

### Санитарная зона

# Весна спросит очень строго

## В детских больницах переполняются отделения пульмонологии

Несмотря на внедрение новых antimicrobных препаратов, пневмония как острое поражение лёгких инфекционно-воспалительного характера продолжает сохранять высокий процент осложнений.

По ряду причин пневмонию можно отнести к категории социально значимых заболеваний. Так считает Луиза Шагидаева, заведующая педиатрическим отделением № 2 Республиканской детской клинической больницы Чеченской Республики.

— Очень часто к нам поступают дети в тяжёлом состоянии, ослабленные. У одних температура высокая, у других совсем низкая. Если учесть, что в основном дети болеют пневмонией сезонно, то сейчас, в весеннюю пору, на пике заболеваемости, отделение пульмонологии, рассчитанное на 40 коек, переполнено: в это время не бывает меньше 50 детей.

— При выписке из больницы, — продолжает «консультацию» заведующая, — мы рекомендуем беречь ребёнка от переохлаждения и контактов с вирусными больными. И это серьёзное предостережение. Если ребёнок, не переболевший пневмонией, устойчив к вирусной инфекции и его иммунная система работает достаточно правильно, то у переболевшего она сильно ослаблена. Такой ребёнок находится в иммунодепрессии, он легко подвержен любому вирусу и воспалению. После терапии антибиотиками малыш должен получать определённую диету, его нужно беречь от сквозняков. Совершенно недопустимо бесконтрольное самолечение антибиотиками...

Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Чеченская Республика.



Заведующая отделением Луиза Шагидаева пришла провести маленькую пациентку Марьям Гишларкаеву, которая после успешного курса лечения деструктивной пневмонии в пульмонологическом отделении РДКБ готовится к выписке

### Итоги и прогнозы

# Сахалин укрепляется

Окончательные акценты работы медиков Сахалинской области в минувшем году расставила коллегия регионального Министерства здравоохранения. С приветственным словом к участникам мероприятия обратилась заместитель председателя правительства Ирина Трутнева. Среди безусловных достижений отрасли она отметила снижение смертности населения, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний и туберкулёза. В области повысилась рождаемость, снизилась естественная убыль населения, увеличилась продолжительность жизни.

Приоритетным направлением работы островного Министерства здравоохранения в 2014 г. было развитие амбулаторно-поликлинической помощи населению, которая является самым востребованным видом медицинской помощи.

Дневные стационары в 2014 г. были открыты в 28 государственных учреждениях здравоохранения. По

сравнению с 2013 г. количество пациенто-мест дневного стационара увеличилось на 322 единицы. В 2014 г. получили лечение в дневных стационарах около 27 тыс. человек, что на 25% больше 2013 г. Организовано 26 кабинетов неотложной помощи в районах.

В рамках реализации региональной государственной программы

«Развитие здравоохранения в Сахалинской области на 2014-2020 гг.» на укрепление материально-технической базы государственных учреждений здравоохранения в 2014 г. направлено около 1,5 млрд руб. На эти средства проведён капитальный ремонт кабинетов, отделений поликлиник и стационаров, систем отопления, кровель, фасадов, благоустройство территорий учреждений здравоохранения. Также закуплено диагностическое, лабораторное, стоматологическое оборудование, рентгеноаппараты.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.



Валентина ИВАНОВА,  
главный врач Старорусской ЦРБ:  
Любовь и доверие пациентов возникают лишь там, где каждый сотрудник чувствует себя необходимой частью большого, важного дела.

Стр. 5

Специалисты — о методических рекомендациях по совершенствованию лечения туберкулёза.

Стр. 6-7

Анна ПОПОВА,  
главный государственный санитарный врач РФ:

Россия принимает активное участие в международных усилиях по борьбе со вспышкой Эболы.

Стр. 10



### Перемены

# Регистратуры без очередей

Высокоэффективная система управления потоками пациентов создана в детской поликлинике № 71 Санкт-Петербурга, где обслуживается большое количество прикрепленного населения — более тысячи человек ежедневно.

Здесь в результате реализации пилотного проекта, инициированного отделом здравоохранения администрации Выборгского района и поддержанного одной из страховых медицинских компаний, внедрён электронный порядок обращения в регистратуру и прохождения на приём к врачу, для чего в самых людных местах было установлено 3 модульных аппарата. При этом нововведение полностью заменило существовавшую многие десятилетия живую очередь как анахронизм.

Современный алгоритм распределения потоков посетителей привнесён на медицинскую почву из банковской сферы. Так же как и клиенты солидных финансовых учреждений в крупном городе, пациенты берут в сенсорном киоске с расширенными функциями талон и ожидают получения услуги, глядя на табло. «Бегущие строки» дублируются по громкой связи. Попутно добавим: табло отражает также разнообразную полезную информацию: о поликлинике, принципах здорового образа жизни, правах застрахованных граждан. Удобство для родителей, переступивших порог поликлиники вместе с маленькими детьми, очевидно. Никто не толпится у окошка регистра-

туры ещё и потому, что для уютного ожидания отведена специальная зона с мягкими диванами. Не испытывают дискомфорта и те, кто идёт по предварительной записи, и им нет необходимости общаться с медицинскими регистраторами, поскольку медицинские книжки и статистические талоны временно переданы в кабинеты врачей.

Накануне система «электронная очередь» в течение 2 недель проходила опытное тестирование. По итогам апробации группа специалистов, включая главного врача детской поликлиники № 71, заслуженного врача РФ Татьяну Савельеву, а также старшего инженера отдела здравоохранения районной администрации Дмитрия Карнауха, и дала добро на постоянную эксплуатацию.

Будет ли и в какой мере опыт пилотного проекта распространён на другие амбулаторные учреждения города, у медицинских управленцев уже есть ответ. Так, начальник отдела здравоохранения администрации Выборгского района Василий Сажнов сообщил «Медицинской газете» о своей готовности делиться им с коллегами из других административных образований города. В Выборгском районе продолжение проекта распространится не только на детские поликлиники, но и на «взрослые», в первую очередь на те из них, где регистрируется самое высокое количество обращений за медицинской помощью.

Владимир КЛЬШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».  
Санкт-Петербург.

## Новости

Ручку — в сторону,  
внимание — на экран

Врачи в Республике Тыва теперь заполняют амбулаторные карты и истории болезни пациентов в электронном виде. Здесь внедрена новая региональная медицинская информационная система, которую разработали специалисты Республиканского МИАЦ.

Кроме модуля «врач – пациент» программисты создали также удобный модуль «электронная регистратура». В Министерстве здравоохранения республики говорят, что, в отличие от прежней, «чужой» версии «электронной регистратуры», собственная значительно удобнее для населения: новый сервис записи к врачу через Интернет имеет более простой и понятный формат. Прежде, чтобы записаться на приём к врачу, необходимо было пройти многоступенчатую процедуру регистрации. Теперь же любой, даже начинающий пользователь компьютера может сделать это в один «клик».

Елена БУШ.

Кызыл.

## Спорт как вторая профессия

Алтайский государственный медицинский университет стал победителем в общекомандном зачёте по результатам зонального этапа соревнований между медицинскими вузами Сибири.

Шесть сибирских медицинских вузов соревновались по 9 видам спорта в ходе II этапа Всероссийского фестиваля «Физическая культура и спорт – вторая профессия врача», завершившегося на днях в трёх городах Сибири – Барнауле, Омске и Кемерово.

Фестиваль спорта проходит под эгидой Минздрава России уже четвёртый год. Алтайский государственный медицинский университет является головным в области физической культуры и спорта среди профильных вузов в Сибирском федеральном округе. Алтайские медики проводили у себя соревнования по 4 видам – волейболу, настольному теннису, дартсу и шахматам.

В Барнаул приехали студенты из Кемеровской и Омской государственных медицинских академий, Сибирского и Красноярского государственных медицинских университетов. Хозяева соревнований приняли участие во всех заявленных видах спорта и в половине из них одержали победу.

По итогам соревнований команды, занявшие 1-е и 2-е места в каждом виде спорта, получают право участия во Всероссийском этапе Фестиваля студенческого спорта среди медицинских и фармацевтических вузов России, который пройдёт в начале апреля в Рязани.

Елена ЛЬВОВА.

Барнаул.

## Остановить инсульт надо вовремя

В сентябре прошлого года в Екатеринбурге и Свердловской области стартовала программа «Останови инсульт!» Данные первичного мониторинга показали увеличение числа обратившихся за помощью в течение 6-9 часов с 15 до 18%. А к концу декабря вторичный мониторинг показал возросшее число обращений в первые 3 часа после начала развития инсульта – с 12,6 до 20,4%. Это говорит о том, что информационная кампания нашла свою аудиторию.

Социальная программа «Останови инсульт!» призвана снизить уровень летальности и инвалидизации после инсульта, увеличить количество людей, обратившихся за помощью при первых же симптомах нарушения мозгового кровообращения. Ведь, как известно, именно в первые 3-4,5 часа пациенту эффективно могут провести процедуру системного тромболизиса.

В рамках программы в Свердловской области состоялись 335 массовых акций, 123 горячие линии, 387 лекций и более 11 тыс. бесед с населением. Все желающие смогли пройти обследование и получить консультацию специалистов по проблеме инсульта.

Были предусмотрены также обучающие семинары для врачей. Это вдвойне важно, если учесть, что сегодня в регионе работают всего 707 неврологов, что крайне недостаточно. Поэтому семинары и встречи проводились для специалистов первичного звена – терапевтов, кардиологов. Отдельная работа была проведена и с врачами скорой помощи.

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.

## Министр оказался на высоте

Министр здравоохранения Хабаровского края вместе с другими медиками спасли жизнь человеку, серьёзно пострадавшему в аварии.

Происшествие случилось на 517-м км трассы Селихино – Николаевск-на-Амуре. Автомобиль УАЗ, в котором находились 3 человека, вылетел с моста и оказался в глубоком кювете. Очевидцами дорожно-транспортного происшествия стали министр здравоохранения Хабаровского края Александр Витько и его коллеги, проезжавшие в этот момент по этому участку дороги.

Одному из пострадавших пришлось в прямом смысле спасать жизнь. Проехать мимо мы, конечно же, не могли. Провели необходимые противошоковые мероприятия, а после, разведя костёр, согрели человека. Он получил тяжелейшую травму – у него практически была оторвана конечность, но хорошо, что удалось избежать страшных последствий. Подчеркну, что все специалисты, оказавшиеся на месте происшествия, сработали хорошо, – рассказал министр.

К слову, это далеко не первый случай, когда Александр Витько оказывается, что называется, на высоте в нужном месте и приходит на помощь пострадавшим.

Николай ИГНАТОВ.

Хабаровск.

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

## События

Новые условия —  
новая работа

## Омские хирурги расширяют свои возможности



Отделение хирургии открывают (слева направо) Александр Мартынов, министр здравоохранения Омской области Андрей Стороженко и Вадим Бережной

В Омском областном клиническом медико-хирургическом центре после капитального ремонта торжественно открылось отделение хирургии № 3. Торжественно – потому что это структурное подразделение клиники особенное и очень значимое не только для жителей Прииртышья. Здесь в буквальном смысле слова ставят на ноги пациентов с посттравматическими и гематогенными остеомиелитами, осложнёнными гнойно-некротическими процессами со всего Сибирского федерального округа, а перенимают опыт, накопленный в коллективе медиков отделения, приезжают врачи со всех регионов России. Поучиться у омских хирургов есть чему. К примеру, внедрённому в практику 5 лет назад методу вживления антибиотиконесущих спейсеров (имплантатов) в кости рук, ног или позвоночника, поражённых инфекцией.

Этот метод в отделении хирургии № 3, которым заведует кандидат медицинских наук, врач-хирург высшей категории, заслуженный работник здравоохранения Омской области Александр Мартынов, был разработан совместно с сотрудниками кафедры травматологии и ортопедии Омской государственной медицинской академии под руководством главного травматолога Омской области, доктора медицинских наук, профессора Леонида Резника. И если раньше больным остеомиелитом в 74% случаев после возникших осложнений приходилось

переносить множество операций, то теперь достаточно одной, редко – двух, чтобы навсегда избавиться от гнойной инфекции. Причём антибиотиконесущие имплантаты, вживляемые в очаг поражения костей, формируются индивидуально для каждого пациента с учётом особенностей инфекции.

После капитального ремонта отделение стало значительно комфортнее. Для удобства пациентов и медицинского персонала помещения перепланировали, а все палаты оснастили гигиеническими узлами и обеспечили пациентов с ограниченными физическими

возможностями персональными устройствами. У каждой кровати имеются теперь кнопка вызова дежурной медсестры, индивидуальное освещение и специальные поручни. С учётом специфики заболеваний – гнойные – здесь смонтирована и автономная система вентиляции, какой не было прежде. Мало того, почти 7 млн руб., выделенных из областного бюджета, хватило ещё и на оборудование нового реанимационного блока для септических больных, и оснащение современной аппаратурой специальной операционной.

До проведения капитального ремонта в отделении хирургии № 3 было вылечено от остеомиелита свыше 1200 человек, а теперь, после модернизации, его возможности значительно увеличились, отметил на торжественном открытии главный врач Омского клинического медико-хирургического центра Вадим Бережной. А значит, от остеомиелита излечатся ещё больше людей.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

## Учёба

## Очень нужные занятия

Семинар школы репродуктивного здоровья прошёл в Воронежской областной клинической больнице № 1. Организаторы мероприятия – Федеральный медицинский исследовательский центр им. П.А.Герцена, НИИ урологии им. Н.А.Лопаткина и ряд других учреждений, Департамент здравоохранения Воронежской области.

Школа репродуктивного здоровья создана для предоставления врачам из различных регионов России самых актуальных научных

знаний в области репродуктивной медицины. Основным подходом к формированию её научной программы является междисциплинарное взаимодействие.

По словам главного специалиста Минздрава России по репродуктивному здоровью Олега Аполихина, в существующих социально-экономических условиях состояние репродуктивного здоровья населения страны остаётся одной из наиболее острых медико-социальных проблем, являясь фактором национальной безопасности, оно затрагивает врачей

самых разных специальностей: урологов, акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, эндокринологов, психологов.

В работе школы приняли участие более 150 ведущих специалистов в области андрологии и репродуктивного здоровья. Участники школы получили реальную возможность обменяться опытом, обогатиться новыми знаниями.

Оксана КОЗЛОВА,  
ведущий советник областного  
Департамента здравоохранения.  
Воронеж.

Тенденции

# Росздравнадзор: планы выполнимы

**В этом году Росздравнадзор почти на четверть увеличит число плановых проверок медицинских учреждений. Всего предстоит провести около 7 тыс. таких проверок, сообщил на итоговой расширенной коллегии и.о. главы ведомства Михаил Мурашко.**

Планы выполнимы, считает глава ведомства, с 1 апреля 2014 г. постановлением Правительства РФ увеличивается штатная численность центрального аппарата Росздравнадзора. В прошлом году служба проверила около 5,4 тыс. учреждений.

Коллегия рассмотрела вопрос «Об итогах работы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориальных органов Росздравнадзора по субъектам Российской Федерации и федеральных государственных бюджетных учреждений Росздравнадзора в 2014 г., планах на 2015 г. и плановый период». «В отчетном году Росздравнадзором проведено более 17 тыс. контрольных проверок, более чем в 8 тыс. проверок выявлены правонарушения, допущенные 7,5 тыс. юридических лиц и индивидуальных предпринимателей. Это свидетельствует о том, что более 40% хозяйствующих субъектов, осуществляющих деятельность в здравоохранении, имеют нарушения законодательства», – сказал М.Мурашко. При этом, по его словам, нарушения

требований в 301 организации стали причиной причинения вреда жизни и здоровью граждан.

По результатам проверок в прошлом году Росздравнадзором составлено более 3 тыс. протоколов об административных правонарушениях, что вдвое больше, чем в предшествующем году. По результатам проверок назначены административные штрафы на сумму более 73 млн руб., что в 1,6 раза больше, чем в 2013 г.

М.Мурашко сообщил также, что в 2014 г. в России из оборота были изъяты более 1100 серий недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных препаратов.

Первый заместитель главы Минздрава России Игорь Каграманян обратил внимание на то, что центральный аппарат Росздравнадзора должен узнавать о чрезвычайных происшествиях в сфере здравоохранения от своих территориальных органов, а не из СМИ, для чего необходимо усилить работу на местах. «Из опыта работы в регионе я никогда не поверю, что при хорошо отлаженном формате работы, при адекватном, объективном, высоком авторитете территориального управления в регионе руководитель территориального управления узнаёт что-то, что произошло в части оказания медицинской помощи, позже, чем средства массовой информации», – заметил И.Каграманян.

Заместитель министра, очевидно, имел в виду появившееся

накануне в СМИ видео, демонстрирующее грубую «транспортировку» пациента сотрудниками «скорой» в Санкт-Петербурге. В связи с инцидентом глава Минздрава России Вероника Скворцова поручила провести проверку качества оказания медпомощи в городе. А Следственный комитет сообщил о возбуждении уголовного дела по факту грубого обращения врачей с пациентом по признакам преступления, предусмотренного статьёй УК РФ «Неоказание помощи больному». Ход расследования уголовного дела находится на личном контроле прокурора города.

Между тем общественный совет по защите прав пациентов при Управлении Росздравнадзора по Москве и Московской области добивается расширения полномочий ведомства. Служба должна иметь рычаги, дающие возможность защищать права пациента и наказывать за неисполнение закона, считают здесь. Сейчас Росздравнадзор может это делать только опосредованно. Возможность влиять на ситуацию напрямую сократит сроки реагирования и позволит делать это более эффективно, считают в совете.

В настоящее время готовится проект поправок к действующему законодательству, уточняющий компетенции Росздравнадзора, в том числе в части применения санкций к нерадивым чиновникам.

Игорь МАЛОВ.

100 строк на размышление

# Доживём до понедельника?

**Не стану ходить вокруг да около – у меня обнаружился рак горла. Жена кинулась в Интернет, начиталась там и давай меня подбадривать: дескать, это не приговор, даже русская медицина так не считает, Майкл Дуглас вылечился... Христолубивая!**

Другое дело – российское здравоохранение. Не без повышения голоса с моей стороны в онкологическом диспансере № 1 (метро «Бауманская, дело происходит в столице, как вы понимаете) записали на приём к специалисту на месяц вперёд. Уважили – очередь забита чуть не на 2 месяца. Персонал там любезный, но «сокращённый», зашивается, и видит в том причину в оптимизации московской – про иную не знаю – медицины.

