижение АД в молодом возрасте в периоды обострения заболевания.

**Физикальные исследования**

Характерных признаков ТИН, выявляемых при объективном исследовании пациента, не описано.

Сочетание ТИН с увеитом обозначается как ТИНУ-синдром, для которого типичны боли в глазах, ощущение «песка», возможно снижение остроты зрения.

У больных с ТИН и синдромом Шёгрена при пальпации области слюнных желёз часто обнаруживается их увеличение, уплотнение, болезненность.

Свои особенности имеют данные физикального обследования пациентов с оксалатной нефропатией. У половины больных выявляют астенический синдром в сочетании с артериальной гипотонией и синдромом недифференцированной дисплазии соединительной ткани: нарушение осанки, плоскостопие в сочетании с вегетосудистой дистонией, нефроптоз или аномалии развития почек, варикозное расширение вен, пролапс митрального клапана, аномалии желчного пузыря, гипермобильность суставов; несколько реже встречаются диспластическое развитие позвоночника, дуоденогастральные рефлюксы, синдром раздражённого кишечника. При осмотре обращают внимание на наличие малых внешних стигм дисэмбриогенеза: аномалии ушных раковин, расширенную переносицу, частичный эпикант, сандалевидные стопы, частичную синдактилию пальцев стоп, девиацию мизинцев.

Весной 1922 г. зубоучебная школа им. И.М.Коварского, уже имевшая на тот момент непростую 30-летнюю историю, превратилась в Государственный институт зубоучебания, которому судьбой было уготовано сменить ещё не одно название. Считается, что именно 2 апреля, 95 лет назад, был основан Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова – общепризнанная кузница лучших стоматологов страны.

История университета – это всегда история людей, которые так или иначе имели к нему отношение. В юбилейный для МГМСУ им. А.И.Евдокимова год «Медицинская газета» публикует воспоминания тех, кто самым активным образом участвовал в становлении вуза, искренне переживал за него и своим трудом менял его к лучшему.

**Татьяна РОБУСТОВА** – профессор, доктор медицинских наук, заслуженный деятель науки РФ, лауреат премии Правительства РФ, академик Международной академии информатизации при ООН:



### Завтрак, ужин и ночлег вместо оплаты

Никаких чётких планов идти в медицину у меня не было, хотя папа был врачом, а мама прошла Гражданскую, Первую мировую и Великую Отечественную медсестрой. В нашем дворе был военный госпиталь, и мы бегали туда помогать. Время было очень суровое, но нас там довольно неплохо подкармливали. Отец, ещё будучи студентом, вместе с И.Давыдовским, В.Талалаевым и другими трудился при врачебной школе Коварского, в здании на Долгоруковской. Не могу сказать, что они сразу были очень квалифицированными – преподавали то лабораторное дело, то внутренние болезни, но нужно было с чего-то начинать, и они делали всё, что от них зависело, – просто шли по этому пути. Илья Матвеевич (Коварский) в свою школу приглашал на все должности профессоров из Московского университета (сегодня МГУ), все его педагоги были очень высокого класса, и это была фактически их вторая работа. Папа же числился там ассистентом и никакой заработной платы не получал, но состоял на так называемых паях: завтрак, ужин и ночлег вместо оплаты.

### Сошли на Каляевской

Когда пришло время поступать, мы с подружками из класса подумали, какой мединститут выбрать. Нам подсказали, что если ехать на троллейбусе «десять», то сперва будет МСИ (МГМСУ), а на следующих остановках уже другие мединституты. Мы не стали сильно раздумывать и сошли при первой возможности – на улице Каляевской (сегодня Долгоруковская). Так я стала студенткой нашего института.

С первых дней я была у Александра Ивановича Евдокимова, а потом его сподвижник Георгий Андреевич Васильев организовал кафедру в челюстном госпитале, и я ушла туда. Фактически произошло как бы разделение, но это никак не повлияло на наше единство.

Университет очень вырос за эти годы. Каждая кафедра по специальности представляет собой теоретическую и научную школы. Понятно, что это жизнь – были и пики, и спады уровня педагогов, но в целом и в то время, и уж тем более сейчас налицо динамичное наращивание потенциала науки.

Я очень привязана к МГМСУ, болею за все его дела. Наши наставники заложили потрясающие основы, хотя, признаюсь честно, тогда многие новации лично у меня вызвали некоторый скептицизм.

### Ориентиры

# От школы Коварского до научно-инновационного университета

## История и будущее знаменитой кузницы медицинских кадров и технологий

Сегодня меня беспокоит повальное увлечение дорогостоящими технологиями, хотя возможностей оказывать эффективную помощь наименее затратными методами более чем достаточно. Да, это трудоёмко и требует больше времени, но моё твёрдое убеждение, что настоящий врач должен заботиться не только о здоровье, но и о кошельке пациента.

Вуз сыграл определяющую роль в развитии отечественной стоматологии. От узкой специальности она перешла на широкие основы. Сегодня принято ругать перестройку и всё, что последовало потом, но вместе с теми событиями мы получили очень много новых знаний, увидели технологии, познакомились с новыми подходами, и университет это всё очень органично впитал, не потерялся и не сдал позиций.

Наши студенты очень талантливые, но моя ключевая претензия, что они хотят всего и сразу сейчас. Это нереально, нужно время для наработки базы, развития навыков, приобретения клинического опыта, и тогда блестящие результаты не заставят себя долго ждать. Я была 8 лет проректором по международным связям, много ездила и видела большое количество западных и европейских работ. Поверьте, наши выпускники очень достойно конкурируют и по многим позициям даже превосходят «тамошних» специалистов. Хотя и у них поучиться есть чему, например, дисциплине.

Я абсолютно уверена, что наша святая обязанность как педагогов – заложить в студентах базовую модель, а их ответственность – максимально широко развить её.

Меня очень радует то, что происходит с университетом сегодня. Блестящий альянс президента МГМСУ академика РАН Н.Ющука и нынешнего ректора члена-корреспондента РАН О.Янушевича: мудрость и опыт одного и азарт и энергия другого! Нужно просто продолжать развиваться, совершенствовать наработки и, что особенно важно, оттачивать качество приёма в университет. Медицина – точно не область для «не тех» людей, поэтому, на мой взгляд, необходимо пропускать на старшие курсы только тех ребят, кто соответствует на все 100%.

**Евгений СОКОЛОВ** – академик РАН, заведующий кафедрой стоматологической терапии и профболезней. Ректор университета с 1982 по 2002 г.:



### Случай на картошке

В 1953 г. я окончил 2-й медицинский институт, где проработал ассистентом на терапевтической кафедре до 1967 г. В тот год страна готовилась отметить 50-летие Советской власти, всё шло нормально, я писал докторскую и совсем не подозревал, что моя жизнь на пороге кардинальных изменений. В райкоме партии были

### Восемь вместо девяти

В течение 20 лет работы ректором, считаю, что вёл вуз в правильном направлении. В 80-е годы нам, конечно, многого не хватало, но развитие всё же шло, а вот 90-е дались очень тяжело. Развал страны, расстрел Белого дома, дефолт через 8 лет... Ни зарплата, ни стипендий, ни понимания, что делать и как жить дальше.

**Анна ПОПОВА** – профессор, кандидат медицинских наук, начальник отдела по воспитательной работе МГМСУ, заведует курсом профессиональных болезней на кафедре факультетской терапии и профболезней:



довольны работой института, и к круглой дате (7 ноября 1967 г.) все предвкушали праздничную «раздачу» орденов, должностей и званий. Однако в райкоме напомнили, что все «подарки» состоятся только в случае успешной уборочной кампании картофеля, которая традиционно проходила в сентябре. Я числился заместителем декана по лечебному факультету, и мне было поручено организовать этот выезд на картошку. Я обошёл все кафедры и, усадив в 4 автобуса 200 студентов, отправил их за 120 км от Москвы в совхоз. Погода была чудесная, солнышко, тепло – ребята приехали, пошли купаться, и трое из них, включая иностранца, утонули. И тогда всё перевернулось. Соколов виноват – ни премий, ни наград, ни праздника! Объяснять каждому я не мог и понял, что нужно уходить. Отложив докторскую в долгий ящик, благодаря рекомендациям моих друзей я ушёл в Институт медико-биологических проблем отбора космонавтов. Там за 3 года интереснейшей работы я получил массу всяких благодарностей, которые помогли изменить ситуацию, и, спустя какое-то время, мне всё же разрешили защищать докторскую, что я и сделал. И уже после защиты, когда я стал искать место приложения своему опыту и знаниям, мне порекомендовали попробовать свои силы в стоматологическом институте.

### Без окон, без дверей

30 августа 1970 г. я пришёл по адресу Делегатская, 20 искать ректора. Очень хорошо помню, что я там увидел. Стоит наше здание: ни окон, ни дверей, ни крыши. Громадная куча мусора, и вокруг рабочие, человек 20, использующие исключительно ненормативную лексику. Мне указали на человека в жёлтой телогрейке – ректора Алексея Захаровича Белоусова, который, увидев меня, по-простецки спросил: «Ты кто?» На его обращение «ты» никто никогда не обижался, потому что это всегда было сказано тепло и дружески. «А, Соколов... помню, голосовали за тебя, факультетская терапия. Вон стоит автомобиль «эмка», за рулём Михаил Яковлевич, ты скажи ему, что я разрешил сесть – сейчас поедем на деревообрабатывающий комбинат, который нам должен выдать 250 дверей, 320 окон и дерево для крыши... По дороге и поговорим».

Уже на следующий день ректор договорился с главным врачом 40-й больницы, чтобы наша кафедра факультетской терапии, заведовавшая которой меня пригласили, была полноценной. Вот так всё начиналось для меня.

Особенно мне вспоминается строительство корпуса на Каляевской (сегодня здание КДЦ на Долгоруковской, 4). Там стояли два одноэтажных деревянных домика, в которых жили нянечки, обслуживавшие наш тогдашний основной стоматологический корпус. Мы это снесли и начали строить здание, которое имеется сейчас. Тогда, согласно плану, было предусмотрено 9 этажей, но после того как мы дошли до 5-го, нам нужно было задействовать кран, и приходилось перекрывать всю улицу. Автобусы, троллейбусы, автомобили стояли по несколько часов, в результате «кипение» водителей дошло до горького партия, куда меня вызвали и настоятельно рекомендовали закончить свои «упражнения» с перекрытием улицы, пригрозив снять с работы. Поэтому пришлось свернуть стройку раньше, принеся в жертву последний этаж, однако и 8 возведённых помогли решить громадное количество проблем. Вся стройка заняла 1,5 года.

Были моменты, которые, наверное, можно было решить как-то по-другому. На всех учёных советах и ректоратах я активно выдвигал молодых ребят-стоматологов, чтобы они защищали докторские, потому что важно было сформировать руководящий состав стоматологического факультета. В то время меня очень волновали вопросы кадров, поэтому я, конечно, торопил нашу молодёжь, порой форсировал их рост сверх меры, чтобы потом на них можно было опереться. Слава богу, сейчас с этим всё в порядке, подрастает достойная смена.

### Международный центр

Сегодня университет развивается очень органично, на мой взгляд. Естественно, есть нерешённые вопросы, хотелось бы побольше учебных ёмкостей, например, но в целом, по ключевым моментам направление движения верное. Я уверен, что вузу под силу быть лидером по стоматологии не только в нашей стране, но и, как модно сейчас говорить, «на внешнем контуре». Другой важный аспект – наши профессора должны активно проявлять себя на различных международных мероприятиях, обязательно со знанием языка. Учитывая, что во многих странах дипломированные стоматологи в течение нескольких лет не имеют права касаться больных, наш вуз мог бы предложить свои услуги в виде практической стажировки. На мой взгляд, это очень перспективное направление, которое со временем превратило бы МГМСУ в международный центр практической подготовки стоматологов.

ней на кафедре факультетской терапии и профболезней:

### Уколы в кителе

Я родилась в партизанском отряде и с трёхлетнего возраста отлично всё помню. Жили мы тогда в только что оставленной немцами Виннице, папа служил в железнодорожных войсках и ходил в кителе, который мне очень нравился. Я надевала его и играла в доктора: брала гвоздь и всем кошкам «делала» уколы, как это делали медсёстры. Собственно говоря, наверно, так и началось моё приобщение к медицине, хотя в семье медиков у нас не было. После школы я решила пойти в фельдшерско-акушерское училище, которое окончила с отличием. Моему мужу, который был военным, на тот момент дали направление в Академию Можайского, и мы поехали в Ленинград, где я решила поступать в Первый Медицинский институт им. И.П.Павлова на лечебный факультет. Я недобрала 1 балл, но мне сказали, что моих баллов достаточно для стоматологического факультета, да ещё и характеристика замечательная, поэтому поступило предложение учиться у них. Так я попала на стомат. Но на 2-м курсе мужа перевели в Москву в связи с окончанием академии, и я тоже оформила перевод на стоматологический факультет в столицу, в наш ММСИ.

Училась на вечернем и в какой-то момент поняла, что моё зрение стремительно ухудшается, что для стоматолога фатально. Поэтому, когда пошёл слухок, что будет образован лечебный факультет, мы вместе с Колей Поповым (Н.В.Попов – председатель Профкома МГМСУ) и другими ребятами перешли с 3-го курса стоматата на 3-й курс лечфака. Было, конечно, небольшое расхождение в программах на младших курсах, но мы всё досдали, и таким образом я оказалась в самом первом «призыве» лечебного факультета, где нас собралось 20 человек.

### Впереди планеты всей

Сегодня я руковожу отделом по воспитательной работе. Какое-то время я была членом большого профкома, членом парткома лечебного факультета. 5 лет работала замдекана лечебного факультета, после чего была избрана деканом и занимала эту должность с 1993 по 2000 г.

В 2002 г., когда ректором был Н.Ющук, мне предложили отвечать за методическую работу. По сути дела, я её продолжала: мы готовили государственную аттестацию по новому стандарту, я руководила большой методичес-

кой группой. Нас окружали очень сильные специалисты, взять, к примеру, Владимира Петровича Померанцева, это великолепный методист. Н.Ющук и Э.Луцевич возглавляли процесс, а мы были членами методической комиссии при Минздраве, и наши наработки издавались на весь СССР. В части изданий нашему институту не было равных, он играл ключевую роль, потому что каждый государственный экзамен сопровождался новым методическим обеспечением.

### Врачом становишься ночью

Моя жизнь неотделима от МГМСУ, и я счастлива, что по сей день иду рука об руку с родным вузом. У нас прекрасный профессорско-преподавательский состав, и он всегда был таким: лекции наших профессоров студенты из других мединститут, с которыми я жила в одном подъезде, переписывали и читали взахлёб, такое было качество изложения материала. Мы были за пределами мотивированными студентами, и это ещё дополнялось жёсткой требовательностью наших педагогов. Нынешним ребятам, на мой взгляд, не хватает практики, а врачом ведь становишься ночью – именно на дежурствах появляется закалка, приобретается бесценный клинический опыт, после которого нужно снова садиться за учебник, и так несколько раз по кругу.

У нас очень талантливая молодёжь, творческая. На мой взгляд, нужно ужесточить приём в университет, но с теми, кто прошёл, работать очень скрупулёзно и трепетно: не отчислять при первой их оплошности, а задаться вопросом – всё ли мы сделали для них как наставники, поборолись ли мы до конца за их право на профессию.

Я бы очень хотела, чтобы признание и статус врача сегодня были такими же, какими они были в наше время. МГМСУ прошёл большой и достойный путь, и сегодня нужно приложить все усилия, чтобы его выпускники котировались очень высоко.

**Леонид ПЕРСИН – член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой ортодонтии:**



### На три части

Мой путь в профессию был предопределён с детства – папа работал в стоматологии, мне нравилось к нему приходить на работу, и когда пришло время поступать, вопросов не возникло. Разумеется, папа повлиял на выбор, да и мама поддержала, согласившись с тем, что это достойная специальность. Поступил я в ММСИ в 1965 г. По окончании мне предложили пойти к профессору А.Колесову на кафедру стоматологии детского возраста старшим лаборантом. В 1989 г. я защитил докторскую диссертацию, а Александр Александрович в тот момент посчитал целесообразным разделить нашу кафедру на 3 части, одна из которых превратилась в ортодонтию. Таким образом, в 1990 г. впервые в Советском Союзе среди медвузов появилась кафедра ортодонтии. Я активно участвовал в её создании, хотя начинали мы очень скромно – 4 преподавателя по ортодонтии, 2 клинических ординатора и отсутствие какой-либо серьёзной базы. В течение следующих 25 лет у нас появились 20 преподавателей, 5 докторов наук, а также кандидаты наук, ассистенты, старшие лаборанты. Однако самым главным показате-

лем развития считаю резко возросшее количество клинических ординаторов: 170 человек сегодня против 2 в 1990 г. Подозреваю, что второй такой кафедры, где имеется столько желающих овладеть этой специальностью, наверное, нет. На 1 сентября нынешнего года уже записались 70 человек, чтобы поступить к нам в ординатуру. Это самый объективный показатель востребованности.

Говоря о ключевых вехах, можно вспомнить 1995 г., когда удалось выделить ортодонтию в отдель-

**гии. Ректор университета с 2002 по 2007 г.:**

### Из шахты – в медицину

Желание стать врачом соперничало с мыслью пойти в железнодорожники – так мне хотелось по молодости сесть и объехать всю страну. Но вместе с тем тяга к



### Все на подмогу

За время работы ректором могу себе в заслугу поставить получение базы в Кусково. Это был труднейший процесс передачи,



ную врачебную специальность. Тогда же мы создали профессиональное общество ортодонтов, в октябре в Сочи пройдет его 18-й съезд. В 1998 г. мы основали журнал «Ортодонтия», который является весьма авторитетным изданием.

### Профессор за спиной компании

Профессиональные знания и навыки аккумулировались разными способами. Большой толчок лично мне дал ректор Е.Соколов, который брал меня и В.Копейкина с собой в командировки. За границей мы видели всё самое современное, там я познакомился с той ортодонтией, с той стоматологией, которую можно было на тот момент взять за эталон. И, надо сказать, мы сильно преуспели в этом. Но громадным недостатком российской стоматологии, да и, наверное, всей нашей медицины остаётся отсутствие отечественного производства. Сегодня у нас пишется много диссертационных работ, но, по сути, темы придумываем мы сами, исходя из каких-то своих представлений. Должно же быть не так – рынок выступает в качестве модератора идей, а жёсткая сцепка науки и бизнеса позволяет довести прорывную разработку до конечного потребителя. Этого у нас нет. А «у них» работает: компании совместно с университетами вместе разрабатывают и зарабатывают. За спиной любой крупной фирмы всегда стоит профессор со своими мыслями, идеологией и желанием двигаться вперёд. И, конечно, за границей потрясающая система государственных вливаний, грантов.