Мне, 35 лет служащему пером Минздраву (СССР, РСФСР, РФ), часто без меры преданно, казалось, что рак сродни чуме, когда медикам надо бы в пожарном порядке кидаться на помощь. Ан нет: займите очередь на получение талона для регистрации. Это почти реалья, а не метафора.

До последнего диагноза я был преданным сторонником нынешних московских реформ. Даже воодушевился резким поворотом курса в сторону западного здравоохранения. И врачей у нас, вправду, много больше числом, и больниц больше, и койко-дней уйма при сравнительно малом эффекте. А лечиться богачи едут в Германию, Америку, Израиль. (Знаю-

щие говорят, неуклонно хиреет «кремлёвка» от невостребованности платежеспособными пациентами). Пустяшный губернатор с банальным вывихом мчится на Запад, минуя бывший 4-й Главк. Часто на мои, налогоплательщика, деньги.)

...Однако. Наш медицинский босс – зам. мэра Леонид Печатиных слишком мудрый мужик, чтобы не предвидеть тернии на пути своих, в теории необходимых, реформ. Возможно, достало системное головотяпство; не исключаю, что он по натуре рискованный государственный – есть с кого брать пример. А в простецкой компании я бы в лицо сказал – подставил бедолагу. Какие социальные эксперименты в пору кризиса, катастрофического недофинансирования, или безденежья-нищеты, неясных перспектив? Не дали довольно денег даже на соломку, чтоб подстелить. Здоровье нации – это вам не оборонка или не скучающая РЖД.

Большинство скажет: так давайте менять систему. Но не онкологическое меньшинство. Каждый день у нас, больных, на счету, а записать могут на обследование через месяц. В неудачное время, увы, как всегда, и в ненужном месте взялись за реформу. Крепитесь, Леонид Михайлович!

А мы? На том свете сочтёмся...

**Юрий БЛИЕВ,**  
обозреватель «МГ»,  
отличник здравоохранения РСФСР,  
заслуженный деятель  
культуры РСФСР.

Ну и ну!

# Санкции вышли боком

**Генпрокуратура РФ направила в Федеральную антимонопольную службу (ФАС) материалы для возбуждения дела против компании «Верофарм» по факту принуждения работников к поддержке антироссийских санкций.**

В связи с обращениями депутатов Госдумы РФ и информацией СМИ прокуратурой были организованы проверки по фактам понуждения работников этого публичного акционерного общества к соблюдению режима таких санкций. Соответствующие прокурорские надзорные мероприятия осуществлены в Москве (по месту нахождения общества), а также в Белгородской, Владимирской и Воронежской областях – в этих регионах расположены его филиалы и дочернее общество. Помимо этого, по требованию прокуроров в филиалах организованы проверки Государственной инспекции труда. По итогам обеспечено необходимое реагирование как прокурорами, так и уполномоченными органами, сообщило ведомство.

Установлено, что в декабре 2014 г. в общество из Abbott Laboratories LLC (США), собственника 98,3% его акций, поступил комплект документов, содержащий, в том числе, Руководство по соблюдению режима санкций против российских и украинских лиц (далее – «руководство»), который был распространён среди сотрудников «Верофарма». Ввиду того, что изложенные в этом документе ограничения противоречат федеральному закону России, а его практическое применение может привести к созданию дискриминационных условий в сфере трудовых отношений, Люблинским межрайонным прокурором Москвы



генеральный директор общества предостережён о недопустимости нарушения закона. Аналогичное предостережение объявлено прокурором Петушинского района Владимирской области директору по производству ООО «ЛЭНС-ФАРМ» (дочернее общество ПАО «Верофарм»). Кроме того, материалы прокурорской проверки направлены в Управление ФАС по Москве для рассмотрения вопроса о возбуждении дела о нарушении антимонопольного законодательства.

Государственной инспекцией труда в Воронежской области общество привлечено к административной ответственности в виде штрафа в размере 40 тыс. руб. за нарушение трудового законодательства в части несоблюдения требований по оплате труда, сроков выплаты отпускных и расчётных сумм при увольнении.

Так что понуждение вышло, как говорится, боком. Органами прокуратуры обеспечено необходимое вмешательство в связи с созданием в «Верофарме» условий, заставляющих работников соблюдать режим антироссийских санкций. Ситуация с соблюдением прав работников общества поставлена на контроль.

Основанная в январе 1997 г. акционерами «Аптечная сеть 36,6» фармацевтическая компания «Верофарм», производит в основном дженерики, онкологические препараты и медицинские пластыри. Ей принадлежит Воронежский химико-фармацевтический завод, Белгородское предприятие по изготовлению готовых лекарственных форм и Покровский завод готовых лекарственных форм.

**Константин ЩЕГЛОВ,**  
обозреватель «МГ».

Акции

**Владивостокская поликлиника № 1 подвела итоги акции «Дня открытых дверей по ранней диагностике рака», которая проходила с 3 по 13 февраля при поддержке Краевого онкологического диспансера. По результатам исследования с подозрением на онкологические заболевания к различным специалистам были направлены 10 человек, для дополнительного обследования и уточнения диагноза.**

и направили их на дообследование, – сообщила заведующая организационно-методическим кабинетом поликлиники Людмила Ширяева. – Напрямую в онкологический диспансер пациентов с повышенным уровнем онкомаркёров мы не направляем, так как этот результат не всегда означает, что у человека рак. Иногда положительный результат дают определённые воспалительные процессы половой системы.

К слову, в Приморском крае

# К онконастороженности надо приучать

183 жителя столицы Приморья воспользовались возможностью, предоставленной Владивостокской поликлиникой № 1, и проверили своё здоровье, сдав кровь на определение уровня онкомаркёров. У мужчин (а их, среди участников акции, как ни странно, было большинство) проверяли специфический антиген простаты, позволяющий диагностировать рак предстательной железы, а у женщин – стандартный онкомаркёр рака яичников.

Положительный результат анализов был выявлен у 190 человек: у 8 мужчин диагностировано повышение результата онкомаркёра предстательной железы PSI, у 2 женщин повышенный уровень SA 125 – подозрение на рак яичников.

– Мы выдали результаты исследований на руки пациентам

ежегодно выявляется около 10 тыс. человек, страдающих или имеющих предрасположенность к онкозаболеваниям. Предупредить развитие онкологического заболевания значительно легче, чем с ним бороться, ещё раз повторяют врачи. Они призывают граждан не пренебрегать государственным программой – диспансеризацией, профилактическими осмотрами и регулярно проводимыми первой поликлиникой профилактическими осмотрами. Доказано, что при обнаружении опухоли на ранних стадиях, возможно успешное лечение и полное выздоровление. Однако 50% пациентов обращаются к специалистам уже на поздних стадиях заболевания.

**Николай САМОХИН,**  
Владивосток.

Эксперты Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье» проанализировали тендеры по закупке регионами в 2014 г. лекарств, включённых в федеральный Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Выяснилось, что стоимость одних и тех же лекарств, закупаемых разными субъектами Федерации, может различаться в десятки раз!

#### Что показал мониторинг

В рамках мониторинга проведён анализ 35 тендеров по закупке ЖНВЛП в 20 регионах. Как оказалось, во многих субъектах РФ эти препараты были приобретены по завышенным ценам.

Наиболее показательны закупки препарата иматиниб для лечения хронического миелолейкоза в Челябинской и Ярославской областях, состоявшиеся в ноябре 2014 г. В первом из этих регионов препарат стоил в 35 раз дороже, чем во втором. В Челябинской области 80 упаковок (100 мг № 120 капсулы) купили по цене 67 тыс. руб. за штуку, а в Ярославской области приобрели 96 упаковок, заплатив за штуку всего 1,8 тыс. руб.

Не такой серьёзный, но всё-таки также достаточно солидный разброс цен по лекарственному препарату трастузумаб для лечения онкологических заболеваний. В Чувашской Республике он закупался по цене 84,2 тыс. руб. за упаковку (контракт № 486 от 03.12.2014), в Новгородской области – по 79,7 тыс., в Тульской области стоил по контракту 77,3 тыс. Сахалинскому бюджету он обошёлся в 75,1 тыс. руб. за упаковку, а Костромской области удалось закупить его за 68,6 тыс. (контракт № 2014.268922 от 21.09.2014) за упаковку.

Ещё один пример – лекарственный препарат лопинавир+ритонавир для лечения ВИЧ-инфекции (табл. 200 мг + 50 мг № 120), который был приобретён Минздравом России по цене 6,6 тыс. руб. за пачку, а регионами – с разбросом цен от 6,8 тыс. до 7,5 тыс.

«Понятно, что закупается не одна и не две упаковки. Но даже если учитывать стоимость лишь одной упаковки, в этом случае экономия бюджетных средств может составить от нескольких до десятка тысяч рублей, – заметил директор фонда Эдуард Гаврилов. – А с учётом реальных объёмов годовых закупок лекарств из списка ЖНВЛП речь может идти о сотнях и сотнях миллионов сэкономленных ру-

#### На контроль!

# В регионах – разброс цен на лекарства

## Минздрав России поддерживает инициативу Фонда «Здоровье» о централизации закупок лекарственных препаратов



Очень часто по другую сторону прилавка в аптеках сегодня совсем не до улыбок

блей, в которых так нуждается сегодня сфера здравоохранения. Например, если бы Минздрав Тульской области приобрёл жизненно важный для онкологических больных препарат за такую же цену, как его закупили в Костромской области, то экономия по контракту могла бы составить 2,9 млн руб. Для Чувашии эта цифра была бы 1,6 млн, Новгородской области – 1,7 млн. По данным Фонда «Здоровье», общая экономия по 11 лекарственным контрактам на закупку препарата лопинавир+ритонавир, в которых обнаружено завышение цены, могла бы составить более 32,1 млн руб.»

По мнению экспертов Фонда «Здоровье», усиление на этом направлении контроля со стороны Росфиннадзора, его территориальных управлений, а также контрольно-счётных палат в регионах и правоохранительных органов могло бы обеспечить позитивные изменения уже в самое ближайшее время.

#### Остановит централизация закупок

«Ещё одним системным шагом по улучшению ситуации в этой сфере могла стать централизация закупок медоборудования и лекарственных препаратов на региональном уровне. Централизация помогла бы обеспечить справедливость цен и не только сэкономить на закупках, но и избежать многомиллионных списаний просроченных дорогостоящих препаратов», – полагает Э.Гаврилов. Он указал, что «позитивный опыт такого подхода уже существует: ряд регионов, например Красноярский край, Кемеровская и Нижегородская области, применяют практику централизованного лекарственного обеспечения».

«В рамках подготовки к Всероссийскому форуму по здравоохранению мы намерены с помощью наших региональных активистов промониторить практику закупок лекарств и медоборудования во всех регионах, а через рабочую

группу «Социальная справедливость» привлечь к этой проблеме внимание ответственных лиц», – заключил директор фонда «Здоровье».

Инициатива фонда находит поддержку в Государственной Думе РФ. Как заявила на заседании «круглого стола» на тему «Доступность медицинской помощи и социальной поддержки для пациентов с редкими заболеваниями в России» в Общественной палате РФ заместитель председателя Комитета по вопросам семьи, женщин и детей Ольга Борзова, «централизованные закупки дорогостоящих лекарственных средств позволят получить колоссальные скидки и сэкономить государственные бюджетные средства». «А это значит, – заметила она, – оказать помощь большему количеству пациентов с редкими заболеваниями в нашей стране». Альтернативой такой программы, по мнению депутата, могло бы стать расширение действующей Федеральной программы «Семь нозологий».

Отметив особенно тяжёлую ситуацию с обеспечением этими лекарствами больных в Северо-Западном регионе, О.Борзова сообщила, что 55% пациентов с одним из 24 редких заболеваний, входящих в федеральный реестр на получение лечения, на данный момент не получают здесь лечения. «Санкт-Петербург по редким заболеваниям – это караул! Самая большая почта по проблемам редких заболеваний именно оттуда. Практически дети-инвалиды с редкими заболеваниями в этом субъекте Федерации лечения не получают!» – заявила заместитель председателя думского комитета.

#### А можно гораздо ниже

Министерство здравоохранения РФ поддерживает идею фонда «Здоровье», который считает, что цены на жизненно важные лекарства могут быть гораздо ниже при условии централизации закупок

на уровне регионов. «Минздрав в целом поддерживает вывод о централизации закупок лекарственных средств в регионах... Вместе с тем следует учитывать, что данная мера не должна являться единственной», – сообщили в министерстве.

Как сообщает Минздрав, ещё в начале 2015 г. регионам рекомендовано организовать централизованные закупки лекарств посредством совместных аукционов.

В министерстве отметили, что оно еженедельно отслеживает цены на 150 наиболее значимых для населения позиций, которые включают в себя как жизненно важные препараты, так и препараты, не входящие в этот перечень. «Благодаря этим мерам в январе 2015 г. цены на препараты ЖНВЛП повысились всего на 3,4%, 3,8% прибавили препараты в стоимостном сегменте до 50 руб. за упаковку», – подчеркнули в Минздраве.

А вице-спикер Государственной думы РФ Андрей Исаев заявил, что в течение недели парламент получит первые данные по ценам и срокам получения лекарств, входящих в льготную категорию. «В течение недели получим первые данные. Мы договорились, что работаем в постоянной связи с Министерством здравоохранения, они собирают свои данные еженедельные по 150 видам таких лекарств, мы представим наши отчёты», – сказал А.Исаев.

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев в феврале заявил, что цены на лекарства, по экспертным оценкам, в 2015 г. вырастут на 20%. При этом он констатировал, что в настоящее время уже зарегистрирован рост цен на лекарства, что, по его словам, отчасти связано с колебанием валютного курса, а отчасти – «просто со спекуляцией».

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

#### Акценты

# Частые проблемы «редких пациентов»

## Ими на берегах Невы теперь озаботится экспертный совет

В Комитете по здравоохранению Санкт-Петербурга создан экспертный совет по редким заболеваниям, деятельность которого ориентирована на устранение узких мест в ведении орфанных пациентов.

Специалисты считают, что наиболее сложные проблемы лежат в плоскости диагностики, маршрутизации больных, своевременности и качества лечебно-диагностических пособий. Не может не беспокоить и перспектива лекарственного обеспечения пациентов с жизнеугрожающими или хроническими прогрессирующими

заболеваниями, без лечения приводящих к смерти или инвалидизации.

Согласно информации Людмилы Сычёвской, начальника Управления по организации работы фармацевтических учреждений и предприятий Комитета по здравоохранению, закупки и соответствующие конкурсные процедуры по приобретению лекарственных средств для больных с редкой патологией были проведены в последнем квартале 2014 г., благодаря чему стоимость таких ЛС удалось «заморозить» на уровне цен минувшего года. Вместе с тем все лекарственные препараты,

применяемые для лечения орфанных заболеваний, являются оригинальными, не имеют дженериков и в нашей стране не производятся. Следовательно, речь об их импортозамещении идти не может.

Участники первого заседания совета, обсудив пути большей доступности медицинской помощи пациентам с острой перемежающейся порфирией и болезнью Вильсона, приняли решение о разработке тарифов на диагностические обследования, стационарное лечение и диспансерное динамическое наблюдение подобных больных.

Ныне в федеральный регистр лиц, страдающих орфанными

заболеваниями, включён 671 петербуржец, в том числе 192 ребёнка. Медицинская помощь им сосредоточена в основном в Санкт-Петербургском государственном казённом учреждении «Диагностический центр (медико-генетический)». Примечательно, что более 93% пациентов получают лекарственное лечение и снабжаются специализированными продуктами лечебного питания за счёт регионального бюджета, и только 7% – за федеральные деньги.

Для достижения высокой эффективности реабилитационно-оздоровительных мероприятий

в городе на Неве сформирована 4-этапная комплексная система восстановительного лечения детей с хроническими заболеваниями (стационары, медицинские организации амбулаторно-поликлинического профиля, специализированные центры, санатории). В прошедшем году в четвёртый этап восстановительного лечения были вовлечены 16 детских санаторно-курортных учреждений, мощность которых составляла 2672 койки.

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Старая Русса – районный центр Новгородской области, известный россиянам своим одноимённым курортом, чья история уходит в начало XIX века. Большое значение в жизни горожан имеет и Дом-музей Ф.М.Достоевского. Именно здесь, в провинциальной тиши, создавались «Братья Карамазовы» и другие произведения нашего великого литератора. Ежегодный фестиваль камерных спектаклей и международные чтения делают Старую Руссу одним из мест паломничества почитателей его творчества. Говоря об этом городе, нельзя сразу же не сказать о том, что в церкви Святого Георгия находится икона Старорусской Божьей Матери, принимаемая верующими как чудотворная.



Валентина Иванова

В преддверии празднования Великой Победы надо упомянуть, что в годы Великой Отечественной войны город был важнейшим стратегическим пунктом и трижды переходил из рук в руки. 18 февраля 1944 г. Старая Русса была освобождена, но представляла собой груды кирпича и пепла. Источенные, возвращались жители из лесов и уцелевших деревень, чтобы возродить свой любимый город. Спустя месяц сюда прибыла Вера Сморгонская, ставшая почти на год единственным здесь врачом. Приём больных она вела вместе с акушеркой и тремя медицинскими сёстрами в землянке. Существовал также и эвакуационный пункт, на нём выявлялись больные сыпным тифом. Первая больница на 35 коек была открыта спустя 3 месяца в бывшей сапожной мастерской...

К юбилею лечебного учреждения в 2014 г. администрация выпустила книгу «Путь длиной в 70 лет». В ней бережно собраны фотографии прошедших десятилетий – этапов развития больницы, имена тех, кто создавал и укреплял здравоохранение в Старой Руссе.

Сегодня Старорусская ЦРБ является межрайонным медицинским центром. Программа модернизации позволила создать учреждение, реализующее потребности не только своего, но и близлежащих районов. Проведены капитальный ремонт корпусов, оснащение отделений современным оборудованием – от кувезов до томографа. Особым звеном в этом преобразовании является внедрение в работу больницы первичного сосудистого центра – одного из трёх в области. Курирует работу специалистов и консультирует готовый незамедлительно принять пациентов, нуждающихся в оперативном вмешательстве, региональный сосудистый центр в Великом Новгороде. Успешная работа в лечении больных сердечно-сосудистыми заболеваниями сегодня основывается на чётко выстроенной маршрутизации пациентов. Важно, что у фельдшера самого отдалённого ФАПа области всегда на связи специалисты из межрайонного центра и отделения функциональной диагностики областной больницы, готовые в круглосуточном режиме принять ЭКГ пациента посредством портативного кардиографа и дать рекомендации по его лечению или эвакуации. Врачи центра – неврологи, кардиологи, анестезиологи-реаниматологи, равно как и другие врачи межрайонных центров, прошли обучение на базе Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева.

Для населения 7 близлежащих районов – а это 75 тыс. человек, более 35% из которых пенсионного возраста – ЦРБ в часовой доступности. Большим подспорьем в профилактической работе больницы является передвижная ФАП. В 2014 г. за более 300 выездов в деревни осмотрено 7 тыс. жителей. Вездная работа позволяет своевременно напомнить сельским жителям о необходимости

## Ориентиры

# Правильный выбор

## Межрайонный медицинский центр в Старой Руссе встречает тысячелетие города обновлённым

приверженности к назначенной терапии, пригласить их на лечение в стационар или на консультацию к областным специалистам, провести цитологический скрининг.

В 2015 г. больница вплотную подошла к работе с электронными историями болезни. Уже привычными стали функционирующие в «электронном режиме» медицинские карты, запись на приём к врачу, регистры персонала, протоколы врачебных комиссий и выписка рецептов по ДЛО. В декабре прошлого года начат капитальный ремонт палатного корпуса больницы, его завершение планируется уже в текущем году. Стационар на 340 коек, взрослая и детская поликлиники, женская консультация, 4 отделения общей врачебной (семейной) практики и 25 ФАПов – здравоохранение Старорусского района, развиваясь, вбирает в себя новые технологии для межрайонной и сельской медицины. А опираясь на мудрость и опыт ведущих врачей района, становится надёжной пристанью для молодых специалистов.

Вот уже почти три десятилетия руководит больницей В.Иванова, заслуженный врач РФ. По специальности Валентина Васильевна педиатр, и, наверное, отсюда и стиль управления – заботливый, «пестуший». К примеру, за прошлый год в больницу пришли работать 17 молодых специалистов, многие из которых предпочли районную больницу клиникам Санкт-Петербурга. Понятно, что выбор места работы зачастую связан с атмосферой в коллективе, с готовностью старшего поколения принять молодёжь, с их желанием научить, помочь, поддержать. В больницу стремятся многие – нынешним летом большой десант студентов из Северной столицы проходил здесь летнюю практику. Наверняка здесь летнюю практику уже завладела Старая Русса...

Договорённость о прохождении практики на базе межрайонного медицинского центра была достигнута ещё в ходе визитов новгородских руководителей здра-

воохранения в питерские вузы в течение учебного года. 21 студент – от первокурсников до выпускников 1-го Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова и Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета прибыли в Старую Руссу в конце июня и пробыли там месяц. Администрация больницы обеспечила студентов возможностью прохождения практики в качестве санитаров,

платы в размере 500 тыс. руб. на приобретение или строительство жилых помещений на территории Новгородской области. Уже 26 новгородских врачей улучшили свои жилищные условия благодаря этой возможности. В декабре 2013 г. областным правительством принято распоряжение «О создании условий для оказания медицинской помощи населению области», в котором рекомендуется органам местного самоуправления муниципальных районов предостав-

конкурса «Лучший врач года» в номинации «Лучший врач службы крови» стала Вероника Чистякова, заведующая отделением переливания крови, врач-трансфузиолог больницы. И по сей день отделение Чистяковой является одним из лучших как в области, так и на всём Северо-Западе РФ. В 2013 г. в Книгу Почёта Новгородской области включено имя фельдшера ФАПа деревни Луншино Старорусского района. Елена Миронова, заведующая ФАПом, расположенным на центральной усадьбе, оказывает медицинскую помощь более чем 500 жителям 23 деревень в радиусе 18 км. В 2014 г. победителем регионального этапа конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» в номинации

«За верность профессии» стала Валентина Семёнова – участковая медицинская сестра детской поликлиники. В конкурсе «Мой любимый врач», который проводился в Новгородской области в декабре ушедшего года среди врачей педиатрического звена, победителем стала Елена Рудева.

А ещё характерный штрих коллектива больницы – замечать семейные радости. Таким событием стало для всех, когда в 2014 г. молодой оториноларинголог Александра Орехова стала мамой сразу троих мальчишек – Семёна, Арсения и Степана.

– Любовь и доверие пациентов возникают лишь там, где каждый сотрудник чувствует себя необходимой частью большого, важного дела, – считает Валентина Васильевна. – В жизни всегда руководствуюсь словами главного для меня учителя – Олега Николаевича Стуколкина, врача-педиатра, одного из руководителей новгородского здравоохранения, чей уход из жизни стал для всех нас огромной потерей, – с грустью продолжала Валентина Васильевна. – Он говорил, что врач должен всю жизнь стремиться к вершинам своей профессии, уметь действовать быстро, но без поспешности и всегда быть достойным своего Учителя.

К 70-летию Великой Победы на сайте Департамента здравоохранения Новгородской области размещается серия зарисовок о жителях области, которые во время войны были медицинскими работниками – врачами, медсёстрами, санитарками... Есть среди них и жительница Старой Руссы Ирина Фёдорова. Именно к ней 9 мая отправятся с поздравлениями представители больницы.

Ирина Тимофеевна родилась в Старорусском районе, в деревне Кривец в августе 1923 г. Окончила медицинское училище. В блокадном Ленинграде в звании младшего сержанта служила в частях Краснознамённой МПВО – командиром санитарного отделения. После войны вернулась в родную Старую Руссу. Работала школьной медсестрой и поднимала город из руин. С 1964 по 1978 г. Ирина Тимофеевна была главной медицинской сестрой Старорусской ЦРБ.

Юлия ВИШНЕВА,  
внешт. корр. «МГ».

Старая Русса.

Фото автора.



Счастливая мама Александра Орехова

медицинских сестёр, помощников врача, фельдшеров скорой медицинской помощи. Качество выполняемой помощи обеспечивало наличие у каждого практиканта «персонального» руководителя из числа ведущих специалистов учреждения. Практические знания студенты получали в терапевтическом, хирургическом, кардиологическом, неврологическом, гинекологическом, акушерском отделении, в отделении реанимации и анестезиологии, оперблоке, приёмном отделении. Проживание будущих врачей было организовано в благоустроенном общежитии Агролицей № 25. Оплату за проживание взяла на себя администрация Старорусского муниципального района, а больница привлекла спонсоров для организации питания студентов. По результатам практики главный врач направила в адрес ректоров вузов, где обучаются студенты, благодарственные письма за «высокие теоретические

знания и неподдельный интерес к освоению выбранной профессии». Валентина Васильевна уверена, что подобный опыт сотрудничества может быть полезен и другим центральным районным больницам, нуждающимся в привлечении кадров.

Отметим, Старорусская ЦРБ постоянно получает поводы гордиться своими сотрудниками. В 2010 г. призёром заключительного этапа IX Всероссийского

**Достижения фтизиатрической службы СССР были признаны во всём мире. Но за годы начала рыночных реформ туберкулёз возродился до такого уровня, что в пору было говорить не о повышении заболеваемости, а об эпидемии его на российских просторах. Он и сегодня занимает второе место среди инфекционных заболеваний по частоте смертельных исходов, уступая только СПИДу. Не менее серьёзной ситуацией в нашей стране делает и то обстоятельство, что распространение получают, в том числе, и возбудители туберкулёза, имеющие лекарственную устойчивость к применяющимся антибактериальным препаратам. Если прибавить сюда и неостановленное распространение ВИЧ-инфекции, то противостоять палочке Коха специалистам становится всё сложнее.**

ВОЗ разрабатывает свои меры борьбы с лекарственной устойчивостью микобактерий. Но не всегда методы диагностики и лечения, рекомендованные этой уважаемой и авторитетной международной организацией, можно смело распространить на российскую практику. Не случайно отечественные специалисты по фтизиатрии в своё время весьма прохладно отнеслись к навязываемой нашей стране стратегии DOTS.

Но вернёмся в день сегодняшний. По данным статистики за 2013 г., заболеваемость туберкулёзом в России составила 63 на 100 тыс. населения, а смертность – 11,3. Налицо существенное снижение смертности от этой опасной инфекции, если сравнить её с показателями «лихих» 90-х. Эксперты считают, что большой вклад в борьбу с туберкулёзом внёс приказ № 109, принятый в 2003 г. Он чётко регламентировал меры противодействия распространению болезни, начиная от диагностики, заканчивая перечнем лекарственных препаратов. Государственное внимание к проблемам здравоохранения позволило переоснастить многие фтизиатрические лечебные учреждения современным оборудованием, создать если не комфортные, то нормальные условия пребывания больных в специализированных стационарах. Параллельно – внедрить более передовые методы диагностики и лечения. И тем не менее нельзя сказать, что ранняя диагностика и лечение туберкулёза уже поставлены в нашей стране на самый передовой уровень. Мы по-прежнему живём в стране с высоким бременем туберкулёза. Россияне составляют 1,7% от общего числа заболевших во всём мире. А медицинское сообщество всё больше и больше тревожит и тот факт, что выявляется значительное число больных, страдающих туберкулёзом с устойчивыми к антибактериальной терапии штаммами микобактерий.

В конце прошлого года (29.12.2014) Минздравом России был издан новый приказ № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания». Его принятие вызвало ряд критических замечаний, прежде всего со стороны ведущих фтизиатров нашей страны. Но были и те, кто отмечал его положительные стороны и высказывался за необходимость его принятия. Дискуссии на эту тему продолжаются и сегодня. Более того, они ещё более активизировались в период, когда наша страна столкнулась с нарастающим «поток» экономических трудностей. Исчезновение из разряда рекомендованных, востребованных для лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулёза отечественного препарата и в то же время включение в приказ новых дорогостоящих лекарств и схем лечения вызы-

вают опасения, что это усложнит лечение лекарственно-устойчивых форм. А в некоторых территориях вообще сделает это невозможным. И вот почему.

**Заведующая кафедрой туберкулёза Иркутской государственной медицинской академии последипломного образования, главный фтизиатр Иркутской области, профессор Елена Зоркальцева:**

– Непосредственно в формировании данного приказа участие мы не принимали, но были задействованы при разработке

на новый режим тестирования, поскольку его применение (в силу технологических особенностей) снизит частоту выявляемости, могут быть пропущены многие случаи заболевания. Во-вторых, большой вопрос вызывает перечень препаратов для химиотерапии. Почему в рекомендации не включён отечественный инновационный препарат Перхлосон, который прошёл все надлежащие испытания, имеет регистрационное удостоверение и двухлетний положительный опыт применения? Почему мы вынуждены организовывать врачебные

экспертная должность, которую занимают на общественных началах) Ирина Васильева. Конечно, приказы должны меняться, хотя бы раз в 10 лет. Медицина не стоит на месте. Впервые за 40 лет разработаны 2 новых противотуберкулёзных препарата: в России – Перхлосон Иркутского института химии РАН и фирмы «Фармасинтез» (зарегистрирован в 2012 г.), а второй – Бедаквилин (или Сиртуро). Он создан американской фирмой «Янсен» (теперь – «Джонсон и Джонсон») и зарегистрирован на год позднее. Проблема появилась тогда, когда

деньги на дополнительные длительные исследования препарата, а это миллионы долларов. К тому же это довольно дорогостоящий препарат – по подсчётам специалистов, на его закупку придётся потратить миллиарды бюджетных рублей...

Вызывает изумление и тот факт, что предыдущий приказ – № 109 от 2003 г. не отменён до сих пор. Причём это изумление идёт из регионов, где руководители противотуберкулёзной службы недоумевают, почему они не могут закупать российский Перхлосон?

## Точка зрения

# Рекомендации от экспертов

По мнению авторитетных фтизиатров, приказ Минздрава России № 951 нуждается в доработке



Одна из самых больших проблем – лекарственно-устойчивый туберкулёз

клинических рекомендаций, которые легли в его основу. В рамках этой работы нам предоставлялась возможность высказать свои пожелания, которые во многом были учтены. В основе приказа № 951 лежат клинические рекомендации (режимы химиотерапии, диагностики), утверждённые Российским обществом фтизиатров, которые сочли их вполне обоснованными.

В целом, отношение к приказу у меня положительное, поскольку в нём наконец-то регламентированы новые методики диагностики, режимы химиотерапии, и в этом плане приказ будет существенно помогать российским фтизиатрам в работе. Но меня как специалиста с большим стажем смущают некоторые положения этого документа. Во-первых, новый тест, который внедряется для замены туберкулинодиагностики у детей. Исходя из сложившейся эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в Восточной Сибири и Иркутской области, в частности, могу сказать, что мы не готовы сразу перейти

комиссии, чтобы назначить Перхлосон нашим пациентам?

Конечно, в целом переработка режимов химиотерапии своевременна, однако в случае терапии форм туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) или с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ), когда набор эффективных препаратов не так велик, мы, к сожалению, недосчитались столь нужного препарата. В связи с этим хочу поддержать инициативу по пересмотру данного приказа в отношении перечня препаратов, используемых при МЛУ- и ШЛУ-ТБ. Возвращение проверенных и эффективных средств в этот перечень необходимо для качественной борьбы с распространением заболевания.

**Президент Ассоциации производителей фармпродукции академик РАН Сергей Колесников:**

– За приказ № 951 несёт ответственность главный фтизиатр Минздрава России (кстати, это

российский Перхлосон отказались включить в схемы лечения больных с множественной устойчивостью к препаратам. Но стоило появиться американскому препарату Бедаквилин (Сиртуро), тут же были созданы методические рекомендации к его применению. А ведь Бедаквилин в самих США используют только в исключительных случаях, при отсутствии других методов лечения, поскольку препарат вызвал большую смертность при клинических испытаниях – погибло 9 из 79 испытуемых – пациентов, больных туберкулёзом, и Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) требует провести дополнительные исследования его безопасности (эта информация есть на сайте препарата!). Но в приказе № 951 никаких оговорок на этот счёт нет.

Возникает вопрос: почему тормозится отечественный препарат? В голову приходит «конспирологическая» версия – иностранная фирма просто не хочет тратить

А это сделать сложно, поскольку начинаются проверки: купили или не купили регионы американское «снадобье»? И вообще ожидается проведение семинара по новым рекомендациям!

Так что от торможения российского препарата, которое происходит уже более 2 лет, пострадают не только больные туберкулёзом, но и бюджеты регионов. Как мне кажется, дело скоро дойдёт до такой точки, когда им должны будут заняться уже органы по борьбе с коррупцией и ФАС, так как наличие препятствие добросовестной конкуренции.

**Руководитель Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулёза в Российской Федерации ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России профессор Ольга Нечаева:**

– Я неоднократно выступала против утверждённых в приказе Минздрава России № 951 схем лечения туберкулёза. Такого же

мнения придерживается директор ЦНИИОИЗ академик РАН В. Стародубов, о чём он прямо пишет в своём обращении в Минздрав России: «В приказе № 951 есть положения по химиотерапии туберкулёза, реализовать которые будет весьма проблематично».

В частности, согласно приказу, предполагаются схемы лечения антибактериальными препаратами на протяжении 20-26 месяцев, что не соответствует ни режимам применения данных средств по инструкции (не более 2-3 месяцев), ни их наличию в медицинской организации в необходимом объёме. Такой подход означает, что средства на лечение пациента в федеральных ЛПУ окажутся затраченными впустую, поскольку отсутствие продолжения адекватного лечения после того, как пациент вернётся на долечивание к себе домой, приведёт к дальнейшему развитию лекарственной устойчивости, вплоть до тотальной.

Более того, предполагается использовать лекарственные средства, которые до сих пор не имеют разрешения на лечение туберкулёза (Моксифлоксацин, Линеволид, Кларитромицин и др.) – сроки применения этих препаратов по инструкции также не превышают 14 дней, а в режимах приказа № 951 они возросли до 20-26 месяцев. Таким образом, проекты режимов лечения больных с МЛУ- и ШЛУ-ТБ противоречат ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», где чётко указано, что лечение лекарственными препаратами осуществляется строго по срокам, указанным в инструкции.

Ведущие специалисты-фтизиатры, в частности профессора Е. Богородская, С. Смердин, и я не раз выступали против принятия данного приказа, однако каждый раз мы сталкивались с организованным противодействием, наше экспертное мнение не было учтено, и в конечном счёте мы столкнулись с принятием данных методических рекомендаций, получивших форму приказа.

За время разработки данного документа я лично обращалась с письмом на имя бывшего директора Центрального НИИ туберкулёза В. Ерохина, где писала, что режимы назначения лекарственных препаратов при МЛУ- и ШЛУ-ТБ должны носить строго индивидуальный характер, назначаться по жизненным показаниям консилиумом врачей, с информированного согласия самого пациента, а не быть загнанными в стандартные схемы, поскольку представляют собой сложные случаи и требуют подбора лекарств, исходя из их переносимости пациентом и устойчивости возбудителя.

Кроме того, есть вопросы по стоимости лечения. Например, по предыдущему приказу стоимость II-B-режима терапии на одного больного составляла 17,7 тыс. руб., в новом приказе вместо него введён IV стандартный режим, стоимость которого по сегодняшнему курсу составляет 626,7 тыс. руб., что в 35 раз больше! По финальным расчётам, стоимость лечения всех больных туберкулёзом, исходя из предыдущего приказа № 109, составляла 4,466 млрд руб., а по новому № 951 – уже 33,279 млрд руб., что в 7,5 раза больше! Это потребует увеличения трансфертов для субъектов Федерации для лечения больных с МЛУ-ТБ в 9 раз!

Когда принимался предыдущий приказ № 109, эпидемическая ситуация с туберкулёзом в нашей стране была менее благоприятная, чем сейчас. В настоящее время снижается и заболеваемость туберкулёзом, и смертность от него. Зачем же в нынешней более благоприятной обстановке дорогостоящие лекарственные средства с низкой или неустановленной противотуберкулёзной активностью?