У нас это тоже есть, и мы дважды выигрывали грант Президента РФ и даже разработали уникальный прибор для изучения тонуса жевательной мускулатуры, так называемый миотонетр, аналогов которому нет в Европе. Однако масштабы таких программ у нас, к сожалению, существенно меньше.

**Николай ЮЩУК – академик РАН, президент МГМСУ, заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиоло-**

логии была тоже впечатляющей: я искренне верил, что решу все проблемы с онкологическими заболеваниями. Так как родители видели мои колебания (а они хотели, чтобы я стал врачом), было решено, что после школы поработаю. Первые 5 месяцев я работал на железнодорожной станции смазчиком – менял тормозные колодки и заливал масло в тормозную систему. Затем по рекомендации отца, который трудился на шахте такелажником, перешёл работать на шахту молотобойцем и слесарем по ремонту вагонов. Постоянно находясь в гуще рабочих, а среди них были и люди с высшим образованием, я многому у них научился, и многое пригодилось потом в повседневной жизни. Проработал я на шахте 2 года и с большим теплом вспоминаю многих из тех моих учителей. Благодаря этому опыту у меня появилась возможность льготного поступления в Горный институт, но я остался верен себе и всё равно выбрал стезю врача: «врачеватель» победил и «путешественник», и я поступил в Иркутский государственный мединститут.

После 3-го курса был избран секретарём комитета комсомола вуза, а затем поступил в ординатуру. После окончания какое-то время занимал должность главного врача Иркутской инфекционной больницы – у меня случались командировки в Москву, и в одной из поездок меня познакомили с В.Покровским – молодым и самым прогрессивным профессором – инфекционистом, который предложил мне поработать у него, начав с должности врача-стажёра (после работы главным врачом больницы!). Я согласился и начал заново осваивать путь инфекциониста в клиническом отделе ЦНИИ эпидемиологии. От врача-стажёра прошёл путь до научного сотрудника института и горжусь этим. А ЦНИИ эпидемиологии – мой второй дом.

Спустя какое-то время В.Покровскому предложили возглавить кафедру инфекционных болезней в МГМСУ, куда он перевёл и меня. Так, с должности ассистента началось моё последовательное движение по всем ступеням: доцент, профессор, заведующий кафедрой, декан, проректор, ректор, президент. Если

бы не профессор В.Покровский, трудно сказать, сложился ли мой путь в такой конфигурации. Именно его я считаю своим самым главным наставником, и именно благодаря ему дорога университета и мой путь соединились. Я обязан этому человеку бесконечно.

медицинских вузов. Победа позволила получить 237 млн руб., которые были направлены на оборудование, оснащение кафедр и создание лаборатории клеточных технологий. Была создана уникальная кафедра ЮНЕСКО «Здоровый образ жизни» – подписание об открытии состоялось в Париже в 2003 г.

К сожалению, не удалось реализовать проект создания отдела подготовки зубных техников из числа инвалидов, участников вооружённых конфликтов. Там были предусмотрены учебно-реабилитационная база, плавательные бассейны, техническое отделение, общежития и т.д., но эта идея была отвергнута.

Сегодняшнее студенчество не вызывает у меня сильных опасений. Я вижу очень много талантливых, энергичных, целеустремлённых ребят. Уверен, многие из них станут замечательными врачами. Конечно, сейчас другое время, другие технологии, в которых они очень хорошо разбираются. Но моё пожелание сводится к тому, чтобы всё-таки они думали больше о вузе, о стране, о пациентах. Нынче в нашей жизни пропагандируется культ материальных благ, и в ребятах, конечно, «прорастают» практицизм и настрой на коммерцию. Может, это и неплохо, но забывать об истинном призвании врача нельзя – нужно любить больного, быть готовым к самопожертвованию. Тогда всё будет: и слава, и почёт, и достаток.

### Ключевой фактор

Самый непростой отрезок в моей карьере – период проректорства. Возглавлял вуз тогда Е.Соколов, это было очень сложное для университета время: недостаточное финансирование, руководящая роль парткома и отношения между факультетами были не из лёгких. Ряд решений встречал сильное противостояние, но Евгений Иванович всё это достойно выдерживал и вёл университет дальше. Он – один из моих учителей, к которому я испытываю глубокое чувство благодарности.

Мои самые сильные эмоции, конечно, связаны с получением базы в Кусково. Если бы у нас не было такой клиники, ещё неизвестно, что бы было сегодня с университетом. Особенно сейчас, когда введены понятия «эффективный вуз», «неэффективный вуз», «рейтинг», «ключевые показатели» и многое другое.

Поскольку я прошёл все ступени, то мне кажется, что я могу объективно судить о том, что же является ключевым фактором в развитии вуза. На мой взгляд, это – современный, молодой и образованный ректор. О.Янушевич и есть такой ректор! Он ключевая фигура, и те кадры, которые он подберёт в свою ректорскую команду, будут определять все дальнейшие процессы.

В 95-летний юбилей МГМСУ хотел бы вспомнить и от души поблагодарить всех, с кем я шёл по непростому пути: Э.Луцевича, Г.Барера, К.Дзугаева, Л.Золотницкую, В.Задонченко, А.Лежнева, И.Маева, И.Лебеденко, Л.Персина, Л.Юдакову, О.Янушевича, И.Яковенко и многих других. Без этих людей, без их поддержки я бы не смог сделать того, что удалось сделать вместе.

МГМСУ в будущем мне представляется как научно-инновационный вуз медицинских кадров и технологий. Хочу подчеркнуть – не только технологий, но и кадров! Самые передовые технологии возможны только при грамотных, целеустремлённых кадрах! Если мы их вырастим, то процветание гарантировано.

Подготовил  
Владимир ЗАМЖИЦКИЙ.

### От материального к духовному

В 2007 г. МГМСУ стал победителем конкурса инновационных и образовательных программ среди

На заседании расширенного методического совета Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области обсуждены итоги работы в 2016 г. В работе методсовета приняла участие Валерия Шлемская, начальник Управления организации медицинской помощи взрослому населению Минздрава Московской области. На итоговые заседания судебных медиков уже традиционно, начиная с 2014 г., приглашаются специалисты из правоохранительных органов. В работе этого мероприятия приняли участие Алексей Ермоленков, куратор по линии Федеральной службы безопасности РФ, Александр Иванов, заместитель руководителя ГСУ СКР по МО, Алексей Мотылёв, начальник Управления криминалистики Главного следственного управления Следственного комитета РФ по Московской области и представитель прокуратуры МО Светлана Блиникова.

### О росте нагрузки при дефиците кадров

Расширенный формат мероприятия даёт возможность увидеть полную картину достижений и определить остающиеся «узкие места» как во внутриучрежденческой деятельности судебных медиков, так и в их межведомственном взаимодействии с правоохранителями.

С докладом выступил начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы Московской области, главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения Московской области Владимир Клевно.

Руководитель Бюро СМЭ обратил внимание участников мероприятия на результативность и эффективность организации рабочего процесса в своём учреждении и определил это как один из приоритетов службы, которая сегодня испытывает ощутимый дисбаланс между дефицитом кадров и растущей нагрузкой на специалистов флагманских отделов Бюро СМЭ области.

### Осторожный оптимизм

На протяжении последних лет, как отметил докладчик, отраслевые руководители были обеспокоены общей недокомплектованностью медицинскими кадрами.

Между тем он выразил осторожный оптимизм, отметив, что в прошлом году ситуация всё-таки начала меняться в лучшую сторону – на работу в бюро были приняты 23 врача, в том числе четверо после окончания интернатуры и один – клинической ординатуры.

До плановых показателей пока ещё далеко, но всё же по притоку молодых кадров в областное Бюро СМЭ уже заметна тенденция к улучшению, – считает его руководитель, – среди наших «премьеров» 22 врача первого года работы и 11 стажёров, которые проходят практику у опытных наставников, – с удовлетворением отметил докладчик. При этом он подчеркнул, что самого пристального внимания требуют вопросы профессиональной подготовки и повышения квалификации медицинских кадров.

### Повышая квалификацию

Для руководства Бюро СМЭ повышение квалификации сотрудников – одна из первоочередных задач, решению ко-



В.Клевно анализирует итоги прошлого года

высшую. Эти показатели свидетельствуют о том, что в областном Бюро СМЭ работают квалифицированные специалисты, мотивированные на постоянный профессиональный рост.

Как подчеркнул В.Клевно, большим событием для судебно-медицинской службы области стало открытие кафедры судебной медицины факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского.

– С 1 января прошлого года началась реализация проекта «Внедрение непрерывного медицинского образования» Минздрава России, – пояснил он. – Ассоциация судебно-медицинских экспертов вместе с но-



На заседании выступает В.Шлемская

2012 г., когда их было свыше 25 тыс. Да и показатели по причинению тяжкого вреда здоровью в 2016 г. заметно снизились по сравнению с 2012 г. – с 2703 до 1917 случаев, – что в динамике наблюдений за указанный временной период можно рассматривать как положительную тенденцию.