Кроме того, согласно приказу № 951, в режимы лечения не вошли недорогие и эффективные препараты, например Фторхинолон Офлоксацин, включённый в схемы лечения ЛУ-ТБ во всём мире, и отечественный Перхлорон, который входит в Перечень ЖНВЛП и предназначен для лечения МЛУ-ТБ.

В схемы лечения приказом включены наиболее дорогостоящие препараты зарубежных производителей – самый дорогой Фторхинолон Моксифлоксацин, Бедаквилин, Линеволид. Если посмотреть на стоимость лечения, то на тот же Бедаквилин, о токсичности которого хорошо известно, требуется 140 тыс. руб. на 6 месяцев лечения одного больного (а в приказе предусматриваются и более длительные сроки терапии). Курс лечения Линеволидом ещё дороже. Кроме того, ряд предложенных в рамках приказа зарубежных препаратов имеют всего одного производителя.

Вызывают также ряд вопросов и предложенные схемы по выявлению и диагностике туберкулёза, при строгом исполнении которых могут возникнуть проблемы. В частности, есть несоответствие приказа № 951 и Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулёза», утверждённых постановлением Главного государственного санитарного врача РФ № 60 от 22.10.2013 (зарегистрированы в Минюсте РФ 06.05.2014 за № 32182).

По моему мнению, данный приказ должен быть отменён и отправлен на доработку. Такие важные документы по диагностике и лечению туберкулёза должны быть широко обсуждены и согласованы с ведущими фтизиатрами страны.

**Заведующий кафедрой фтизиатрии и пульмонологии Московского государственного медицинского стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Владимир Мишин (выдержки из статьи, поступившей в редакцию для публикации):**

– Для меня как практикующего врача непонятно даже название этого приказа – «Об утверждении методических рекомендаций (???) по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания». Рекомендации есть рекомендации, а значит, для выполнения, в частности для врача-фтизиатра, абсолютно не обязательны. Это выглядит как-то странно, поскольку ещё не отменён и полностью действует приказ МЗ РФ № 109 от 21.03.2003, где утверждена «Инструкция по химиотерапии туберкулёза органов дыхания», которая применяется для лечения таких больных в нашей стране.

Хочется отметить и другое: новые методические рекомендации обсуждались на сайте Российского общества фтизиатров ([www.goftb.ru](http://www.goftb.ru)) при бывшем президенте РОФ и директоре Центрального НИИ туберкулёза, члене-корреспонденте РАН В. Ерохине. Сразу было понятно, что они полностью повторяют печатное издание: см. «Методические материалы к проведению тематического цикла усовершенствования врачей. Диагностика и лечение туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя» – Moscow: Valent Publishing House, 2012, 656 pp. Тираж 1000 экз. Данное печатное издание представляет совместную разработку Американского международного союза здравоохранения и коллектива Центрального НИИ туберкулёза при поддержке Агентства США по международному развитию (<http://www.aaha.ru/taxonomy/term/5>).

В этом совместном печатном издании подчёркивается, что «разработка и издание этих методических рекомендаций стали

возможными только благодаря поддержке американского народа, оказанной через Агентство США по международному развитию (AMP США)»? В то же время это печатное издание не имеет грифа Учебно-методического объединения Минздрава России и разрешения для последипломного образования врачей-фтизиатров.

Но это показательные детали. Главное – методы диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания, изложенные в совместном печатном издании, в самих США никогда не рекомендовались, не апробировались и не применялись. Более того, и разрешены никогда не будут. Ведь за океаном используют только рекомендации Американского торакального общества, основанные на доказанных клинических исследованиях в США и принципах доказательной медицины в своей региональной эпидемиологической ситуации (см. Diacon A.H. Combination therapy is just one emerging weapon in the fight against tuberculosis HIV-positive population. // см. Lancet. – 2012. – Vol. 487. – P. 14-21. (<http://doi.org/h34>) и Drug-Resistant Tuberculosis. A Survival Guide for Clinicians, 2nd edition. – 2011. – Curry International Tuberculosis Center – University of California San Francisco. – 266 p. ([http://www.currytbccenter.ucsf.edu/drtdb/drtdb\\_ch3.cfm](http://www.currytbccenter.ucsf.edu/drtdb/drtdb_ch3.cfm)).

Совершенно не логично, что для лечения больных туберкулёзом граждан РФ новый приказ № 951 полностью повторяет рекомендации иностранных авторов ВОЗ, Американского международного союза здравоохранения и Агентства США по международному развитию и никакого отношения к эпидемиологической ситуации в РФ не имеющих...

Новые рекомендации выглядят эмпирическими при полном отсутствии доказательной базы. Соответственно, без обоснования клинических и экономических индикаторов эффективности, предлагаемых методов диагностики и лечения, таких как снижение смертности, уменьшение числа обострений и рецидивов, улучшение качества жизни и снижение экономических затрат.

Можно сказать, что приказ не соответствует и современным требованиям к клиническим рекомендациям в РФ. Поскольку в данном случае они не строятся на принципах доказательной медицины. В нашей стране не проводились рандомизированные, клинические и фармакоэкономические исследования по этому поводу. Хотя с 2012 г., наверное, можно было это сделать.

Рекомендации ВОЗ, которые использовались для написания приказа, предназначались для апробации в эпидемиологических условиях развивающихся стран Африки, Азии и Южной Америки. В них уровень региональной первичной множественной лекарственной устойчивости МБТ не превышает 3%. Что касается нашей страны, то у нас этот показатель в 2013 г. составлял 19,8%. Очевидно, что это обстоятельство требует создания отечественных рекомендаций по диагностике и лечению для больных туберкулёзом лёгких в эпидемиологических условиях РФ.

Кроме того, вызывает несогласие и научное непонимание тот факт, что в новом приказе № 951 говорится о применении нового противотуберкулёзного препарата Бедаквилин «так называемых IV и V режимах химиотерапии» (о режимах химиотерапии и стоимости их речь уже шла выше, поэтому не будем повторяться. – **Ред.**).

Бедаквилин – новый противотуберкулёзный препарат, одобренный в 2012 г. FDA в качестве одного из компонентов режима лечения впервые выявленных больных туберкулёзом в регионах с высоким уровнем МЛУ-ТБ.

В настоящее время Мировым альянсом по разработке лекарств от туберкулёза (Global Alliance for

TB Drug Development, 2012) уже предложен и апробирован новый высокоэффективный режим химиотерапии, состоящий из комбинации Бедаквилина, Пиразинамида и Моксифлоксацина для лечения впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких в регионах с высоким распространением МЛУ-ТБ, в том числе в сочетании с ВИЧ-инфекцией (см. XIX International AIDS Conference, 2012; Lancet 2012; 380:986-93; Nature, Vol. 487, 26 July, 2012).

В то же время в ЮАР, по аналогии с российскими комбинированными препаратами Ломекомб и Лефлорипин (Г. Соколова и др., 2003; В. Мишин и др.), уже создан комбинированный препарат, состоящий из комбинации Бедаквилин + Пиразинамид + Моксифлоксацин для лечения впервые выявленных больных в странах с высоким региональным уровнем МЛУ-ТБ в течение только 6 недель, а стоимость его очень высока (см. XIX International AIDS Conference, 2012; Lan-cet 2012; 380:986-93; Nature, Vol. 487, 26 July, 2012).

При этом в зарубежной научной литературе нет ни одной научной статьи, где бы Бедаквилин применялся в комбинации с резервными препаратами.

Это абсолютный закон химиотерапии туберкулёза, обоснованный нашими корифеями-фтизиатрами А. Рабухиным (см. «Химиотерапия больных туберкулёзом». – М. – 1970. – 400 с.) и А. Хоменко (см. «Химиотерапия туберкулёза лёгких». – М. – 1980. – 279 с.).

Но вот применение Бедаквилина в комбинации с резервными препаратами в лечении МЛУ- и ШЛУ-ТБ абсолютно научно неправомерно и приведёт к быстрому появлению штаммов МБТ с устойчивостью к нему. Это уже произошло с фторхинолонами. А в данном случае может сформироваться, назовём её так: ГЛУ – «грандиозная» лекарственная устойчивость МБТ!!!

Хочу подчеркнуть, что российским фтизиатрам совершенно не безразлично, как в ближайшие годы будет вестись противотуберкулёзная работа в нашей стране и какие документы будут её регламентировать. В частности, смогут ли они существенно повысить эффективность диагностики и лечения больных туберкулёзом или продолжится принятие решений, которые трудно объяснить с точки зрения доказательной медицины.

**Главный врач Республиканского клинического противотуберкулёзного диспансера, главный фтизиатр Минздрава Республики Бурятия, доктор медицинских наук Антон Забруев:**

– В настоящее время для выполнения медицинскими организациями муниципального и областного уровня скрининговых молекулярно-генетических методов для этиологической диагностики (при отрицательных результатах микроскопических исследований мокроты) отсутствует соответствующее оснащение. Для выполнения диагностической пробы взрослым с аллергеном туберкулёзным рекомбинантным в стандартном разведении также нужны финансовые средства, в том числе и на предварительные мероприятия по обучению персонала, приобретению аллергена туберкулёзного рекомбинантного.

В химиотерапии IV режима мои коллеги не согласны с отсутствием Офлоксацина и Перхлорона при опыте эффективного их использования в нашем регионе с 2012 г.

Поэтому мы бы очень хотели, чтобы в приказ внесли изменения и дополнения.  
**Независимый консультант в области медицинского права Сергей Григорьев:**  
– Приказ № 951 был принят Минздравом России вне рамок своих полномочий, поскольку министерство утверждает стандарты и порядки лечения, но не методические рекомендации. В связи с этим приказ не имеет юридической силы, однако в лечебных уч-

реждениях, вышестоящим органом по отношению к которым является Минздрав России, данный приказ будет воспринят в качестве обязательного к исполнению.

Кроме того, с 1 января 2015 г. стандарт лечения разрабатывается при участии медицинских профессиональных некоммерческих организаций с последующим его утверждением Минздравом России, после чего приобретает обязательную силу, что установлено частью 2 статьи 76 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». При принятии приказа этого сделано не было, Минздрав сам принял подобный документ, который юридически не имеет обязательной силы и не является стандартом лечения.

Пока его правомерность не будет оспорена, приказ, несмотря на вышеизложенное, юридически будет действовать.

Кроме того, приказ содержит обязательные требования в области лечения туберкулёза органов дыхания в той или иной стадии. Приказ чётко устанавливает, какие препараты должны применяться при лечении, посредством указания на их международное непатентованное наименование. Однако тем самым положения приказа ограничивают число участников аукционов по закупке противотуберкулёзных препаратов для государственных и муниципальных нужд. В частности, в приказ вошли два эксклюзивных импортных препарата, не имеющие производимых в России аналогов – Бедаквилин и Спарфлоксацин. При этом в приказ не включён отечественный инновационный препарат Перхлорон.

Как известно, в нашей стране основным покупателем противотуберкулёзных препаратов является государство. Лекарства закупаются на бюджетные деньги. Медицинские учреждения РФ, делая заказы на препараты, исходят из своих потребностей, но, в соответствии с приказом, они теперь могут заказывать только включённые в него препараты. А это может повлечь ущемление прав тех производителей, которые выпускали лекарственные средства, не включённые в приказ. Пациенты, возможно, от этого не пострадают. Но закупку некоторых эксклюзивных импортных препаратов бюджет может и не выдержать. И в этом случае придётся вспомнить о проводимой политике импортозамещения, поддержанию которой приказ явно не способствует.

\* \* \*

«Медицинская газета» – не единственное издание, в котором решили выступить со своей позицией специалисты в области фтизиатрии. Поэтому у редакции были сомнения, стоит или нет публиковать этот материал. После обсуждения было решено, что нельзя игнорировать мнения признанных авторитетов в одном из важных разделов клинической медицины. Серьёзные решения должны приниматься открыто и гласно.

Безусловно, редакция будет рада, если свою точку зрения выскажут представители Минздрава России. Очевидно, что этот приказ готовился в условиях, когда об антикризисных мерах ещё никто не думал. Сегодня ситуация другая. Президент и Правительство РФ чётко ставят вопрос о поддержке отечественной фармацевтической промышленности и импортозамещении. Учитывая всё это, нам кажется, что приказ нуждается в дополнении. В документ, надемся, будут включены препараты, которые хорошо зарекомендовали себя в лечебной практике. Веский аргумент в их пользу – они разработаны в России.

**Юлия МОРОЗОВА,  
Леонид КАТЛИНСКИЙ.**

**Фото Александра ХУДАСОВА.**

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 17 (1869)

(Окончание. Начало в № 17 от 11.03.2015.)

## Подострая форма

Протекает скрыто в течение нескольких недель после воздействия, проявляясь кашлем и одышкой, и может прогрессировать до появления цианоза и нарушения дыхания, когда требуется госпитализация больного. Иногда подострая форма может развиться после острой, особенно при продолжающемся воздействии антигена. У многих больных с острой и подострой формой субъективные и объективные признаки болезни исчезают через несколько дней, недель или месяцев после прекращения воздействия вредного фактора. В противном случае болезнь может перейти в хроническую форму, но частота подобной трансформации неизвестна.

## Хроническая форма

В этом случае заболевание может протекать в виде постепенно прогрессирующей интерстициальной болезни лёгких, сопровождающейся продуктивным кашлем и одышкой при физической нагрузке, похудением без предшествующих проявлений острой или подострой формы. Постепенное начало заболевания происходит при воздействии низких доз антигена. При аускультации в лёгких выслушиваются мелко- и среднепузырчатые влажные хрипы, ослабленное дыхание, при перкуссии определяется коробочный оттенок звука.

Развивается деформация концевых фаланг пальцев по типу «бараньих палочек» (Finger clubbing), так называемые пальцы Гиппократова (digiti Hippocratici), что связано с нарушением трофики надкостницы и вегетативной иннервации на фоне длительной эндогенной интоксикации и гипоксемии. В дальнейшем у больных развивается хроническое лёгочное сердце с прогрессирующей недостаточностью кровообращения.

Среди вариантов экзогенного аллергического альвеолита, развивающихся от воздействия лекарственных препаратов, известны «амиодароновое» и «метотрексатовое» лёгкое.

Особенности фармакокинетики амиодарона обуславливают характерный для него профиль лёгочной токсичности, что во многом связано с очень длительным периодом полувыведения – в течение 6-12 месяцев. Характерно медленное начало, вялотекущее улучшение после отмены препарата, возможное развитие или рецидив симптомов после прекращения приёма. Поражение лёгких, вызванное амиодароном, развивается во временном интервале от нескольких недель до нескольких лет терапии данным лекарственным средством (в среднем через 18-24 месяца).

«Метотрексатовое» лёгкое может развиваться при любой продолжительности приёма препарата, но риск возникновения пневмопатий выше в течение 1-го года терапии. Пневмопатия, обусловленная метотрексатом, характеризуется подострым течением (недели от начала приёма), реже – острым (дни) и хроническим (месяцы).

Диагностические признаки «метотрексатового» лёгкого включают следующие критерии: прогрессирующую одышку, лихорадку выше 38°C, тахипноэ более 28 в минуту, наличие признаков интерстициальных изменений при лучевой диагностике, лейкоцитоз, рестриктивные нарушения функции внешнего дыхания со снижением диффузионной способности лёгких,  $PaO_2 < 50$  мм рт.ст.

## Диагностика

Диагноз экзогенного аллергического альвеолита устанавливают на основании:

– анамнестических признаков – указания в санитарно-гигиенической характеристике условий труда на наличие контакта с определённым антигеном при выполнении профессиональных обязанностей, его определённой экспозиции;

– наличия эпизодов одышки, сопровождающейся сухим кашлем, лихорадкой и недомоганием, развивающейся через несколько часов после ингаляции соответствующего антигена, и исчезновение респираторных симптомов заболевания после прекращения контакта с антигеном;

– объективных и аускультативных данных, наличия двусторонней крепитации над лёгкими;

– данных консультации врача-аллерголога, пульмонолога, профпатолога.

**Данные лабораторных методов исследования**

Повышен уровень интерлейкина 8, который является важнейшим фактором хемотаксиса нейтрофилов, тем самым определяя нейтрофилии и лимфоцитопении. Увеличен уровень TNF-β, который стимулирует пролиферацию фибробластов и синтез ими коллагена. Повышается СОЭ, уровень С-реактивного протеина, определяется ревматоидный фактор.

Эозинофилия выявляется редко. Выявляются повышенные уровни общих IgG и IgM. Обнаруживаются специфические преципитирующие антитела к «виновному» антигену (методами двойной диффузии, встречного иммуноэлектрофореза и иммуноферментными методами).

**Данные инструментальных методов исследования**

При исследовании функции внешнего дыхания выявляется рестриктивный тип вентиляционных нарушений со снижением лёгочных объёмов, возможны обструктивные изменения со снижением скоростных показателей форсированного выдоха. Диагностируется гипоксемия как при физической нагрузке, так и в покое.

Определяются положительные кожные скарификационные пробы (исследование проводится врачом-аллергологом). Положителен провокационный ингаляционный тест. Материалы, которые используют для тестов, готовят из пыли «подозрительного» материала или из экстрактов смеси антигенов, полученных с помощью различных химических процессов.

У чувствительных пациентов после теста может развиваться выраженное обострение заболевания, значительная гипоксемия, поэтому многие пациенты неохотно идут на исследование.

При рентгенографии лёгких на начальной стадии наблюдается обширное затемнение лёгочных полей, в дальнейшем – множественные мелкие очаговые тени или сетчато-узелковое образование, при

устранении контакта с органической пылью они полностью исчезают. При острой и подострой формах могут отмечаться снижение прозрачности лёгочных полей по типу «матового стекла», нечёткие пятна, диффузные или отдельные узелковые инфильтраты; при хронической форме появляется сеть диффузных узелковых инфильтратов, а также такие нарушения, как плевральный выпот, уплотнение корней лёгких или прикорневая аденопатия.

При проведении компьютерной томографии лёгких высоким разрешением выявляются множественные мелкие очаговые тени на фоне сетчатой перестройки лёгочного рисунка, узелковые затемнения, зоны «матового стекла», буллёзное вздутие лёгочной паренхимы и трансформация лёгочной ткани по типу сотового лёгкого. Иногда наблюдается симптом воздушной ловушки.