Приводя данные по количеству выписанных свидетельств о смерти в Подмосковье, руководитель Бюро СМЭ констатировал: судмедэксперты выдали 53,3% таких документов от числа умерших в области; патологоанатомы – 27,1; участковые врачи – 19,6. При этом он обратил внимание, что на участковую сеть приходится большая часть свидетельств о смерти, выписанных с различными ошибками.

## Акценты

# Курс на эффективность

Судебно-медицинские эксперты Подмосковья подвели итоги работы за 2016 год



В зале собрались судмедэксперты из всех районов области

торой в 2016 г. было уделено особенно много внимания. За этот период 56 врачей прошли повышение квалификации по специальности «судебно-медицинская экспертиза»; практику по профилю «патологической анатомии» – два эксперта и ещё два – по специальности «общественное здоровье и организация здравоохранения». Девять врачей – судебно-медицинских экспертов в настоящее время занимаются диссертационными исследованиями на соискание учёной степени кандидата и доктора медицинских наук, – привёл оптимистичную статистику начальник Бюро СМЭ.

Если оценивать кадровый состав Бюро СМЭ Московской области по принадлежности к учёному корпусу, то в 2016 г. в учреждении работали 18 кандидатов медицинских наук, два – фармацевтических и один биологических наук, есть два доктора медицинских наук. За год на квалификационную категорию были аттестованы 23 судебно-медицинских эксперта: 16 врачей – на первую и 6 – на

второй кафедрой активно развивает этот проект, в рамках которого, в частности, организует научно-практические мероприятия для профильных специалистов.

– Поскольку все наши конференции и образовательные модули прошли аккредитацию в Координационном совете по развитию НМО Минздрава России, то врач, проходящий у нас обучение, получает столь необходимые теперь каждому специалисту баллы (кредиты), которые в дальнейшем будут учитываться при прохождении аккредитации. Мы выдаём свидетельство установленного образца с указанием индивидуального кода подтверждения и количества учёных баллов, – уточнил профессор В.Клевно.

Высокий профессиональный уровень врача – судебно-медицинского эксперта – непременное условие для адекватного решения им не только задач по экспертному сопровождению деятельности правоохранительных органов и судебной системы в делах, связанных с преступлениями против жизни и здоровья

граждан, но и по содействию органам здравоохранения и подведомственным им учреждениям в улучшении качества оказания медицинской помощи населению.

### Результаты сопоставления диагнозов

И в этой связи В.Клевно ознакомил участников совещания с результатами анализа данных, полученных в 2016 г. при ежегодно проводимом в Бюро СМЭ сопоставлении клинических и судебно-медицинских диагнозов. Докладчик с сожалением констатировал, что количество их расхождений уменьшить всё ещё не удаётся, и условно положительным моментом, по его оценке, можно считать лишь «стабилизацию» этого показателя.

Что касается судебно-медицинских освидетельствований в отношении живых лиц, то, по данным, озвученным в докладе, в 2016 г. их было произведено более 21 тыс. Но, как подчеркнул докладчик, это почти на 4 тыс. случаев меньше, чем в

### «Русский крест»: острота снижается

Рассматривая наркоситуацию в Московской области, руководитель Бюро СМЭ отметил тенденцию к снижению её остроты. Пока рано делать однозначные выводы, но ситуация, которую в 2012 г. называли «русский крест», – когда количество случаев смерти от отравления наркотиками преобладало над случаями отравления алкоголем, – начала меняться. Нельзя сказать наверняка, что это связано с нивелированием социальных проблем в регионе, но, по мнению профессора В.Клевно, можно с уверенностью говорить о том, что благодаря новой приборной базе судебно-химической службы областного Бюро СМЭ диагностика отравлений наркотическими веществами заметно улучшилась.

Благодаря этому улучшается и тактика Управления по контролю за оборотом наркотиков ГУ МВД России по Московской области по противодействию распространения на территории региона новых веществ, обладающих психоактивным воздействием на организм человека.

Очевидно, что итоговые мероприятия областного Бюро СМЭ сегодня представляют собой площадку для эффективной интерференции судебно-медицинских экспертов и представителей ключевых межведомственных организаций. Уникальность деятельности судебных медиков заключается в эксклюзивной возможности этих специалистов аккумулировать важную статистику, и на её основе давать актуальную оценку ситуации, как в части, связанной с преступлениями против жизни и здоровья граждан, так и в части качества оказания медицинской помощи населению московского региона. Именно поэтому судебные медики в настоящий момент являются теми информированными модераторами, которые способны вести ответственный диалог и с заинтересованными правоохранителями, и с врачами-клиницистами.

Алексей ПАПЫРИН,  
обозреватель «МГ».

Москва.

Фото Георгия ЗЫКОВА.

Исследования

## «Нулевой пациент» не виноват в распространении ВИЧ?

Газтан Дюга, которого считали «нулевым пациентом» и основным переносчиком ВИЧ-инфекции в США, был лишь одним из тысяч человек, заразившихся ВИЧ в 1970-е годы. Этому посвящено исследование группы учёных.

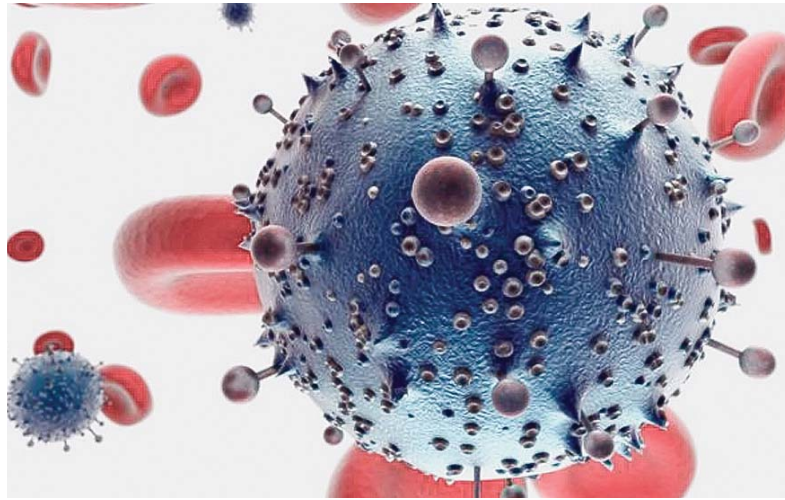
Дюга работал бортпроводником в авиакомпании Air Canada. Он умер в 1984 г. В 1987 г. вышла книга «И оркестр продолжал играть» журналиста Рэнди Шилтса. В ней Дюга назван «нулевым пациентом». Дюга был геем, и журналист описывает его беспорядочные гомосексуальные связи, которые, по мнению автора книги, способствовали распространению ВИЧ-инфекции в США.

ВИЧ стали массово выявлять в 1981 г., когда врачи стали замечать странные симптомы у мужчин-гомосексуалистов.

Учёные же полагают, что эпидемия ВИЧ в США началась намного раньше – в 1970 или 1971 г.

К таким выводам исследователи из Университета Аризоны пришли на основе анализа образцов крови, взятых в 1970-е годы у больных гепатитом. Некоторые из них были заражены ВИЧ.

Так же учёные разработали новый метод реконструирования генетического кода болезни. По



этим данным они отследили распространение ВИЧ в США.

Проанализировав генетический код вируса в крови Дюга, учёные пришли к выводу, что бортпроводник никак не мог быть «нулевым пациентом».

При этом долгое время его демонизировали как человека, ответственного за распространение болезни в США.

Центр по контролю за заболеваниями США действительно отметил его дело как «Пациента О». Но «О» здесь означало букву. Имелось в виду, что случай произошёл не в Калифорнии.

Считается, что мировая эпидемия ВИЧ началась в городе Киншаса в Демократической Республике Конго. В США центром распространения заболевания стал Нью-Йорк, уверены учёные. Именно отсюда, по их мнению, вирус попал в другие города США, а также в Европу, Австралию, Японию и другие регионы. В Нью-Йорке оказалось достаточное количество заболевших для выявления вируса.

Семён ГОРБУНКОВ.  
По материалам ВВС.

Угроза

## Пожиратели плоти

Учёные из Сиднейского технологического университета (Австралия) призвали обратить особое внимание на забытые и экзотические тропические болезни. Такое заявление обусловлено результатами их научной работы, в ходе которой они обнаружили ранее не известного паразита – возбудителя лейшманиоза. Лейшманиоз также называют болезнью зомби, так как внешние симптомы одной из его форм напоминают гниение живого – на коже у людей появляются язвы. Болезнь переносят москиты, в пищеварительном тракте которых и живут паразиты – «пожиратели плоти».

Новый вид паразита назвали *Zelonia australiensis*. Он не так опасен, как его родственники, однако, по словам ведущего автора исследования Джозеля Барратта, находка крайне важна для науки. Она проливает свет на то, каким образом эволюционируют паразиты, захватывая новые земли

и заражая новые виды. В последнее время заболеваемость лейшманиозом возросла, и изучение процесса эволюции его возбудителя поможет понять, каким образом паразиты перешли от заражения насекомых к заражению человека, а также, возможно, воспрепятствовать этому заражению. По словам учёных, люди смогут изучить новые – хорошо забытые старые – болезни достаточно, чтобы эффективно противостоять им, только при условии постоянной работы на опережение. Стоит отметить, что вспышка лейшманиоза не так давно произошла в одном из регионов Казахстана – а это значит, что редкая тропическая болезнь встречается не только в тропиках.