Сцинтиграфия лёгких с галлием позволяет выявить острый альвеолит, однако этот метод исследования неспецифичен, его результаты плохо коррелируют с клинической картиной заболевания и морфологическими изменениями в лёгких, а отрицательный

# Экзогенный аллергический альвеолит

Дифференциальный диагноз при экзогенном аллергическом альвеолите

Таблица 3

Признаки	Экзогенный аллергический альвеолит	Диссеминированный туберкулёз	Карциноматоз	Саркоидоз с лёгочными проявлениями
Анамнез	Контакт с органической пылью	Возможный контакт с большими бактерио-выделителями, туберкулёз в прошлом	Контакт не установлен	Контакт не установлен
Начало заболевания	Острое или подострое	Острое	Подострое, может быть и острое	Подострое, редко острое
Интоксикация	Умеренно выраженная, фебрильная или субфебрильная температура	Резко выраженная, высокая температура тела интермиттирующего характера	Умеренно выраженная, реже высокая температура	Умеренно выраженная, субфебрильная температура
Бронхолёгочные проявления	Сухой кашель, резко выраженная одышка	Кашель со скудно отделяемой мокротой, одышка в покое	Сухой кашель, резко выраженная одышка в покое	Сухой кашель, умеренно выраженная одышка при физической нагрузке
Данные физикального обследования	Перкуторный звук с тимпаническим оттенком, жёсткое бронхиальное дыхание, мелко- и среднепузырчатые хрипы, редко свистящее и шумное дыхание	Перкуторный звук с тимпаническим оттенком, дыхание бронхиальное, ослабленное, паравертбрально-мелкопузычатые влажные хрипы	Укорочение перкуторного звука в средних нижних отделах, жёсткое дыхание, могут выслушиваться сухие и мелкопузырчатые хрипы	Перкуторные изменения не определяются. Дыхание жёсткое, могут выслушиваться сухие хрипы
Рентгенологическая картина	Усиление лёгочного рисунка за счёт интерстициального компонента, суммация этих теней создаёт картину милиарных очагов	Тени полиморфные. Могут быть интерстициальные изменения и увеличение лимфатических узлов корня лёгких	Рентгенологическая картина однотипна и проявляется в виде милиарной диссеминации с преимущественным поражением нижних и средних зон лёгких. В ряде случаев диссеминация может быть довольно равномерной во всех полях, что делает её весьма сходной с милиарным туберкулёзом	Увеличение прикорневых лимфатических узлов, реже парабронхиальных, трахеобронхиальных. Появление крупнопятнистого рисунка в прикорневых и мелкопятнистого в средних зонах, а также мелких очаговых теней
Морфологические признаки	Эпителиоидно-клеточные гранулёмы	Туберкулёзные бугорки, состоящие из клеток: эпителиодных, лимфоидных, Пирогова – Ланганса, с казеозом	Основным патоморфологическим субстратом саркоидоза является эпителиоидная гранулёма, которая состоит почти исключительно из эпителиоидных клеток, единичных гигантских клеток Пирогова – Ланганса, с узким ободком лимфоцитов вокруг бугорка, без очагов творожистого некроза в центре.	Метастатические узлы имеют морфологическую структуру, которая соответствует первичной опухоли. Метастазы хорионкарциномы имеют низкую плотность, метастазы остеогенной саркомы и аденокарциномы лёгкого способны образовывать костную ткань, а метастазы рака щитовидной железы и молочной железы, петрификаты
Картина крови	Умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, нередко лимфоцитоз и эозинофилия. Умеренно ускоренная СОЭ	Умеренный лейкоцитоз, лимфопения, иногда моноцитоз, резко ускоренная СОЭ до 40-50 мм/ч	Выраженный лейкоцитоз, лимфопения, резко ускоренная СОЭ	Умеренный лейкоцитоз, лимфопения, моноцитоз, СОЭ может быть нормальной или не резко ускоренная
Микроскопия мазка мокроты по Цилю – Нельсену	Отрицательная	Редко выявляются кислотоупорные бактерии	Отрицательная	Отрицательная



результат не исключает наличия заболевания.

При анализе **цитоза бронхоальвеолярного лаважа** можно выявить увеличенное в 5 раз содержание различных популяций Т-лимфоцитов (преимущественно CD8+), при «амиодароновом лёгком» – пенные макрофаги.

**Биопсия** лёгкого показана, если для постановки диагноза недостаточно других критериев. Если биоптат получают в активной фазе болезни, в нём определяют интерстициальный альвеолярный инфильтрат, состоящий из плазматических клеток, лимфоцитов, иногда эозинофилов и нейтрофилов, и гранулёмы, слабовыраженный интерстициальный фиброз. Возможно наличие гигантских клеток и телец Шаумана, но оно неспецифично для экзогенного аллергического альвеолита.

Часто развивается облитерирующий бронхоиолит, перибронхиальные воспалительные инфильтраты. Гранулематоз, альвеолит и бронхоиолит составляют так называемую триаду морфологических признаков при экзогенном аллергическом альвеолите, при этом все элементы находят не всегда.

### Дифференциальный диагноз

Сходная рентгенологическая картина наблюдается и при лёгочных диссеминациях опухолевой природы (бронхиолоальвеолярный рак, карциноматоз; поражение лёгких при лимфогранулематозе, лейкозах). Также необходимо проводить дифференциальный диагноз с идиопатическим фиброзирующим альвеолитом, с гранулематозами лёгких (саркоидоз лёгких, диссеминированный туберкулёз лёгких, пневмококкоз), лёгочными проявлениями при системных васкулитах и ангиитах (узловатый периартериит, гранулематоз Вегенера, идиопатический гемосидероз лёгких, синдром Гудпасчера). Так, верификацию саркоидоза осуществ-

ляют на основании гистологического исследования биоптатов лёгочной ткани, позволяющей выявить специфические изменения. Возможно проведение пробы Квейма.

Карциноматоз лёгких протекает более тяжело, сопровождается интоксикацией и выраженной дыхательной недостаточностью. На рентгенограммах лёгких выявляются полуморфные очаговые тени с нечёткими контурами, отсутствует «обрубленность» корней лёгких. Отмечаются быстрое прогрессирование процесса в лёгких и изменение в периферических лимфатических узлах. Для уточнения диагноза необходимо исследовать мокроту на наличие атипичных клеток, а при увеличении периферических лимфатических узлов показана их биопсия.

### Лечение

Поскольку эффективность лечения зависит главным образом от прекращения воздействия антигена, большое значение имеют его идентификация и устранение контакта.

Единственным эффективным средством лечения подострой и хронической форм заболевания являются системные глюкокортикоиды (при острой форме не применяются). Глюкокортикоиды отменяют по достижении клинического улучшения или при отсутствии клинического и функционального ответа на него. Если в период снижения дозы глюкокортикоидов происходит ухудшение состояния больного, то следует вернуться на предшествующую ступень терапии. При резистентности заболевания к глюкокортикоидам иногда назначают Д-пеницилламин и колхицин (эффективность не доказана).

У пациентов с доказанной гиперреактивностью дыхательных путей применяются бронходилатирующие лекарственные средства. Используются β<sub>2</sub>-адреномиметики (фенотерол, формотерол), антихолинэрги-

ческие препараты (прежде всего ипратропия бромид), реже метилксантин. При назначении метилксантинов следует учитывать, что клиренс теофиллина широко варьирует и снижается с возрастом, при дисфункции печени, декомпенсации сердца, лёгочном сердце, лихорадке.

При появлении осложнений проводится симптоматическая терапия: длительная кислородотерапия при дыхательной недостаточности, антибиотики при бактериальных осложнениях, диуретики при застойной сердечной недостаточности и др.

### Прогноз

Прогноз при экзогенном аллергическом альвеолите зависит от своевременности выявления заболевания. При остром и подостром течении экзогенного аллергического альвеолита изменения в лёгких обратимы, и, спустя несколько дней, недель или месяцев после прекращения контакта с антигеном, симптомы заболевания полностью исчезают. При хронической форме экзогенного аллергического альвеолита прогноз во многих случаях неблагоприятен или по крайней мере сомнителен. Заболевание может прогрессировать даже после прекращения контакта с антигеном и трудно поддаваться лечению.

### Профилактика

Профилактика экзогенного аллергического альвеолита основывается на совершенствовании технологических процессов (герметизация, механизация технологий, вынос пультов управления за пределы рабочих помещений, увлажнение воздуха и др.); качественном проведении предварительных при поступлении на работу профилактических медицинских осмотров согласно приказу Минздрава России № 302 от 12.04.2011 «Об утверждении перечней вредных и (или)

опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжёлых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда»; периодическом аллергологическом обследовании работающих.

Дополнительными медицинскими противопоказаниями к приёму на работу в контакте с производственными веществами токсико-аллергического действия служат тотальные дистрофические и аллергические заболевания верхних дыхательных путей, хронические заболевания бронхолёгочной системы, аллергические заболевания при работе с аллергенами аэрозолями, врождённые аномалии (пороки развития) органов дыхания и сердца.

Правилом при определении трудоспособности больных экзогенным аллергическим альвеолитом является следующее: наличие заболевания является абсолютным противопоказанием к продолжению работы в контакте с причинным веществом. Больной признаётся стойко частично утратившим трудоспособность, стойко нетрудоспособным в своей профессии, нуждающимся в постоянном рациональном трудоустройстве, медицинской и социальной реабилитации.

**Сергей БАБАНОВ,**  
профессор кафедры профессиональных  
болезней и клинической фармакологии,  
доктор медицинских наук.

**Владислав КОСАРЕВ,**  
заведующий кафедрой профессиональных  
болезней и клинической фармакологии,  
доктор медицинских наук, профессор.

Самарский государственный  
медицинский университет.

### Костно-суставной туберкулёз

Костно-суставной туберкулёз возникает вследствие гематогенной диссеминации микобактерий туберкулёза (МБТ), либо при первичном инфицировании, либо при реактивации туберкулёзных очагов определённой давности.

#### Туберкулёзный спондилит

1. Первичный туберкулёзный остит.
2. Прогрессирующий спондилоартрит без нарушения функции.
3. Прогрессирующий спондилоартрит с нарушением функции.
4. Хронический деструктивный спондилоартрит с полной утратой функции.
5. Посттуберкулёзный спондилоартроз (последствия перенесённого спондилита).

#### Клинические проявления

- интоксикация (субфебрильная температура, потливость, слабость и т.д.);
- локальная боль в позвоночнике, вынужденная осанка, ригидность мышц спины;
- иррадиирующая боль по ходу спинальных нервов, которая может имитировать заболевания внутренних органов;
- парез и параличи нижних конечностей, нарушение функции тазовых органов;
- появление абсцессов (заглоточных, внутригрудных или забрюшинных).

#### Диагностика

##### Стандартные методы обследования

1. Анамнез с определением наличия контакта с туберкулёзом, перенесённый в прошлом туберкулёз любой локализации.
2. Рентгеномографическое обследование (поиск активного туберкулёзного процесса органов дыхания) и заключение врача-фтизиатра.
3. Бактериологическое исследование промывных вод бронхов, мокроты и мочи на МБТ.
4. Клинический анализ крови (наличие воспалительных изменений).
5. Биохимическое исследование крови (наличие воспалительных изменений).
6. Туберкулинодиагностика (реакция Манту с 2 ТЕ, диаскин-тест).
7. Рентгенография и рентгеномография позвоночника с выявлением сужения межпозвонковой щели, утолщения паравертебральных тканей, очагов деструкции в телах позвонков, их деформация и спадание.

##### Дополнительные методы обследования

1. Магнитно-резонансная томография позвоночника.
  2. Пункция тела позвонка и паравертебральных тканей с бактериологическим, цитологическим и морфологическим исследованием полученного материала.
  3. Радионуклидное исследование позвоночника.
  4. Исследование полученного материала методом ПЦР.
- Опорными диагностическими критериями при туберкулёзном спондилите являются специфические изменения при рентгенографии и МРТ, обнаружение МБТ в исследуемом материале.

#### Лечение

##### Консервативное лечение

**Туберкулёз поражает практически любой орган. По локализации различают: костно-суставной (встречается у 47% всех больных внелёгочным туберкулёзом); мочеполовой системы (37%); глаз (5,5%); мозговых оболочек (менингит – 4%); женских половых органов (4%); лимфатических узлов (2,5%); органов брюшной полости (1,5%); кожи (1,5%). Совсем редко встречается туберкулёз других органов: перикарда, надпочечников, кишечника и т.д.**

**Внелёгочными формами туберкулёза чаще болеют взрослые (79%) и реже – дети и подростки (соответственно 16 и 5%). Независимо от места поражения цикл воспаления всегда одинаков: очаг (гранулёма) – расплавление его (казеоз) – образование полости распада (каверна) – возникновение при санировании фиброза (склерозирование). Начальные проявления заболевания при минимальных поражениях дают картину интоксикации организма.**

#### Антибактериальная химиотерапия:

Интенсивная фаза: 4 препарата (HRZE) не менее 120 доз, с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

Фаза продолжения: 3 препарата (HRZ) не менее 180 доз с учётом устойчивости МБТ.

#### Патогенетическая терапия:

1. Кортикостероиды (дексазон, преднизолон) парентерально, местно.
2. Иммунокорректоры (иммунофан, тималин, Т-активин).
3. Гепатопротекторы (гептрал, эссенциалефорте и др.).
4. Витаминотерапия (витамины группы В).
5. Симптоматическая терапия.

#### Хирургическое лечение

Туберкулёз позвоночника является хирургическим заболеванием, а операция – основной компонент в его комплексном лечении. Хирургическое лечение проводится по решению врачебного консилиума с учётом распространённости и тяжести процесса. Оперативные вмешательства при туберкулёзе позвоночника разделены на 4 группы (радикально-восстановительные, реконструктивные, корригирующие, лечебно-вспомогательные).

#### Нахождение

1. Нахождение больных с осложнёнными формами туберкулёза в стационаре до 1 года, включая хирургическое лечение и реабилитацию.
2. Санаторно-курортное лечение в специализированных санаториях для больных с костно-суставным туберкулёзом, после оперативного лечения в предгорьях Северного Кавказа.
3. В обязательном порядке проведение противорецидивных курсов химиотерапии 2 раза в год, в течение 2 лет двумя препаратами не менее 60 доз в осенний и весенний период.
4. Контрольное обследование амбулаторно 2 раза в год в течение 5 лет.

#### Туберкулёз суставов

В 95% случаев туберкулёзный артрит развивается при прогрессировании первичного околоуставного очага, значительно реже специфическое поражение начинается непосредственно в синовиальной оболочке сустава. В клиническом течении суставного туберкулёза различают 5 стадий:

1-я стадия – первичный остит;  
2-я стадия – прогрессирующий остеоартрит с распространением на сустав без нарушения функции сустава;  
3-я стадия – прогрессирующий артрит с нарушением функции сустава;  
4-я стадия – хронический деструктивный артрит с разрушением сустава и полной утратой его функции;  
5-я стадия – посттуберкулёзный артроз, представляющий последствия перенесённого артрита с возникновением в ходе заболевания грубых анатомических и функциональных нарушений.

#### Клинические проявления

- интоксикация (субфебрильная температура тела, слабость, потливость и т.д.);
- постепенно усиливающиеся боли в суставе, ограничение амплитуды подвижности в нём;
- вынужденное положение конечности;
- возможно острое начало заболевания, связанное с прорывом бессимптомного костного очага в полость сустава;
- при осмотре определяют сглаженность контуров сустава, повышение местной температуры без гиперемии кожи;
- при пальпации отмечают умеренную болезненность, ограничение объёма движений (контрактура);
- параартикулярные абсцессы и свищи.

#### Диагностика

##### Стандартные методы обследования

1. Анамнез с определением наличия контакта с туберкулёзом, перенесённый в прошлом туберкулёз любой локализации.
2. Рентгеномографическое обследование (поиск активного туберкулёзного процесса ор-

**По мере распространения процесса его симптоматика зависит от нарушений, присущих поражённому органу. Распознавание внелёгочного туберкулёза невозможно без рентгенологического исследования и туберкулиновых проб.**

**Диагностика ведётся с учётом трёх этапов развития заболевания. Первый этап – появление первичного очага туберкулёзного воспаления в пределах мельчайшей анатомической единицы, постепенно распространяющегося контактным путём. Второй этап – вовлечение в патологический (болезненный) процесс окружающих тканей и органов, функционально тесно связанных с поражённым органом (например, распространение туберкулёза на мочевыводящие пути при туберкулёзе почек и др.). Третий этап – полное поражение туберкулёзом органа, системы и окружающих тканей с возникновением осложнений.**

ганов дыхания) и заключение врача-фтизиатра.

3. Бактериологическое исследование промывных вод бронхов, мокроты и мочи на МБТ.
4. Клинический анализ крови (наличие воспалительных изменений).
5. Биохимическое исследование крови (наличие воспалительных изменений).
6. Туберкулинодиагностика (реакция Манту с 2 ТЕ, диаскин-тест).
7. Рентгенография и рентгеномография суставов с целью определения очагов деструкции, остеопороза, секвестра, сужения суставной щели.

##### Дополнительные методы обследования

1. Магнитно-резонансная томография суставов.
  2. Радионуклидная диагностика суставов.
  3. Пункция сустава с исследованием экссудата (бактериоскопия, посев на M.tuberculosis, биохимические исследования).
  4. Гистологическое и бактериологическое исследования отделяемого свищей, биопсийного и операционного материалов.
- Опорными диагностическими критериями являются: специфические изменения при рентгенографии и МРТ, обнаружение МБТ в исследуемом материале.

##### Лечение

##### Консервативное лечение

**Антибактериальная химиотерапия**  
Интенсивная фаза: 4 препарата (HRZE) не менее 120 доз, с учётом лекарственной устойчивости МБТ.

Фаза продолжения: 3 препарата (HRZ) не менее 180 доз с учётом устойчивости МБТ.

(Продолжение следует.)

**Фарит БАТЫРОВ,**  
доктор медицинских наук.

**Гульнара ОГАНЕЗОВА,**  
кандидат медицинских наук.

Московская городская клиническая  
туберкулёзная больница № 7.

# Внелёгочный туберкулёз

Несмотря на непростую экономическую ситуацию, Россия выполняет свои обязательства надёжного партнёра в решении глобальных проблем здравоохранения, в том числе в борьбе с лихорадкой Эбола. Об этом заявила на Международной конференции высокого уровня по вопросам лихорадки Эбола в Брюсселе руководитель Роспотребнадзора Анна Попова.

Главный государственный санитарный врач РФ, возглавившая российскую делегацию на этом форуме, рассказала о вкладе нашей страны в международные усилия по борьбе со вспышкой лихорадки Эбола, поделилась нашим взглядом на меры, которые международному сообществу необходимо предпринять для повышения эффективности реагирования на подобные кризисы в области общественного здравоохранения в будущем.

«Россия принимает активное участие в международных усилиях по борьбе со вспышкой Эболы, – сказала А.Попова. – Наш совокупный вклад в эту работу превысил 60 млн долл., включая непосредственную помощь пострадавшим странам Африки, укрепление международных механизмов реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера, включая Международные медико-санитарные правила, научные исследования по созданию вакцин против Эболы, повышение национальной и региональной готовности».

С августа 2014 г. в Гвинее работает российская мобильная лаборатория, российские эксперты оказывают помощь гвинейским властям, напомнила глава Роспотребнадзора. В ноябре 2014 г. Гвинее был передан полевой госпиталь на 200 коек. В январе в городе Кинди был построен стационарный центр на 65 коек для лечения инфекционных больных. Россия обеспечила готовность специализированного авиатранспорта для эвакуации больных, в том числе для третьих стран. Кроме того, в пострадав-

Сотрудничество

# Лихорадка Эбола: сохранять бдительность

Наша помощь в борьбе со страшной инфекцией будет продолжена



Анна Попова

шие от вспышки страны были направлены медицинские изделия, средства индивидуальной защиты, автотранспорт, продукты питания и другая гуманитарная помощь. Правительством России выделено 20 млн долл. ряду учреждений системы ООН на цели противодействия вспышке.

По словам А.Поповой, для обеспечения эффективности ответных мер на будущие связанные с пандемиями угрозы и риски требуют внимания три области. «Во-первых, мы должны поддержать реализацию резолюции по вопросам Эболы, принятой на специальной сессии ВОЗ 25 января, и реформировать глобальное реагирование на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения, – по-

яснила она. – Во-вторых, существует дефицит врачей, обладающих достаточными навыками и знаниями в области биологической безопасности. Это привело к высокому количеству инфицирования медицинских работников и гибели почти 500 из них. В-третьих, центром приложения усилий по повышению потенциала по выявлению и реа-

гированию на вспышки опасных инфекционных болезней должны являться не программы и международные организации, а уязвимые страны. Неправильно, если уязвимые страны должны ждать возникновения кризиса в области общественного здравоохранения для того, чтобы получить международную помощь».

Необходимо также продолжить укреплять системы выявления и реагирования на угрозы в области здравоохранения в этом регионе, полагает руководитель Роспотребнадзора. Она заявила, что «Россия, в свою очередь, продолжит оказание помощи в борьбе с Эбола и в укреплении систем здравоохранения пострадавших стран. Мы все должны сохранять бдительность

и реагировать своевременно».

Конференция в Брюсселе, в которой приняли участие более 80 делегатов из западноафриканских стран, Европейского союза, других государств, внёсших значительный вклад в борьбу со вспышкой, высокопоставленные представители учреждений ООН, Всемирного банка, неправительственных учреждений и научно-исследовательских учреждений, продемонстрировала, по мнению А.Поповой, профессиональное единство международного сообщества в решении кризисов общественного здравоохранения. Совместными усилиями удалось добиться стабилизации ситуации.

Но угрозы, связанные с инфекционными болезнями, продолжают расти и диверсифицироваться. Вспышка лихорадки Эбола показала недостатки не только в системах реагирования пострадавших стран, но и в вопросах международного ответа и помощи. Сегодня главная задача – продолжить усиленно работать, чтобы остановить вспышку.

По официальной информации ВОЗ, общее число лиц, пострадавших от вспышки лихорадки Эбола, составило на конец февраля 23 729 человек, в том числе 9604 летальных случая. Регистрируются случаи заболевания и среди медицинского персонала – 837 медицинских работников пострадали от этой лихорадки, из них 490 – с летальным исходом.

Константин ШЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».



Около 24 тыс. человек пострадали от вспышки лихорадки Эбола

Инициатива

В Кемерово состоялся турнир по мини-футболу среди команд реабилитационных наркологических центров. Инициатором его проведения выступил Кемеровский областной клинический наркологический диспансер. В спортивной жизни области событие, может, и не особенно заметное. А вот для развития системы социальной реабилитации наркозависимых и профилактики наркомании – знаковое.

Впервые в истории реабилитационного движения в Кузбассе на спортивном поле встретились представители государственных медицинских центров (команда «Фламинго» Кемеровского наркодиспансера и команда «Эдельвейс» Прокопьевского наркодиспансера) и команда частного реабилитационного центра «Шишино» (Кемеровский район).

Раньше «государственники» устраивали свои закрытые состязания, а «частники» проводили в различных регионах Сибири свои. И эта параллельность была принципиальной: не желало государственное здравоохранение вступать в официальный контакт с пёстрыми и, чего уж греха таить, порой сомнительными структурами.

## Есть надёжный контакт!..

Это был не спортивный междусобойчик бывших наркоманов, а серьёзное соревнование реабилитантов

Но справиться с валом наркомании одной лишь государственной медицине не под силу. Это признано и на федеральном уровне. Не случайно речь сегодня идёт о необходимости создать в России разветвлённую сеть центров медицинской и социальной реабилитации и наладить между ними взаимодействие. Кемеровские соревнования стали удачной попыткой такого контакта.

«То, что именно наш центр пригласили к участию в турнире, я расцениваю как признание нас в качестве партнёров», – заметил руководитель негосударственного реабилитационного центра «Шишино» Дмитрий Уфимцев. – В этом году нашей организации исполняется 15 лет. Многие наши выпускники не просто вернулись к трезвой жизни, но и помогают вернуться другим. Получили психологическое образование

и сами работают сегодня консультантами по химической зависимости».

Второй яркой особенностью турнира стало то, что проходил он под эгидой Департамента молодёжной политики и спорта администрации Кемеровской области. И выразилось это не только в материальной поддержке соревнований (что тоже важно, ведь в бюджете наркологов деньги на кубки и медали не предусмотрены). Участие департамента резко повысило статус мероприятия и самооценку ребят. Одно дело – спортивный междусобойчик бывших наркоманов. И совсем другое – областные соревнования реабилитантов...

«В Иркутской области реабилитацией наркозависимых занимается исключительно молодёжный департамент, – уточняет заведующая отделением реабилитации Кемеровского наркодиспансера

Юлия Дубчак. – Медики там только лечат, а дальнейший процесс курирует администрация области».

Добавим, что программа этой первой кемеровской встречи одним футболом не ограничилась. После соревнований спортсмены и болельщики пили чай, вживую общались с легендой кузбасского, да и советского футбола Виталием Раздаевым (в своё время только в I союзной лиге он забил 214 мячей), смотрели спектакль «Даренная Богом» театра-студии наркозависимых «Фламинго».

«Во время таких встреч нередко завязываются дружеские связи, а это – один из элементов возвращения пациентов в социум», – отметила Ю.Дубчак.

«Любая реабилитация – достаточно длительный и замкнутый процесс, для ребят это не курорт, а серьёзная работа. Подобные встречи дают колоссальную разрядку. Да и для специалистов

они полезны. Я вот успел посмотреть гончарную мастерскую кемеровских наркологов, где они проводят занятия по арт-терапии. Замечательно, будем думать, как организовать подобное в Шишино», – поделился Д.Уфимцев.

«Общение такого рода непременно принесёт свои плоды, – уверен В.Раздаев. – Участники соревнований понимают, что они вновь могут стать самыми обычными людьми. Меня часто спрашивают: «Ну а по зонам ты какого лешего ездешь?» А там ведь тоже люди. И для них я тоже турниры организовываю. Ездил в колонию, где молодёжь сидит, своих детей привозил, посоревновались. Спорт – это путь к нормальной жизни».

Валентина АКИМОВА,  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

**Что заставляет молодых, физически здоровых и с виду благополучных людей резать вены, глотать смертельные дозы таблеток, вешаться и прыгать с крыш высотных домов? Психологические детерминанты суицидального поведения подростков изучались очень многими исследователями. Было выявлено, что среди психически здоровых подростков наибольшей уязвимостью и склонностью к суицидальному поведению обладают лица с акцентуированными и психопатическими чертами характера.**

### Где причины?

В ходе анализа стало очевидным, что у психически здоровых подростков данная поведенческая деструкция вызвана целым рядом нарушений в эмоциональной сфере (недостаточность эмоционального регулирования, депрессивное состояние, состояние безнадежности), когнитивной (нарушение функций анализа, оценки информации и прогнозирования; формирование дисфункциональных установок и убеждений; нарушение регуляторных функций памяти, внимания, мышления) и личностной сфер (нарушение развития самосознания, кризис идентичности) при возникновении возрастных психологических новообразований, обусловленных сменой и развитием ведущих видов деятельности.

Уничжительное отношение к себе, проявляющееся в низкой самооценке и отсутствии самоуважения, детерминирует патологическое протекание возрастного кризиса и является серьезным фактором риска возникновения суицидального поведения. Патологическое протекание возрастного кризиса приводит к возникновению кризисного состояния, которое характеризуется интенсивными отрицательными эмоциями: чувством неопределенности, беспокойством, тревогой, вплоть до дезорганизации, фиксации на психотравмирующей ситуации, переживаниями собственной беспомощности, несостоятельности, одиночества, безнадежности, пессимистической оценкой собственной личности, актуальной ситуации и жизненной перспективы, выраженными затруднениями в планировании будущего.

До недавнего времени считалось, что суицидальное поведение абсолютно всегда является следствием психических расстройств. Безусловно, едва ли можно считать это утверждение правильным, хотя рациональное зерно всё же есть. Отклонения в психике человека могут вызвать суицидальное поведение, но это далеко не главная причина.

Чтобы лучше понять, какие именно расстройства могут толкнуть человека на суицид, обратимся к опыту психиатров.

В учебнике «Психиатрия» М.Хэзлема о суициде сказано следующее: «...При психотических заболеваниях, как правило, суицид бывает истинным, особенно на фоне депрессии. Парасуицид чаще имеет место при депрессивных реакциях, отмечающихся при неврозах. При аффективных психозах смерть от суицида является реальной опасностью. При таких заболеваниях примерно 20% больных делает попытку убить себя, причём примерно в 10% случаев попытки приводят к смерти».

### Слабейшие механизмы

Если далее рассматривать механизм развития суицидального поведения, то можно сказать,

что после того, как на ребёнка воздействует травмирующая ситуация, в ответ на неё, естественно, возникает и реакция. А.Абрумова, долгое время занимавшаяся изучением суицидального поведения, выделила ряд эмоциональных реакций, которые наиболее часто приводят к суициду.

1. Реакция эмоционального дисбаланса

Данная реакция характеризуется широким диапазоном отрицательно окрашенных эмоций, а также сокращением круга и глубины контактов. То есть подросток постоянно «загружен», не идёт на общение, дистанцируется от старых друзей и зна-

тенденции меняют направление, переключаясь на механизм аутоагрессии.

6. Реакция дезорганизации  
Содержит в своей основе тревожный компонент с выраженными соматовегетативными проявлениями (гипертонические и сосудисто-вегетативные кризисы, нарушения сна).

Особенности потенциальных самоубийц:

1. Повышенная напряжённость потребностей, выражающаяся в необходимости непереносимого достижения поставленной цели.

2. Повышенная потребность в эмоциональной близости, зависимость от любимого человека, когда собственное «я» раство-

Для подростков, совершающих самоубийства, характерна незрелость личности и слабый контроль эмоциональных состояний. Склонные к самоубийству молодые люди отличались высокой импульсивностью, агрессивностью или недостаточным уровнем личностной идентификации, что необходимо для чувства собственного достоинства, осмысленности существования и целеустремлённости. Некоторые подростки, склонные к самоубийству, характеризуются высокой внушаемостью или подражанием.

Эти подростки особенно чувствительные, тонкие, с чувством ответственности за свои по-

у кого такие «компенсаторные механизмы» и умение ослаблять фрустрацию неразвиты, нередко пытаются убить себя.

В последнее время самоубийство, особенно групповое, у молодых людей вошло в моду. Особенно ярко эта тенденция просматривается в Японии, где самоубийство в течение долгого времени считалось мужественным поступком и возводилось в ранг искусства. Молодые японцы встречаются на интернет-сайтах, посвящённых суициду, и договариваются между собой о том, как, когда и где им добровольно перейти границу между жизнью и смертью. Подобные случаи фиксировались и в нескольких

### Врач и пациент

# У пропасти на краю...

## Факторы риска, способствующие возникновению кризисных состояний и суициду среди детей и подростков



комых, агрессивно реагирует на попытки окружающих выяснить причины подобного поведения.

2. Пессимистическая ситуационная реакция

При реакциях данного типа выражены в первую очередь изменения мироощущения, установление мрачной окраски мировоззрения, суждения и оценок, видоизменение и переструктурирование системы ценностей. Это весьма неблагоприятно потому, что мир воспринимается в самых «чёрных тонах».

3. Реакция отрицательного баланса

Содержанием данной реакции является рациональное «подведение жизненных итогов», предполагающее высокий уровень самокритичности, отсутствие аффективной напряжённости («холодный» пресуицид).

4. Реакция демобилизации  
Отличается отказом или ограничением привычных контактов, что вызывает устойчивые, длительные и мучительные переживания одиночества, беспомощности, безнадежности.

5. Реакция оппозиции  
Характерна своей выраженно экстрапунитивной позицией личности, повышающейся степенью агрессивности, возрастающей резкостью отрицательных оценок окружающих и их деятельности. В отдельных случаях агрессивные

реакция и воспринимается лишь в паре «я-она» или «я-он», а вся жизнь строится на сверхзначимых отношениях.

3. Низкая способность личности к образованию любого рода компенсаторных механизмов, неумение ослабить фрустрацию.

4. Заикленность на собственных неудачах, острое их переживание, общий пессимистический взгляд на будущее.

5. Эгоцентризм; погружённость подростка в себя, сосредоточенность на своём внутреннем мире.

6. Аутоагрессивные подростки – негативное отношение к себе, стремление нанести себе вред и причинять боль.

Помимо этих черт можно также добавить результаты исследований знаменитого российского психиатра А.Личко, работавшего с подростками. Он указывал на определённую связь суицидального поведения с типом акцентуации характера. По данным А.Личко, при демонстративном суицидальном поведении (без истинного намерения убить себя), 50% подростков имели истероидный, истероидно-неустойчивый и гипертимно-истероидный типы личности.

Подростки с эмоциональными нарушениями также в некоторой степени могут быть подвержены суициду (особенно импульсивному).

ступки, ранимые, берущие вину за происходящее на себя, зависимость от мнения окружающих.

### Горе от ума и любви

Как считает японский суицидолог Ямамото Тэй, число самоубийств, совершаемых из-за неразделённой любви, в возрасте до 16 лет составляет 42,2% у девушек и 36,6% у юношей. К 25 годам удельный вес этой причины резко сокращается.

Учебный процесс и сложности, связанные с ним, – достаточно распространённая причина самоубийства. Особенно часто встречается она у студентов, обучающихся точным наукам и осваивающих технические специальности (студенты физико-математических институтов, будущие программисты, генетики, химики и т.д.). Вероятно, это происходит потому, что подобные специальности нередко выбирают для себя люди замкнутые, неадаптивные, необщительные, в общем, как говорят в студенческой среде, «ботаники». Такие подростки, как правило, имеют высокий и очень высокий коэффициент интеллекта, и это делает их в некоторой степени изгоями среди сверстников. Многие из них обретают себя в Интернете и получают свою «порцию» любви, ненависти, дружбы и героизма в чатах и сетевых играх. Те же,

европейских странах (Германия, Швеция, Нидерланды).

Чувство одиночества – весьма частая причина суицидальных попыток и завершённых суицидов у подростков. Одиночество коренится глубоко в психике неуверенных в себе, замкнутых и ранимых молодых людей. Порой они даже переживают своеобразный феномен – «одиночество в толпе».

Ещё одна особенность, способная усугубить эту причину, кроется в структуре детских и молодёжных компаний. Дети и подростки, объединяясь в группы по какому-либо признаку (даже если просто живут в одном дворе), становятся весьма жестокими. Поэтому частенько подростки, и без того забытые, становятся изгоями и объектами для насмешек, что, конечно, тоже играет немалую роль в решении ребёнка или подростка добровольно уйти из жизни.

Что характерно, именно такие «изгои» чаще всего самостоятельно обращаются в центры психологической помощи и пытаются найти поддержку и понимание там.

Терапия склонных к суициду подростков, в зависимости от результатов описанных выше диагностических методик, может быть групповой, семейной и индивидуальной.

Особое значение при выборе вида терапии имеет анализ причин, по которым ребёнок хочет уйти из жизни. Если это – проблемы в семье, то, безусловно, следует выбрать семейную терапию и вести работу со всеми без исключения членами семьи. Если это трудности в общении со сверстниками, то выбор следует сделать в пользу групповой психотерапии.

Однако самым лучшим вариантом терапии суицидально настроенного ребёнка является всё же индивидуальная работа.

Завершить мне хотелось бы отрывком из психологического эссе Н.Бердяева «О самоубийстве»: «...Самоубийство есть психологическое явление, и, чтобы понять его, нужно понять душевное состояние человека, который решил покончить с собой».

Светлана ЕМЕЛЬЯНОВА,  
медицинский психолог.

Республиканская  
психиатрическая больница.  
Чебоксары.

## Решения

# Госрегулированием цен на ЖНВЛП займётся Правительство РФ

## Соответствующие изменения внесены в федеральный закон

Право устанавливать особенности государственного регулирования предельных отпускных цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП) предоставляет Правительству РФ Федеральный закон «О внесении изменений в статью 61 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств», подписанный Президентом РФ.

Речь идёт об изменении в зависимости от экономических и социальных критериев условий, порядка и стоимости производства лекарств, изменении порядка оказания медицинской помощи, использовании новых форм, методов и способов госрегулирования цен на ЖНВЛП, в том числе на основе референтного ценообразования (система предусматривает установление предельного тарифа возмещения для лекарственных препаратов).