Что характерно, редкие болезни могут «выстрелить» в любой момент. Например, вирусом Зика за 60 лет после его обнаружения заболели всего 15 человек – однако затем заболеваемость им достигла масштабов пандемии. В Университете Сан-Паулу (Бразилия)

специально для идентификации и предотвращения возможных эпидемий был разработан тест, определяющий 416 тропических болезней – об этом сообщалось в конце минувшего года. Стоимость платформы-определителя достаточно высока, но последствия эпидемии, которую не удалось предотвратить, могут привести к намного большим затратам.

Впрочем, новые болезни – это не всегда хорошо забытые старые. Не так давно японская группа учёных открыла совершенно новое заболевание, передающееся по наследству. Оно связано с нарушением обмена веществ и характеризуется высокой летальностью в детском возрасте. Ген, мутация которого вызывает развитие болезни, был идентифицирован впервые. Возможно, от какой-либо ещё не открытой болезни страдает норвежский спортсмен Тарьей Бё, победитель Олимпийских игр и восьмикратный чемпион мира по биатлону. Сообщается, что врачи не могут поставить ему точный диагноз. Из-за заболевания чемпион отказался от тренировок.

Марк ВИНТЕР.  
По сообщению Reuters.

Идеи

## На основании пубертата

Самки крыс инстинктивно чувствуют, перенёс ли самец социальный стресс в подростковом возрасте, а главное, как он с ним справился. В соответствии с этим подсознательным знанием они и подбирают себе партнёра. Таковы результаты исследования, проведённого в Университете Бингемтона (США). Учёные предполагают, что это касается не только крыс, но и остальных млекопитающих, в том числе людей.

Проводя эксперименты, исследователи обнаружили, что у самок крыс имеется почти врождённое

понимание прошлых эмоциональных переживаний самцов. По словам ведущего исследователя Николь Кэмерон, самка крысы легко определяет, кто из самцов в юном возрасте был подвержен стрессу, и выберет себе в пару самца, который лучше всего сопротивлялся негативу.

Самец, который подвергался давлению, не пытаясь оказывать достойного сопротивления обстоятельствам, вырастает неудачником, и самка к нему даже не подойдёт. Однако если самец, будучи подростком, находился в состоянии социального стресса, но выжил и стал доминирующей особью, самка

находит его даже более привлекательным, чем самца из контрольной группы, который вообще не переживал никакого стресса.

Учёные предполагают, что опыт противодействия стрессу в подростковом возрасте приводит к изменениям, которые, не будучи реально ощутимыми, сильно влияют на сексуальное поведение самок вне зависимости от того, к каким млекопитающим они относятся. В настоящее время Н.Кэмерон и её коллеги намерены исследовать сексуальную привлекательность животных, которые получили низкий уровень материнской заботы, и выяснить, что должно произойти, чтобы эти животные стали более «успешными» в своих социумах.

Алина КРАЗЕ.  
По сообщению CNN.

Гипотезы

Люди, имеющие повышенную активность миндалевидного тела (области мозга, связанной со стрессом), более склонны к развитию сердечно-сосудистых заболеваний. Такое открытие сделали учёные из Гарвардской медицинской школы и общеклинической больницы штата Массачусетс, занимаясь поискам механизма, с помощью которого хроническая тревожность приводит к проблемам с сердцем.

## Во избежание стресса

Исследования проводились с участием 293 добровольцев, у которых в режиме реального времени сканировалась активность головного мозга, костного мозга, селезёнки и состояния артерий. Эти характеристики отслеживались в течение почти 4 лет. Часть добровольцев перенесла за это время сердечно-сосудистые катастрофы, включая инфаркт, стенокардию, сердечную недостаточность, инсульт и заболевания периферических артерий.

Выяснилось, что больший риск ССЗ имели люди с более высокой активностью миндалевидного тела; исследователи также обнаружили, что увеличение активности в нём связано с повышенной активностью костного мозга и воспалением в артериях, что в итоге приводит к росту сердечно-сосудистых рисков.

Миндалевидное тело, как известно, отвечает за то, чтобы костный мозг в случае необходимости производил больше лейкоцитов, что в своё время было жизненно

важно для выживания. Однако в современном мире хронический стресс может привести к чрезмерной выработке лейкоцитов, которые образуют бляшки в артериях и приводят к болезням сердца.

Таким образом, хронический стресс может рассматриваться как важный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний наравне с высоким кровяным давлением, курением и диабетом. В свою очередь, снижение стресса даёт организму преимущества, которые выходят за рамки обычного психологического благополучия.

На основании клинических данных, полученных в результате эксперимента, исследователи рекомендовали включить его в оценку риска сердечно-сосудистых заболеваний в повседневной клинической практике с учётом того, что в состоянии хронического стресса живут всё больше и больше людей.

Борис БЕРКУТ.  
По сообщению Reuters.

Мнения

## Белок тромбоза

Пациенты со злокачественными опухолями мозга чаще страдают от тромбоза, чем люди, у которых опухоли нет. Почему так происходит – до сих пор не было известно, однако учёным из Венского медицинского университета (Австрия) удалось пролить свет на механизм, который «включается» у онкобольных. Междисциплинарное исследование вели Джулия Ридл и Шихан Ай. Они обнаружили, что в развитии тромбозов участвует белок подопланин, который встречается на поверхности раковых клеток.

Тромбозы, к сожалению, – весьма частое осложнение онкологических заболеваний. Процесс малигнизации, как известно, влияет на свёртываемость крови, он может повысить интенсивность этого процесса. Риск тромбоза у раковых больных выше в 4-7 раз. В свою очередь, если у онкопациента развивается тромбоз – вероятность того, что он вскоре умрёт, повышается. Проведённое в Дании исследование показало, что выживаемость в пределах года у таких пациентов, которые не страдают тромбозом, составляет 12 против 36%. Вероятность нарушения свёртываемости крови варьирует в зависимости от типа рака, и опухоли мозга вместе с раком лёгких и поджелудочной железы лидируют в этом списке.

Кроме того, у пациентов, у которых опухоль дала метастазы, тромбоз развивается в 1,9 раза чаще. Среди больных со злокачественными опухолями мозга от венозного тромбоза отдалённо страдают каждый 5-й или 6-й пациент.

Учёные выяснили, что на свёртываемость крови значительное

влияние оказывает белок подопланин. Он «живёт» в лимфатической системе и участвует, например, в разделении лимфатической и кровеносной систем эмбриона. Подопланин активен в тканях онкобольных, и он может, в свою очередь, повышать активность тромбоцитов – важных компонентов системы свёртывания крови.

Для научной работы использовались данные из венского исследования рака и тромбоза, которое на данный момент продолжается уже более 10 лет. Учёные окрасили образцы тканей, взятых у пациентов со злокачественными опухолями, с помощью специальной техники, чтобы измерить уровень экспрессии подопланина.

Оказалось, что повышенная экспрессия этого белка с большой вероятностью свидетельствовала о наличии у больного сопутствующего заболевания – венозного тромбоза. При этом за 2 года риск развития этого заболевания у онкобольных увеличился в 6 раз.

Чтобы понять, почему пациенты так восприимчивы к тромбозу, специалисты изучили скопления тромбоцитов и выяснили, что чем больше было этих скоплений, тем выше была концентрация подопланина в тканях больного. В лабораторных условиях научным сотрудникам удалось доказать, что подопланин-позитивные клеточные линии раковых опухолей оказывают значительное влияние на активность тромбоцитов и заставляют их скапливаться вместе.

Таким образом, механизм возникновения венозного тромбоза был раскрыт, и это открытие теперь возможно использовать для его профилактики и лечения.

Генрих ВЕРНЕР.  
По информации Medical Xpress.

Частная медицина давно доминирует в развитых странах. В последние годы, пусть не так масштабно, но она утвердилась и в России, особенно в наших столицах и больших городах.

### Взгляд в будущее

Крупные частные центры и больницы, чтобы конкурировать с государственными, должны располагать опытными врачами, вышколенными медсёстрами, иметь современное оборудование и лучшие условия для лечения пациентов. Но порог их экономической доступности для населения часто непреодолим. Однако в России уже достаточно обеспеченных граждан, для которых плата за лечение не является препятствием, лишь бы оно было комфортным и качественным.

Высоким заработком легко привлекаются известные доктора. И, если частные стационары – не профанация, то обычно они процветают. Вероятно, негосударственная медицина будет всё больше преобладать в нашем здравоохранении, особенно если расходы на неё станут покрывать страховые компании.

Но много ли у нас частных врачей общей практики, неврологов, нейрохирургов и иных клиницистов? Частнопрактикующих дантистов – да. А других мне почти не встречалось.

Тем любопытней опыт страны, где частная медицина обеспечивает две трети населения стационарной помощью, а ещё больше – амбулаторной.

### Семейная компания

Прогуливаясь по Лимасолу, крупному городу Кипра, невольно отмечаешь, как часто встречаются вывески частных врачей самых разных специальностей. Вот улица Голган. У входа в особняк чётко написано: «Доктор Михалакис Спиру, нейрохирург», «Доктор Стелла Спиру, акушер-гинеколог».

Я давно знаком с ними. Оба окончили аспирантуру в Москве: Михалакис – в Институте нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, Стелла – в Институте охраны здоровья матери и ребёнка РАМН. Оба защитили кандидатские диссертации. И профессионалами вернулись на Родину – Кипр. Это было четверть века назад.

В государственных больницах вакансий не оказалось. И молодым специалистам ничего не оставалось, как обратиться в Министерство здравоохранения с просьбой разрешить им частную

### Точка зрения

# Частный доктор: кипрский опыт

## Это не только обогащение, но и служение на износ



практику. Образованные, энергичные киприоты с гуманистическим мировоззрением подошли к своей частной деятельности не только как к способу существования, но прежде всего – лечению пациентов.

Супружеская пара создала семейную компанию и построила здание, где расположились офисы Михалакиса и Стеллы со смотровыми и манипуляционными кабинетами, холлом ожидания и всеми необходимыми подсобными помещениями. Кабинеты врачей оснащены компьютерами, инструментарием и современной аппаратурой для амбулаторного обследования и лечения. Стелла, например, сама делает ультразвуковое исследование беременных, кольпоскопию, термоагглюляцию. Запись на приём по телефону осуществляет регистратор, одна на два кабинета. Очередей, разумеется, нет, хотя пациентов приходит немало.

### Личные впечатления

Мне довелось увидеть, как принимает больных Михалакис. Он – весь внимание и сочувствие пациенту. Классический расспрос и осмотр, а затем – рекомендации по режиму, по лекарствам, по исследованиям. Понятно, почему многие больные связаны со своим доктором годами и рекомендуют его знакомым.

Вот пришла с мужем пожилая женщина. Жалуетесь – болит поясница и перестала слушаться левая стопа. По клинической картине

грыжа поясничного диска. Для уточнения диагноза Михалакис направляет больную на магнитно-резонансную томографию. Примерно, через час муж привозит её со снимками. Чётко видна большая грыжа межпозвоночного диска, выпавшая в позвоночный канал. Без операции не обойтись. Больная согласна. И Михалакис успешно оперирует её через день.

Я подумал, а если бы эта больная обратилась в нашу поликлинику, разве был бы возможен такой темп обследования и хирургического вмешательства?

Оперирует он, как и Стелла, в частных больницах Никосии, Лимасола и Пафоса, которые всё обеспечивают и выставляют счета для оплаты анестезиолога, нейрохирурга, анализов, пребывания и т.д.

Михалакис также, наряду с Лимасолом, по 1 разу в неделю ещё ведёт амбулаторный приём в Никосии, Ларнаке и Пафосе. За год он принимает около 3 тыс. пациентов, из них оперируют 150-200. Эта цифра является средней для нейрохирургов Московского института нейрохирургии, а для нейрохирургов наших периферийных больниц – высокой.

Часто Михалакис ездит на различные европейские и российские конференции, ведёт исследования по позвоночно-спинномозговой патологии, выполняя утверждённую в Москве докторскую диссертацию. Словом, как профессионал он не отстаёт от своих «государственных» коллег, скорей – напро-

тив. Неслучайно, его приглашают оперировать и на турецкой части острова.

Стелла ведёт беременных, принимает роды, проводит экстракорпоральное оплодотворение и делает в год 120-150 операций. Она очень популярна не только среди гречанок, но и русских, которых здесь становится всё больше и больше.

Надо сказать, что на Кипре высокая конкуренция среди частных врачей. Например, в двухсоттысячном Лимасоле 22 частных акушера-гинеколога.

Трудятся супруги Спиру с раннего утра до позднего вечера. Хорошо зарабатывают. О них можно сказать: состоятельные люди.

Живут в деревне Хлорака близ Пафоса, в просторном двухэтажном собственном доме с большим садом. Держат прислугу. Младший сын Николаос учится в частной английской школе. Возят себя сами: у каждого престижная машина. Двое старших детей окончили медицинские институты и теперь проходят специализацию: Андроник – в Москве, Кристина – в Стокгольме. Стелла и Михалакис ждут их возвращения на Родину и надстраивают для врачебных кабинетов сына и дочери второй этаж своего служебного здания.

Спиру аккуратно платят все немалые многочисленные налоги, и у государства нет к ним никаких претензий.

### А как с оплатой?

Но нельзя обойти вопрос: во что обходится пациентам лечение у частного доктора?

Недешево, особенно оперативное вмешательство. Однако на Кипре есть страховки, которые покрывают все расходы обладателя на лечение. Есть, конечно, страховки подешевле, покрывающие лишь часть трат (до 70% и меньше). А если страховки нет, то пациент полностью оплачивает лечение сам.

Я – убеждённый государственный. Вот уже более 60 лет работаю только в учреждениях Минздрава. Но увидевшая мной деятельность частных коллег произвела сильное

впечатление. Качество их работы во многом выше, да и удобней для пациентов, чем в бесплатном здравоохранении Кипра.

Частный доктор – всегда одинок и во всех смыслах может рассчитывать только на себя. Ленивый, неорганизованный и профессионально слабый эскулап может ещё удержаться в государственной системе здравоохранения, но уж точно провалится в частной медицине. Пусть не соблазняет она только высокими доходами. Им надо соответствовать и уметь себе отказывать. Ни тебе большого отпуска, ни расслабления ни днём, ни ночью, ни в будни, ни в праздники.

Свежий пример. Мы ужинали поздно вечером, дождавшись Михалакиса после операции и приёма 15 пациентов. Позвонили из Лимасола – двое англичан получили черепно-мозговую травму. Михалакис извинился и отправился в ночь на консультацию, а это 80 км от его дома, правда, дороги на Кипре хорошие.

Терять пациентов нельзя, заменить или подменить некому. Вот и крутись, забыв, что такое отгулы и больничный лист.

Частному доктору, в отличие от государственного, не от кого получить совет и помощь, не с кем поделиться сомнениями. Сам, только сам и принимаешь, и исполняешь решения. И сам отвечаешь за результат. Лишь собственная совесть – твой контролёр и судья.

Но, вероятно, это и есть условия для самовоспитания врача как профессионала и личности.

Насколько частные врачи приживаются в огромной и социально очень разнородной России? Желая им стать следует помнить, что частная практика – не лёгкое обогащение, а достойное оплачиваемое служение на износ.

Леонид ЛИХТЕРМАН,  
профессор,  
заслуженный деятель науки РФ,  
лауреат Государственной  
премии России.

Национальный  
научно-практический центр  
нейрохирургии  
им. Н.Н.Бурденко.

Кипр – Москва.

### Эксперименты

Учёные из Гронингенского университета (Нидерланды) экспериментально доказали, что жевательная резинка способствует поддержанию гигиены полости рта не меньше, чем зубная щётка и нить.

## Жевать и не переживать

Предыдущие исследования уже показали, что большую пользу приносит жевательная резинка без сахара. Как правило, жвачка содержит подсластитель (ксилит, маннит или сорбит), который сокращает образование бактериальных биоплёнок, провоцирующих развитие заболеваний полости рта. Также производители добавляют в жевательные резинки различные активные добавки, которые способствуют реминерализации зубов и сводят к минимуму их разрушение.

В новом исследовании приняли участие пятеро добровольцев, в ротовую полость которых было введено некоторое количество специально культивированных бактерий, обычно присутствующих в ротовой полости (в основном стрептококки и актиномицеты). После этого участников исследования попросили в течение определенного времени жевать жевательную резинку (в ходе эксперимента было использовано два вида мятной жвачки, которые

нужно было жевать от 30 секунд до 10 минут).

Результаты исследования показали, что на каждой пластинке оказалось около 100 млн бактерий. Однако спустя 30 секунд жвачка теряет свою адгезивную способность, что приводит к снижению количества бактерий, налипших на неё. «Пойманные бактерии были видны на изображениях, полученных при помощи электронного микроскопа», – отметили авторы в своей статье.

Таким образом, жевательная резинка максимально эффективна в первые 30 секунд использования, так как после бактерии мигрируют из жвачки обратно в полость рта. По мнению авторов исследования, польза жевательной резинки не уступает чистке зубов щёткой и зубной нитью, хотя они и воздействуют на разные зоны полости рта.

Герман АКОДИС.  
По материалам журнала  
PLoS One.

### Взгляд

# Мясо для внуков

Отсутствие мяса в рационе мужчины может негативно сказаться на способности его сыновей зачать собственное потомство. К такому выводу пришли исследователи из Университета Монаш в Мельбурне (Австралия), проведя серию экспериментов на мухах-дрозофилах.

Как выяснилось, в организме мух, лишённых животной пищи, отсутствовал белок, который отвечает за способность к зачатию. Однако при отсутствии соответствующих питательных веществ фертильность спермы понижалась не у самих мух, лишённых животного белка, а у их потомства.

В ходе эксперимента самки мух спаривались с самцами в течение нескольких часов. Зачатие оказалось более вероятным от потомков мясоедов, причём, влияет ли на активность сперматозоидов уровень белковой диеты самой самки, учёные так и не выяснили.

Эксперименты на животных, более близких к человеку, показали аналогичные результаты.



Если взрослые самцы с высоким и низким рационом животного белка показывали сходные физиологические параметры (впрочем, иммунная система вегетарианцев была ослаблена), то активность спермы их детей напрямую зависела от рациона отцов.