Согласно статье 61 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств», устанавливаемые производителями лекарств предельные отпускные цены на лекарственные препараты, включённые в Перечень ЖНВЛП, подлежат государственной регистрации в порядке, установленном Правительством РФ. Зарегистрированная предельная отпускная цена на такой лекарственный препарат может быть перерегистрирована лишь один раз в календарном году.

В названную статью Федерального закона № 429-ФЗ от 22.12.2014 «О внесении изменений



Есть реальная надежда на то, что цены в аптеках обретут долгожданную устойчивость

в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» (вступает в силу с 1 июля 2015 г.) были внесены изменения. Согласно им, Правительство РФ наделяется правом устанавливать особенности госрегулирования предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включённые в Перечень ЖНВЛП. Учитывая сложившуюся финансово-экономическую ситуацию и в целях реализации

положений плана первоочередных мероприятий по обеспечению устойчивого развития экономики и социальной стабильности в 2015 г., утверждённого распоряжением Правительства РФ № 98-р от 27.01.2015, новым законом предусматривается перенести (сократить) срок вступления в силу части 5 статьи 61 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» с 1 июля 2015 г. на

16 марта 2015 г. Это даст возможность кабинету министров подготовить соответствующее решение по индексации цен на ЖНВЛП.

Подписанный Президентом РФ федеральный закон принят Государственной Думой и одобрен Советом Федерации.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

## Современные технологии

# «Совигрипп» — высокоэффективная противогриппозная вакцина последнего поколения

**Единственным методом защиты от гриппа, сочетающим высокую специфичность, профилактическую активность и экономичность, является вакцинация. Короткий инкубационный период, высокая контагиозность гриппа способствуют его быстрому распространению среди населения, что значительно снижает возможность применения других средств защиты, в том числе химиофилактики.**

Ведущий отечественный производитель медицинских иммунобиологических препаратов НПО «Микроген» разработал инновационную противогриппозную вакцину «Совигрипп».

Успешное освоение промышленного выпуска новейшей разработки учёных предприятия стало результатом начатой в 2013 г. работы по масштабированию производства высокоэффективного препарата, ранее выпускавшегося только в экспериментальных объёмах.

Главное отличие новой вакцины: антигены вирусов гриппа актуальных, ежегодно обновляемых штаммов соединены с уникальным адьювантом Совидон (сополимер N-винилпирролидона и 2-метил-5-винилпирридина). Целесообразность использования адьювантов в вакцинах заключается в повы-

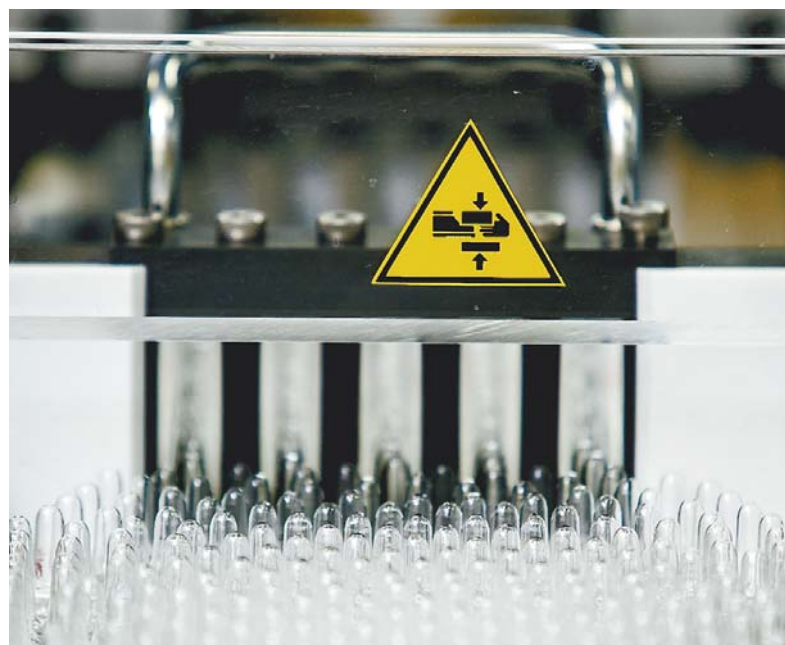
шении иммуногенности антигенов, изменении характера иммунного ответа, снижении количества антигена, необходимого для успешной иммунизации, уменьшении кратности введения вакцины и повышении интенсивности иммунного ответа у лиц со сниженной иммунологической активностью, в том числе у пожилых людей.

Включение адьюванта в состав препарата значительно повышает эффективность вакцинации людей со слабой иммунной системой.

Субъединичные вакцины, к которым относится «Совигрипп», являются наиболее безопасными и ареактогенными в связи с проведением при их производстве дезинтеграции вируса и последующими многоступенчатыми этапами выделения и очистки иммунологически активных белков. У вакцин отсутствуют токсичность и пирогенность.

Клинические испытания «Совигриппа» подтвердили его выраженную иммуногенную активность, хорошую переносимость, высокий уровень безопасности и стойкую профилактическую эффективность.

Препарат предназначен для активной ежегодной профилактической иммунизации против сезонного гриппа людей в возрасте от 18 до 60 лет.



Особенно вакцина рекомендована лицам, часто болеющим ОРВИ, страдающим болезнями и пороками развития сердечно-сосудистой, дыхательной и центральной нервной систем, почек, сахарным диабетом, хронической анемией, аллергопатологией (кроме аллергии к куриному белку), а также врождённым или приобретённым

иммунодефицитом, в том числе – инфицированным ВИЧ.

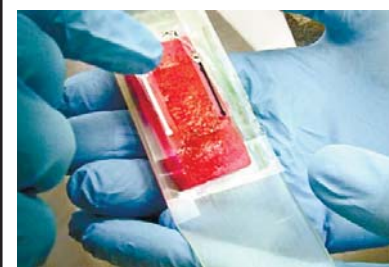
«Совигрипп» соответствует требованиям, предъявляемым к показателям иммуногенности инактивированных гриппозных сезонных вакцин Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

## Эврика!

Любую рану следует обработать, перевязать и лечить. Для этого нужны врач, медсестра и время, проведённое в ожидании своей очереди на приём. Много времени. Но в будущем все эти функции сможет выполнять один-единственный «умный» бинт.

# «Умный» бинт

Перевязка... звонит врачу



Журналисты Би-би-си посетили американскую лабораторию, которую совместно основали Массачусетский технологический институт и Гарвардский университет. Работающие в ней учёные занимаются разработкой новых, более эффективных методов предоставления медицинской помощи. Одним из проектов стала разработка «умного» бинта. Но чем же он так умён?

Если оставить рану слишком долго без внимания, в ней может развиваться инфекция. А постоянная смена перевязок тоже повышает шанс проникновения болезнетворных бактерий. И в том и другом случае процесс заживления идёт медленно и с трудом. Идея использовать электронику для создания высокотехнологичных перевязок становится всё более популярной. В случае успеха они решат главную проблему стандартных бинтов.

Электронный бинт способен без непосредственного участия врача контролировать процесс заживления раны. В бинт встроены многочисленные датчики, которые следят за количеством кислорода в ране, уровнем pH и температурой. «Умный» бинт вмешается, если что-то пошло не так.

На внутренней стороне бинта располагаются небольшие контейнеры с лекарствами. Лекарства доставляются в рану по мере необходимости. По команде бинта включается специальный нагревательный элемент. В результате подогрева сквозь оболочку лекарственного кармана препарат начинает поступать прямо к месту назначения.

И это не всё: бинт посылает сигналы на компьютер лечащего врача. Если с раной что-то не так, например, возникла бактериальная инфекция, врач простым нажатием кнопки сразу отправляет в рану антибиотик. Антибиотик изначально находится в одном из лекарственных карманов, но в рану поступает только в случае необходимости.

Пока не ясно, станут ли «умные» бинты частью врачебной рутин. Учёным требуется найти дополнительное финансирование для усовершенствования модели и доведения её до коммерческого образца. Если испытания пройдут успешно, «умный» бинт станет реальностью уже через 2 года.

Борис АДАМОВ.

Гипотезы

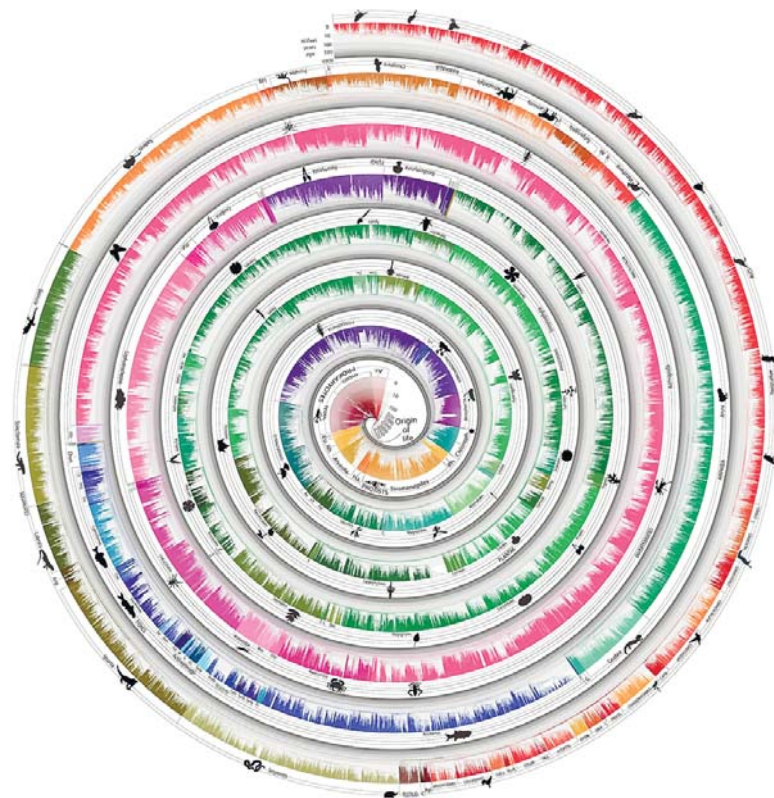
# Древо познания

Идею всё возрастающего вверх дерева впервые использовали в XVIII веке европейские ботаники, а через век после них немец Эрнст Геккель, который ввёл понятие онтогенеза, или развития отдельных существ (от греч. ONTOS – существо). В своей книге «Антропогенез» (сегодня мы говорим антропогенез), вышедшей в 1866 г., Геккель писал про Stammbaum des Menschen, или родословное древо человечества, потом первое слово стали использовать микробиологи для названия штаммов своих «подопечных», а ещё позже – для обозначения стволовых клеток (Stem Cells).

Развивая мысль о едином происхождении, учёный говорил о «монофилетическом древе», что в переводе на русский означает «одна нить» (сравни: анфилада, филиал, филигрань). Окончательный вид древо познания человека приобрело в 1879 г. в книге «Эволюция человека», в которой под названием Pedigree of Man было изображено дерево с мощным основанием, ствол образовывал «вертикаль», восходящую к человеку – MAN. Естественно, что автор и художник-гравёр отталкивались от внешней – фенотипической – оболочки сложного процесса, который начинался с химэволюции нуклеиновых кислот, о которых тогда ещё никто не знал, хотя некий монах по имени Грегор Мендель уже нащупал на своих делянках с горохом универсальные законы развития всего живого и неживого, если в химическую стадию включать вирусы, у которых тоже есть развитие, о чём мы можем судить и по ВИЧ, и по лихорадке Эбола, и по многим другим скорбям и язвам, терзающим животных и растения, не говоря уже о микробах.

Мы, как известно, «обитаем» в одном из рукавов спирального Млечного пути, поэтому нет ничего удивительного, что новое «древо» сотрудники Университета Темпла («Храм») также представили миру в виде спирали. Все, кто интересуется Францией и Нормандией, знают о монументальной «вышивке» городка Байо – Bayeux Tapestry, – на котором изображено множество действующих лиц, участвовавших в завоевании норманнами Англии. На спирали Темпла размещены геномы представителей 50 тыс. видов. Первое, о чём свидетельствует спираль, – это постоянство изменений, говорящее о равномерности хода молекулярных «часов», фиксирующих изменения в (нуклеотидных) последовательностях ДНК (МВЕ). Это, по мнению авторов, говорит о незаполненности экологических ниш видами, что противоречит устоявшемуся мнению о замедлении эволюции по мере заполнения их новыми видами. Для «выращивания» своего древа с помощью новых компьютерных программ авторы использовали данные по 2274 геномным исследованиям, 96% которых было проведено в годы, прошедшие после расшифровки генома человека.

Исследователи-«храмовники» спросили компьютер о роли приспособления как силы, опре-



Геномное древо с зарождением жизни в его центре

деляющей возникновение видов, которая подобно храмовой крипте долгие десятилетия скрывала значение и важность случайных генетических изменений, незначительность которых объясняет необходимость примерно 2 млн лет на возникновение нового вида, например человека, чего, естественно, не знал автор «Антропогенеза». Опираясь на временную составляющую процесса развития жизни на Земле, учёные выделяют видообразование от «приспособленчества», которое, исходя из геномики, вовсе не определяет как и когда возникает новый вид. Поэтому авторы предпочитают говорить не просто о Древе жизни, а о Временном древе (TimeTree). Они надеются, что их спираль позволит специалистам других областей биологического знания делать новые открытия (вспомним, что главное открытие тайны жизни и природы гена – двуцепочной ДНК – сделали орнитолог и классический физик).

Учёные вовсе не собираются пребывать в огненных эмпиреях (от греч. «пир» – огонь), справедливо указывая на большое значение эволюционных исследований для той же медицины, каждодневно имеющей дело с самыми разными заболеваниями, например раком. Все они имеют причиной своего возникновения изменения в эволюционно-консервативных генах и их регуляторных последовательностях уже на стадии эмбриональных стволовых клеток, обособляющихся в зародышевом мешке уже после нескольких делений зиготы (оплодотворённой яйцеклетки).

Удивительно, что всё разнообразие предков человека, сменявших друг друга на протяжении 6 млн лет, прошедших после «расщепления» общего предка современных людей и шимпанзе, дало всего один вид. Победивший неандертальцев и «денисовцев» современный человек с несколькими его расами представляет собой уникальное исключение, особенно на фоне многообразия млекопитающих, которые во времена динозавров

были представлены парой-другой мелких грызунов (а сколько видов млекопитающих вымерло до появления человека и выбито им).

Спиральное Временное древо жизни позволяет картировать точки возникновения видов и проследить историю развития их предков. Вполне возможно, что спираль наконец-то расскажет, отчего исчезли динозавры, поскольку не все согласны с ударной версией космического странника, врезавшегося на своём «корабле» наподобие Тунгусского метеорита в Землю. Динозавры, «не дававшие» развиваться млекопитающим, были уже на исходе своей эволюционной истории, что отразилось на измельчении их видов (по сравнению с гигантскими особями Юрского периода).

То же затем случилось с саблезубыми тиграми и другой «молочной» мегафауной, вымершей задолго до того, как хитроумные – наподобие Одиссея – представители современного человека 20 тыс. лет назад вывели мамонтов (а задолго до того неандертальцев). Если жителей долины Неандера не выбили и не съели, то, возможно, их геном повторил судьбу геномов 90% видов, живших на Земле до нас.

С другой стороны, не является ли сонм геномных нарушений, лежащих в основе болезней, свидетельством угасания нашего вида? Очень бы не хотелось так думать, только вот четверть человечества в полном соответствии с «заветами» Менделя в той или иной мере сталкивается с трансформацией клеток, аномальный рост и деление которых приходится сдерживать разными способами. Кстати, при СПИДе и Эбола, а также при раке молекулярные биологи видят мощную диверсификацию вирусных и клеточных геномов, что способствует преодолению всех мыслимых систем защиты организма, созданных за 4 млрд лет.

Игорь ЛАЛАЯНИЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам  
Molecular Biology and Evolution.

## Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

### «Советская районная больница»

приглашает на постоянную работу врачей следующих специальностей:

- ♦ врача общей практики
- ♦ терапевта участкового для работы в сельской местности
- ♦ ортодонта
- ♦ акушера-гинеколога (стационар)
- ♦ уролога
- ♦ неонатолога
- ♦ кардиолога
- ♦ анестезиолога-реаниматолога
- ♦ врача по спортивной медицине

Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.

Контактный телефон для справок (34675) 34-120. Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу 8 (34675) 31-573 или по адресу:

г. Советский, ул. Киевская, 33,  
ХМАО – Югра 628240.

E-mail: sovhospital@mail.ru

## ФГБУ «МНИИ ГБ им. Гельмгольца» Минздрава России

объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:

- научного сотрудника отдела травматологии и реконструктивной хирургии
- научного сотрудника лаборатории бинокулярной и глазодвигательной патологии отдела патологии рефракции, бинокулярного зрения и офтальмоэргномики.

К конкурсу приглашаются лица, проживающие в Москве и Московской области.

Адрес: ул. Садовая-Черногрозская, 14/19, Москва 105062.

## Почему бы и нет?

# С помощью перца

Исследователи из Калифорнийского университета предположили, что людям, склонным к развитию рака толстой кишки, может быть полезно регулярно употреблять в пищу стручковый перец. Свои выводы они сделали на основании полученных данных о том, что хроническая активация рецепторов клеток кишечного эпителия, вызываемая содержащимся в перце алкалоидом капсаицином, подавляет рост опухолей у мышей.

Капсаицин представляет активный ингредиент плодов растения рода Capsicum. Больше всего его содержится в остром (горьком) перце. Известно, что капсаицин является агонистом (активатором) рецепторов TRPV1, которых называют молекулярными болевыми рецепторами. Считается, что эти рецепторы, расположенные на окончаниях сенсорных нейронов ганглиев дорсальных корешков, играют ключевую роль в возникновении болевых ощущений при воспалительных процессах. Способность капсаицина постоянно стимулировать рецепторы TRPV1, благодаря чему происходит их дезактивация и, как следствие, обезболивание, используется при терапии различных воспалительных заболеваний.