Примечательно, что в декабре прошлого года испанские эксперты

по рождаемости нашли доказательства того, что природная соя, используемая вегетарианцами и веганами как замена мяса, может привести к повреждению спермы. Так что вкус мяса подделывать можно, но обмануть природу – вряд ли.

Ян РИЦКИЙ.  
По сообщению Reuters.

Основоположник космической биологии, почётный член более 30 академий Европы, Азии и Америки, Александр Чижевский после окончания медицинского факультета Московского университета всю жизнь интересовался проблемами оздоровления сограждан, и вряд ли кто не слышал сегодня о созданной им лечебной люстре, которая так и называется «люстра Чижевского».

Поистине удивительной, полной глубоких тайн, падений и взлётов была жизнь этого незаурядного человека, тесно связанная, оканчивается, с Брянщиной. Более того, в автобиографии учёного его рукой записано, что родился он в феврале 1897 г. в Брянске. Хотя, другие источники утверждают, что появился Александр Чижевский на свет в местечке Цехновец Гродненской губернии, где проходил службу его отец артиллерийский капитан Леонид Васильевич.

### Воспоминания об Алешне

Несколько десятилетий назад, будучи корреспондентом областной газеты «Брянский рабочий», я выполнял редакционное задание в отдалённом Дубровском районе. И в селе Алешня местные старожилы рассказали, что у старой, к той поре уже почти разрушенной церкви похоронена мать учёного Александра Чижевского. К сожалению, точное место захоронения никто указать не смог. Но ведь в своих воспоминаниях Александр Леонидович неоднократно упоминает о том «основательном следе в памяти», который оставила в его душе Алешня.

Неподалёку от этого селения, на берегу речушки Турьи в деревне Александровке бывшего Брянского уезда Орловской губернии, находилось родовое имение матери учёного Надежды Александровны, носившей в девичестве необычную фамилию Невиндт. Вплотную занявшись историей жизни и деятельности Александра Леонидовича, выяснил, что фамилия эта голландского происхождения: предки матери будущего учёного переселились в Россию и обрусели, осев на жительство в нынешних брянских краях. Мать умерла от скоротечной чахотки в возрасте 23 лет, когда её сыну шёл только первый годик. Род же отца повёл своё начало от Петра Лазаревича Чижевского, придворного «тенориста», Петровому императрица Елизавета Петровна пожаловала потомственное дворянство. Судя по сохранившимся архивным данным, один из предков великого учёного участвовал в итальянском походе русской армии под руководством А.Суворова и лично передал полководцу ключи от занятого города Брешиа. Больше того, знаменитый адмирал П.Нахимов был, оказывается, двоюродным дедом Александра Леонидовича.

После смерти матери воспитанием осиротевшего малыша занялись сестра отца Ольга Лесли и бабушка. Отец же, кадровый офицер русской армии, в годы Первой мировой войны стал генералом. Понятно, что в среде высокообразованных родственников мальчик получил достойное воспитание.

К сожалению, Саша рос хилым и болезненным ребёнком, и для поправки здоровья его ежегодно возили на лечение за границу. Так что уже в 7-летнем возрасте он имел возможность брать уроки живописи в Парижской академии художеств. Поистине в этом ребёнке бушевала жажда «объять необъятное». Подумать только: в 10 лет он уже составил первый компилятивный труд – «Популярную космографию по Клейну, Фламариону и другим». А настоящей «звездой пленительного счастья» стало Солнце, недаром же детские и юношеские рисунки А.Чижевского так наполнены солнечным светом.

«Я всё хотел сам увидеть, всё слышать, – пишет учёный в книге «Вся жизнь». – Во всё проникнуть и насытить наконец свою неутолимую жажду...»

При его состоянии здоровья, изнуряющих головных болях, кажется, и думать нечего было о фронте. И всё же наперекор заключению врачей, вопреки стражайшему запрету отца Александр Чижевский сумел-таки попасть в

действующую армию. Да не куда-нибудь, а в артиллерийскую часть! Будущий учёный воевал храбро, был даже награждён солдатским Георгиевским крестом, однако после ранения вынужден был демобилизоваться. А потом...

### Имена и судьбы

## Александр ЧИЖЕВСКИЙ:

# Жизнь есть явление космическое...

120 лет назад на свет появился будущий великий учёный, которого современники называли Леонардо да Винчи XX века



А. Чижевский в последние годы жизни

### «Солнцепоклонник»

На одной из московских улиц он открыл вскоре первый в мире аэро-аспираторий, введя в научный обиход это неведомое прежде слово. Диковинка была обыкновенным залом, в котором висели две люстры. С помощью высокого напряжения они насыщали кислород воздуха отрицательными зарядами. Такими вот были прообразы «люстры Чижевского». Впрочем, вся Москва была наполнена тогда подобными неистовыми изыскательствами. О том, что творилось в ту пору в других лабораториях, можно получить представление, прочитав хотя бы «Собачье сердце» М.Булгакова. Новаторские достижения молодого учёного были замечены, он был даже удостоен Премии Совнаркома. (Признаю, был несказанно удивлён, когда прочитал о том, что будущий узник Сталинских лагерей был и лауреатом Сталинской премии. Что было, то было. Из песни, как говорится, слова не выкинешь...)

Результаты поистине ошеломляющих опытов стали известны в Европе и США. Во Франции А.Чижевского приняли в члены Тулонской академии наук, крупнейшая медицинская ассоциация командировала в СССР специалистов для «ознакомления с трудами русского гения».

А Чижевский тем временем तो ропился. В 1918 г. он защитил в Московском университете докторскую диссертацию на тему: «Исследование периодичности всемирно-исторического процесса». Именно Александру Леонидовичу суждено было стать основоположником историометрии и ввести в науку понятие историометрического цикла, поставив его в прямо пропорциональную зависимость от периодической деятельности Солнца. Именно с этого времени учёного стали называть «солнцепоклонником», а его теоретические взгляды тут же подверглись яростной критике.

Однако за молодого учёного вступился сам К.Циолковский, который стал уже к тому времени признанным и авторитетным учёным.



Музей учёного в Калуге



Одна из первых «люстр А. Чижевского», которая его прославляла

в ней процессов привёл к открытию «феномена Чижевского» в изучении свойств эритроцитов.

Широчайшая эрудиция в самых различных областях знаний, умение научно обосновывать смелые новаторские идеи нашли поддержку у наркома здравоохранения страны Николая Семашко. Кардиологи уже тогда начинали выявлять чёткое соответствие всплесков сердечно-сосудистых заболеваний, психиатры – обострение душевных болезней с состоянием небесного светила. К слову, сегодня никого не удивляют регулярные сведения о неблагоприятных днях – так называемых магнитных бурях. Тогда же...

### Глубина таланта

«Начиная с 1911-1912 гг., – вспоминал Александр Леонидович. – Я пристрастился к писанию стихов, часто даже в явный ущерб другим моим занятиям...»



Здесь работал великий изобретатель

В своё время мне удалось разыскать в архивах номер калужской газеты «Коммуна» за 4 апреля 1924 г. Там опубликовано письмо Константина Эдуардовича, говорящее о том, что «труд Чижевского служит примером слияния различных наук воедино на монистической почве физико-математического анализа».

К мнению маститого учёного прислушались, а Чижевский взялся за разработку новой науки – гелиобиологии. Проведённый им анализ структуры движущейся в организме крови и происходящих

Давайте вслушаемся в поэтические строки великого учёного: «Широко дышит грудь моя, Как лава, кровь моя бушует, И тело, древность затая, Нечеловеческое чует...»

Ну, как тут не скажешь, что талантливый человек талантлив во всём?! Недаром же о стихотворном творчестве А.Чижевского тепло отзывались М.Волошин, В.Брюсов, В.Маяковский...

А между тем над головой учёного начали сгущаться тучи, разогнать

которые было не по силам и Циолковскому.

«Это что за галиматья, – возмущались в высоких чиновничьих кабинетах. – Получается, что всё происходящее на земле, включая эпидемии и голодные моры, войны и даже политические катаклизмы – всё это зависит от каких-то солнечных пятен?!»

Тут же «пришили» и политику: буржуазная ересь. Получается, что не всемогущая партия большевиков определяет ход исторического развития?! Ажиотаж «воинствующих материалистов» подогрело известие о том, что учёного выдвинули на соискание Нобелевской премии. И хотя нобелевским лауреатом в силу разных причин Александр Леонидович не стал, всё-таки посчитали нужным его «стереть в лагерную пыль».

В 1942 г. учёного арестовали, и он 16 лет провёл в заключении, продолжая и там заниматься наукой.

Но вот настал день, когда ээка Чижевского вызвали в комендатуру Карагандинского лагеря и сообщили о его освобождении.

«Но я бы хотел остаться ещё на месяц», – вдруг ответил измождённый человек.

Коменданту показалось, что ослышался, и он начал растерянно перелистывать личное дело заключённого А.Чижевского, который «отмотал» немалый срок в должности заведующего клинической лабораторией тюремного госпиталя.

«Мне нужно закончить научную работу, – продолжал арестант. – Так что позвольте остаться в лагере...»

В том 1958 г. Александру Чижевскому был 61 год. Жить ему оставалось немного. В 1964 г. Александр Леонидович скончался от рака горла. Признание же к учёному в родной стране пришло лишь десятилетия спустя. В конце 1995 г. в издательстве «Мысль» вышла в свет книга Александра Чижевского «Космический пульс жизни», в которую вошли многие работы этого учёного-энциклопедиста. В Калуге был открыт дом-музей, а на Брянщине собрали деньги и восстановили церковь в Алешне. Прав, выходит, великий учёный, утверждавший, что «Жизнь... в значительно большей степени есть явление космическое, чем земное...»

Василий ШПАЧКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

– Сегодня четыре десятка россиян являются обладателями медали, которая носит имя замечательного американского врача, пионера исследований и лечения диабета Элиота Джослина. Это была его идея – отмечать наградой людей, зависящих от инъекций инсулина, в знак признания их мужества в борьбе с болезнью. Сначала – с 1948 г. – медаль вручали больным, прожившим с диабетом 25 и более лет, затем – с 1970 г. – 50 и более лет. На лицевой стороне изображён бегущий с факелом мужчина и надпись: «Триумф человека и медицины», на оборотной – «За 50 мужественных лет с сахарным диабетом». В 1996 г. учреждена новая номинация – медаль за 75 лет жизни с диабетом, а в 2013 г. – награда за 80 лет жизни с диабетом. Пока она присвоена одному человеку.

**– Как рано вы узнали о своём недуге?**

– Я ещё ходил в детский сад, готовился стать первоклашкой, когда родные обратили внимание на то, что меня часто мучает жажда и что я быстро худею. Стрессом и своеобразным толчком стала шоковая для меня встреча с агрессивным петухом... Мой отец показал меня видному эндокринологу и терапевту профессору Н.Шерешевскому и услышал грозный диагноз – диабет. Я тогда впервые увидел слёзы папы. Оказалось, что страшная болезнь не обошла и мою бабушку, и его самого...

Почувствовать в школе мне удалось лишь десять дней. Началась долгая одиссея поездок по различным детским клиникам. Возвращение за парту не однажды сопровождалось обмороками на занятиях. Чтобы не пугать детей, учителя уносили меня на руках из класса в медицинскую комнату. Так вышло, что мне пришлось расти среди взрослых диабетиков. Надолго родными для меня стали стены эндокринологического корпуса Боткинской больницы. До сих пор тепло вспоминаю милейшую заведующую отделением Э.Москович. В благодарной памяти – медики, которые не раз вручали меня, – Мазовецкий, Балаболкин, Гинчерман и другие.

**– Получая из рук президента Российской диабетической ассоциации доктора медицинских наук Александра Майорова медаль, вы перефразировали А.Пушкина: «Диабет – верный наш брегет, его надо постоянно слушать и уважать». Чему вас научил нелёгкий жизненный опыт?..**

– Если очень коротко, то диабет научил меня любить жизнь. Судьбу не назовёшь лёгкой, но я держусь за жизнь, а жизнь держит меня. Всё было – и в обмороки падал, и по больницам мотался, но всегда боролся, верил в себя, никогда не сдавался. Есть что вспомнить. И годы учёбы на филфаке Московского университета. И без малого 40 лет работы на производстве. Так вышло, что многие мои годы прошли на столичном физико-приборном заводе Министерства просвещения. Здесь изготовляли учебные слайды для школ Союза. Не сразу, но я стал ведущим редактором таких пособий.

Работа была связана с многочисленными поездками по стране. Меня, большого любителя путешествий, это нисколько не напрягало. Ведь я таким образом сумел объездить всю страну, увидеть красоты и проблемы всех наших бывших республик. До сих пор мне снится бескрайний Байкал... О высоком жизненном тоне говорит хотя бы



**Константин РОНИНСОН:**

## С диабетом всегда можно «договориться»

то, что я возглавлял комсомольскую организацию завода. Любил ходить с молодёжью в турпоходы, петь песни у походного костра. Баловался шашлыками, пивом. Собрал даже коллекцию пивных этикеток. По молодости лет иногда пренебрегал режимом питания, и диабет жёстко и не раз напоминал о себе, наказывал меня...

Когда выпадала такая возможность, отправлялся в зарубежные путешествия. Побывал в Италии, Альпах, Лондоне, Шотландии. Случалось – одолевал на колёсах сотни километров... И ничего! Уколовшись, и снова в дорогу!.. Недаром же Гоголь, человек, не отличавшийся крепким здоровьем, как-то заметил: «Когда сажусь в коляску, забываю о болезнях...».

Вспоминаю, как однажды оконфузился. Это было в Париже, в музее Родена. Любовался вместе с публикой скульптурами замечательного мастера, и вдруг в глазах всё поплыло. Приступ диабетической комы...

**– С вершины жизненного опыта как вы оцениваете сегодняшнюю ситуацию с диабетом?**

– Я не врач, естественно, могу говорить лишь как пациент. Отдавая должное современному достижению медицинской практики, не могу скрыть тревоги, зная, что диабет по-прежнему собирает щедрый урожай, отбирая здоровье у людей разного возраста. Международная статистика свидетельствует: диабет наряду с онкологией и сердечно-сосудистыми заболеваниями – главная причина ранней инвалидности и смерти. В России по официальным данным более 4 млн диабетиков. Специалисты, однако, убеждены: их в 2-3 раза больше. Многие имеют сахарный

диабет 2-го типа, не зависят от инсулина и нередко даже не знают, что больны.

И вот к какому невесёлому выводу невольно приходишь: а всё ли верно в ориентирах сегодняшней медицины?.. Мы словно не замечаем, что болезнь – не столько медицинская проблема, сколько экономическая, если учесть шлейф социально-экономической потери, связанных с диабетом.

О чём прежде всего заходит речь, когда говорят о финансировании лечебного процесса? На первом плане стоимость койко-дня, численность медицинского персонала, необходимое количество упаковок препаратов... А ведь стоимость болезни состоит не только из больничных издержек – в тени растущие производственные потери из-за нетрудоспособности, пенсий по инвалидности, социальных пособий... Что-то не припомню, чтобы кто-то заговорил о стоимости боли! Это не просчитано...

Я согласен с аналитиками, когда они утверждают: инвестиции в систему здравоохранения – это возвратные вложения, это тот актив, который возвращается и многократно. А если так, то систему здравоохранения надо рассматривать как производящую, а не потребляющую отрасль. Не считайте нескромным, но моя жизнь убеждает: диабет – в числе тяжёлых недугов, однако способных вывести человека в длительную ремиссию. Он заслуживает того, чтобы рассматривать на более активную государственную поддержку...

**– Что бы вы сказали человеку, который вдруг узнал, что болен диабетом?**

– Мне не нравится слово «вдруг», хотя на практике с ним приходится

Как «дипломированный» и со стажем инсулинозависимый диабетик считаю, что жить с этой проблемой нужно независимо от диагноза, но зависимо от жизни во всех её прекрасных проявлениях.

Ке

Среди дат, касающихся здоровья, есть Всемирный день борьбы с диабетом, который отмечается всем человечеством. На одной из этих встреч я познакомился с «дипломированным» диабетиком, как он себя назвал, Константином Ронинсоном, «рядовым» жителем Москвы.

Согласитесь, 64 года активной жизни с тяжёлым недугом, – это рекорд, заслуживающий своей особой отметки. Мой собеседник – пока единственный москвич с подобным «стажем», награждённый медалью Джослина. Именно об этой награде я и спросил у Константина.

**– Как чувствует себя сегодня ветеран труда и «ветеран диабета»?..**

– Не угасает страсть к хорошим книгам. В своё время с увлечением читал Купера, Дюма, штудировал библиотеку военных приключений. Сегодня, пусть глаза и начали подводить, люблю взять в руки книги по философии, психологии человека. Радует, что ещё не забывает муза: я ведь с юношеских лет пишу стихи. Как-то, обращаясь к диабету, заметил: «Ты мой кормилец и хлебник, моя присяга и обет. Ты мой капризный захребетник. Мы заключили паритет»...

Мудрые люди утверждают: важна внутренняя установка на долголетие. Надо меньше раздражаться по пустякам, радоваться красоте жизни. Не случайно же оптимисты реже болеют, лучше справляются со стрессами. Сколько себя помню, всегда был страстным театралом, увлекался джазом, каждую командировку использовал для знакомства с местными музеями. Культурные походы, конечно, стали реже. Силёнок поубавилось. Приходится считать, что греха таить, и с «кусачими» ценами билетов. Но интерес не угас.

О чём жалею?.. Так это о том, что за долгую жизнь не научился плавать. Бережно храню книгу с дарственной надписью заслуженного деятеля искусств РСФСР Е.Гнесиной. Когда-то мама привела меня, мальчишку, к ней, в музыкальное училище на прослушивание. Услышав моё пение, Елена Фабиановна сказала, что не против, если я стану её учеником. Вмешался диабет...

**– Любимый афоризм?**  
– Владимир Даль: «Брюхо болшего умнее лекарской головы».

**– Девиз по жизни?**  
– Каждый шаг с воем. Каждый день с боем!..

А если серьёзно, как «дипломированный» со стажем инсулинозависимый диабетик считаю, что жить с этой проблемой нужно независимо от диагноза, но зависимо от жизни во всех её прекрасных проявлениях.

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

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

Материалы, помеченные знаком , 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.

Журный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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 № 17-03-00450 Тираж 23 907 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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