Группа под руководством профессора Эйала Раца обнаружила, что рецепторы TRPV1 присутствуют также на эпителиальных клетках кишечника, где в основе механизма их активации лежит рецептор эпидермального фактора роста EGFR. От активности этого рецептора зависит пролиферация клеток, составляющих выстилающий кишечный слой эпителия, который полностью обновляется примерно за 4-6 дней. Базовый уровень активности EGFR обеспечивает поддержание нормального уровня сменяемости эпителиальных клеток.

Однако в случае неконтролируемого усиления активности EGFR и, соответственно, роста уровня пролиферации клеток, происходит повышение риска образования в кишечнике злокачественных опухолей.

Э.Рац и его коллеги установили, что ключевую роль в регуляции активности EGFR играют как раз эпителиальные рецепторы TRPV1, которые, будучи однажды активированы EGFR, затем выступают в качестве сдерживающего начала.

Эксперименты на генетически модифицированных мышцах с дефицитом эпителиальных рецепторов TRPV1 показали, что у таких животных уровень распространённости новообразований в кишечнике значительно превышает средние значения. Таким образом, пришли к выводу учёные, TRPV1 фактически является супрессором опухолевого роста в этом отделе пищеварительного тракта.

Такой вывод заставил авторов предположить, что постоянная длительная активация этих эпителиальных рецепторов с помощью капсаицина может повлечь за собой снижение риска развития опухолей в кишечнике. Эта гипотеза была подтверждена в экспериментах на генетически модифицированных мышцах, склонных к образованию множественных опухолей в желудочно-кишечном тракте.

Терапия капсаицином привела к снижению опухолеобразования и увеличению продолжительности жизни животных более чем на 30%. При этом эффект от терапии был более выражен в комбинации с нестероидным противовоспалительным препаратом целекоксиб (celecoxib), применяемым при лечении остеоартрита и ревматоидного артрита, а также при острой боли воспалительного происхождения.

«Полученные нами данные позволяют предположить, что людям с высоким риском образования опухолей в кишечнике будет полезна хроническая активация TRPV1», – отметил Э.Рац. В то же время, подчеркнул он, изучение связи между функцией TRPV1 и колоректальным раком у человека – дело будущих клинических исследований.

Марк ВИНТЕР.

По материалам  
The Journal of Clinical Investigation.

## Проверь себя

# Красивые тоже плачут

## Неприятности приятной внешности

Можно ли быть слишком красивым? Для большинства этот вопрос не вполне актуален. Однако психологов давно интересует тема отрицательного влияния привлекательной внешности на её обладателя. Живут ли те, кто наделён симметричными чертами лица и точёной фигурой, в атмосфере всеобщего обожания? Или же порой лучше выглядеть невзрачно?

Социальные психологи Лайза Слэттери Уокер и Тоня Фреверт из Университета Северной Каролины провели анализ научных материалов за несколько десятилетий и пришли к неожиданным выводам.

На поверхностном уровне красота действительно способна ослеплять: видя, что у человека есть эта положительная характеристика, наше подсознание подсказывает, что и в других отношениях природа, должно быть, его не обделила. Психологи называют такой подход «красиво – значит хорошо».

По наблюдениям учёных, в реальной жизни дело обстоит не всегда так. К примеру, Уокер и Фреверт обнаружили немало исследований, показавших, что симпатичные школьники (школьницы) и студенты (студентки) расцениваются преподавателями как более умные и способные – что часто отражается на оценках. Но бывает, что привлекательность оборачивается симпатиям другим боком, ибо с них чаще требуют продемонстрировать свои умения.

Есть и ещё более опасная ловушка: красота может обмануть вашего врача. Красивая внешность подсознательно ассоциируется со здоровьем, поэтому если симпатичный человек заболевает, его болезнь нередко не воспринимают всерьёз. К примеру, если красивый пациент жалуется на сильную боль, то врачи склонны



уделять снятию боли меньше внимания, чем в случаях с непривлекательными пациентами.

Кроме того, жизнь в ореоле красоты может быть одинокой. Исследователи выяснили, что на тротуаре прохожие отодвигаются в сторону дальше, когда пропускают красивую женщину – возможно, в знак уважения. «Красота создаёт мощную проекцию в визуальном пространстве, но это может заставить окружающих думать, что к её носителю не подойдёшь», – комментирует Фреверт.

Что любопытно, служба интернет-знакомств OKCupid недавно сообщила, что пользователи с идеально красивыми фотографиями имеют меньше шансов найти себе пару, чем те, у кого фотографии попроще – возможно, потенциальные ухажёры думают, что у них нет шансов.

Итак, как видим, красота не гарантирует безоблачную жизнь, хотя и помогает решать некоторые проблемы. Фреверт и Уокер подчёркивают, что, как и сама наша концепция красоты, влияние это, скорее, поверхностное и не имеющее глубинных корней в человеческой биологии. «У нас есть набор культурных стереоти-

пов о красоте, который позволяет нам идентифицировать людей как красивых. Те же самые стереотипы заставляют нас ассоциировать это с компетентностью», – говорит Уокер.

То есть, по сути, красота – это быстрый способ дать человеку оценку. «Как и любые быстрые способы, он не очень надёжен», – отмечает Фреверт. Избежать печальных последствий такой поспешности можно довольно просто – к примеру, попросить отдел кадров перед собеседованием предоставлять побольше информации о реальных достижениях кандидата.

И наконец, по словам Фреверт, если уделять слишком много внимания своей внешности, то это может привести к лишнему стрессу и волнениям – даже если вы от природы красивы. «Если вы помешаны на привлекательности, то это может сказаться на вашей жизни и отношениях с другими», – говорит она. Как это ни банально, с лица воды не пить, а за красотой не скроешь дурной характер.

Юрий БЛИЕВ,  
обозреватель «МГ».

По материалам сайта BBC Future.

## Однако

# «Если смерти, то – мгновенной...»

## Приговорённые оспаривают выбор препарата

Верховный суд США согласился рассмотреть дело 3 заявителей, приговорённых к высшей мере наказания, которые требуют признать негуманным использование при казни седативного препарата мидазолам. Как утверждают истцы, применение мидазолама – одного из трёх препаратов, используемых при смертной казни путём инъекции, – связано с риском боли и страданий, противоречащих Конституции США.

Верховный суд ранее решил не откладывать казни ещё 4 заключённых в Оклахоме. В результате одна из них была проведена 15 января. Этот препарат в 2014 г. использовался в 3 смертельных казнях, которые пошли не по сценарию.

«МГ» писала в апреле, как казнь Клейтона Локетта в Оклахоме была приостановлена спустя 20 минут, после того как у него лопнула вена, что не позволило препаратам подействовать в полной мере. После того как ему ввели препараты, он бился в судорогах. В штате Огайо прекратили использование препарата после того, как казнь продолжалась 26 минут и сопровождалась мучениями осуждённого. Ещё одна казнь в штате Аризона заняла 2 часа.

Адвокаты заявляют, что использование мидазолама не позволяет достичь бессознательного состояния, достаточного для проведения хирургической операции, следовательно, этот препарат также непригоден для смертной казни. По словам адвокатов, смертная казнь с использованием этого препарата представляет собой жестокое и необычное наказание.

Без обеспечения седативного эффекта, близкого к состоянию комы, Оклахома не может гарантировать, что заключённый не испытает сильную боль, когда ему введут два других препарата, призванных парализовать дыхательную систему и остановить сердце, утверждают адвокаты.

Применение «жестокое и необычное наказание» запрещено Конституцией США, но Верховный суд ранее признал такие казни законными. После «неудачной» казни Локетта власти Оклахомы просто увеличили дозу мидазолама, используемую при смертной казни.

Приведение смертных казней в исполнение в США также связано с трудностями поиска поставщиков препаратов для смертельной инъекции, поскольку многие компании отказываются поставлять свою продукцию для таких целей.

Адам ГОРСКИЙ.

По материалам Associated Press.

## Аптека

# Пилули для полуночников

Стало известно о новом лекарственном средстве, которое восстанавливает природные циркадные ритмы организма, нарушенные в результате ночной работы, бессонницы или частых перелётов с пересечением многих часовых поясов.

Новый препарат, созданный канадскими медиками из Университета Мак-Гил в Монреале, синхронизирует количество белых клеток в крови, которое меняется в зависимости от времени суток, заставляя организм считать, что настало время сна. Таблетки уже прошли успешные испытания на 16 добровольцах в Канаде.

Учёные считают, что белые клетки крови содержат биологические

часы, управляемые неким центром в головном мозгу. Сигналы этого центра определяют реакцию организма на смену дня и ночи. Препарат, основанный на гормоне из класса глюкокортикоидов, способен менять этот сигнал, заставляя человека погружаться в сон в неурочное время.

Миллионы людей во всём мире страдают от серьёзных проблем со здоровьем из-за необходимости работать по ночам или совершать дальние перелёты. Медики считают, что регулярные ночные смены повышают риск инфаркта или инсульта на 40%. Более 500 женщин в год умирают от рака молочной железы, также связанного с ночными сменами.

Юрий БОРИСОВ.

По материалам Daily Telegraph.

## Тайное и явное

# Мужчины – влюбчивее

Принято считать, что женщины более влюбчивы по своей природе, однако, как утверждают британские учёные, это не так, и именно мужчины на самом деле влюбляются чаще представительниц прекрасного пола.

Специалисты провели опрос, который показал, что почти половина представительниц прекрасного пола в своей жизни встречала только одну настоящую любовь. А вот мужчины влюблялись до 5 раз в течение жизни. При этом лишь 5% опрошенных женщин и мужчин заявили о том, что они никогда в жизни не влюблялись, и это касалось преимущественно молодых людей, у которых всё ещё впереди. Среди представителей сильной половины человечества лишь 39% влюблялись всего один раз в жизни.

Исследователей порадовал тот

факт, что около 75% представительниц обоих полов верят в существование настоящей любви. А большая часть тех, кто не достиг 24-летнего возраста, всё ещё ожидают своего идеального партнёра и мечтают влюбиться.

В современном мире высокие технологии упростили возможность знакомства с потенциальными партнёрами. Несмотря на это, многие британцы остаются очень консервативными в вопросах личных отношений. Так, каждый третий из опрошенных считает, что настоящие отношения с партнёром начинаются только после знакомства с родителями. Каждый пятый полагает, что серьёзная стадия наступает после признания в любви. Лишь 3% уверены, что настоящие отношения начинаются между партнёрами после секса.

Алиа КРАЗУЭ.

По сообщению BBC.

## Ну и ну!

# Закон есть закон



Год назад житель Австралии Тимоти Уитроу серьёзно поранил себе руку, работая бензопилой у себя дома.

Он позвонил в скорую помощь, но ему сказали, что все машины на вызове и никто не сможет приехать к нему в течение ближайших

10 часов. Тогда пострадавший взял большую иглу, кусок рыболовной лески и зашил себе рану, смочив её для дезинфекции джином. Чтобы заглушить боль, часть содержимого бутылки принял внутрь.

После этого он попытался связаться с женой. Не дозвонившись, решил сам ехать в больницу. Полиция задержала Уитроу, когда он пренебрёг предписаниями дорожного знака. Бедолага был обвинён в нарушении правил дорожного движения и лишён водительских прав.

В Верховном суде он признал себя виновным, но попросил судью квалифицировать его проступок как мелкое правонарушение, ссылаясь на безвыходную ситуацию. Но тот оставил решение местного суда в силе. «Он представлял реальную опасность для других участников дорожного движения», – заявил судья Верховного суда.

Игорь НИВКИН.

Вернисаж

# Лучше раз увидеть...

## Лечебное искусство оказалось очень близким жителям Омска

В Омском государственном историко-краеведческом музее, далёком, казалось бы, от проблем здравоохранения, открылась специализированная выставка *Medicina fructosior ars nulla* – «Нет искусства более полезного, чем медицина», сразу же ставшая событием. Огромный зал, отданный под экспозицию, не пустует с утра до вечера. Люди разного возраста приходят сюда и поодиночке, и семьями, и группами, а на коллективные экскурсии, которые проводит организатор и куратор выставки, старший научный сотрудник отдела природы (естествознания), кандидат ветеринарных наук Галина Нагибина, уже записываются в очередь.

– Цель нашей выставки – показать предметно историю развития отечественной медицины, а задача – профилактика, и в первую очередь в молодёжной среде, табакокурения, алкоголизма и наркомании, – рассказала в коротком перерыве между экскурсиями, рассчитанными на академический час – 45 минут, корреспонденту «Медицинской газеты» Галина Михайловна. – Вот почему на нашей выставке есть даже анатомический раздел, где демонстрируются образцы, например, мозга и органов человека, разрушенных токсичными веществами, и недозрелого плода с аномалиями, возникшими вследствие того, что он был зачат как раз теми, кто пренебрегал здоровым образом жизни. Как говорится, лучше раз увидеть, чем сто раз услышать...

Что правда, то правда. По лицам учащихся Омского авиационного колледжа им. Н.Е.Жуковского, когда их ознакомили с этим разделом, было видно, насколько они потрясены. И именно после таких экскурсий в месте для курения неподалёку от музея урны

оказываются заполненными не окурками, а едва початыми, а то и не вскрытыми пачками сигарет. Хотя, конечно, устроители выставки не стремились напугать посетителей. Львиная доля её экспонатов действительно наглядно рассказывает об истории медицины, в том числе и омской, начало которой было положено, оказывается, в 1883 г. «Уставом общества Омских врачей», о чём свидетельствуют одноимённая

брошюра и протоколы заседаний этого общества последующих лет. В числе печатных раритетов, без сомнения, и книга «Женщина в естествоведении и народо-ведении» Г.Плосса, изданная в 1899 г., и многотиражное пособие «О сыпном тифе и о том, как от него уберечься», распространяемое в Омске в 1919 г., когда здесь наряду с Колчаком свирепствовала и эта смертельно опасная болезнь. И даже медики с удивлени-

ем останавливаются у замысловатого механизма начала XX века, именуемого «пилотной машиной», и подолгу рассматривают устройство для обжимания корковых пробок, какими запечатывались когда-то аптечные флаконы с лекарствами.

Особый раздел выставки посвящён 70-летию Победы. В нём представлены и медицинский инструментариум времён Великой Отечественной войны, и военно-полевая санитарная сумка, и военно-стоматологический набор, награды, документы и личные вещи военных медиков-омичей, и даже халат хирурга той поры.

Впрочем, обо всех экспонатах выставки невозможно рассказать в коротком газетном материале. Но что она оказалась невероятно востребованной в городе на Иртыше, можно судить, повторимся, по числу желающих попасть на неё, которым приходится записываться в очередь. И такой неподдельный интерес не случаен. Медицина, прав Гиппократ, действительно искусство, ближе которого, наверное, народу нет. Остаётся лишь добавить, что пар-



Организатор и куратор выставки Галина Нагибина



Награды военной санитарки Светланы Сузан за спасение раненых на поле боя и (внизу справа) пуля, извлечённая из тела бойца Великой Отечественной войны Г.Шишкина только в 1980 г.

тнёрами Омского государственного историко-краеведческого музея в подготовке выставки выступили БСМП-1 Омска, госпиталь «354 ВКГ» Минобороны России, Омский областной госпиталь для ветеранов войн, региональные Центр крови и Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, Омский областной наркологический диспансер, медицинский колледж Омской области и колледж Омской государственной медицинской академии.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

Живая история

По всему очевидно, что число врачей-мигрантов в России растёт. Да, мигранты согласны за меньшую зарплату делать свою работу. Но медицина – не стройка и не ЖКХ. На карту ставится человеческая жизнь. Зачастую знания таких врачей – на уровне знахарей, а может, и того меньше.

Неужели мы опускаемся на ступень древнерусской медицины, когда элиту лечили иностранные врачи, а всех прочих – знахари и травники?..

Забота о собственном здоровье, несомненно, волнует каждого. И эта забота у каждого народа выражалась по-разному. В более развитых цивилизациях древности о здоровье народа беспокоились жрецы и культовые служители, появлялись уже и врачи. Они, систематизируя лечебные знания, создавали какие-то медицинские школы. У языческих народов эта забота ложилась или на самого индивида, или он шёл к знахарю. Эти люди накапливали опыт предыдущих поколений и пытались его систематизировать. При свойственном малоразвитому народу суеверии лекарствам-травам приписывалось много чудодейственных свойств. Методы лечения знахарями не были заимствованы от европейских и прочих школ, а складывались под влиянием местных условий жизни и нравственных укладов.

С течением времени в русскую жизнь стали проникать от цивилизованных соседей более выработанные медицинские понятия. С принятием христианства в стране стали появляться сочинения по медицине, носящие отпечаток греческо-римского или арабского периода медицинской школы. Эти сочинения представляли уже

# Уроки русской медицины

## Как она начиналась и какие выводы надо делать

не лепет народной медицинской поэзии, но стройную систему медицинского учения того времени.

Такова, например, рукопись под заглавием «Прохладный вертоград». Это сочинение, относящееся ко второй половине XVII столетия, было очень распространено.

Ещё ранее первые семена медицинских познаний были внесены в Россию из Греции с принятием христианской религии, и первыми распространителями греческой медицины у нас были монахи, преимущественно с Афонской горы. Имена некоторых из них известны и сегодня. Например, преподобный Антоний, Дамиан, Олимпий, Пимен Постник и другие. Переяславский архиепископ Ефрем в 1091 г. приказал даже строить больницы для безвозмездного врачевания всех приходящих. Духовные лица, по большей части греческого происхождения или учащиеся в Греции, занимались делом врачевания из чисто религиозных побуждений как делом христианской благотворительности. В то же время в XI-XII веках бывали в России и настоящие профессиональные врачи, например,

Пётр Сириянин, пользовавшийся Владимиром Мономахом.

В XIII-XIV веках зачатки образованности, в том числе и медицины, не успевшие ещё пустить прочные корни в России, были почти полностью заглушены рядом бедствий, постигших русскую землю. Татаро-монгольское нашествие, междоусобицы князей, страшные эпидемии совершенно изменили строй русского развития. Сношения с образованным миром были почти прерваны, об иностранных медиках нет и помину, медицинские познания, заимствованные прежде от греков, едва сохраняются в народных преданиях, постепенно извращаясь и вытесняясь предрассудками и суевериями. Так продолжалось до второй половины XV века, когда в России вновь появились врачи, далеко уже не пользовавшиеся тем доверием, которое было раньше.

Упомянутый в Русском летописце врач немчина Антон, прибывший в Россию в 1485 г., за неудачное врачевание по приказанию Великого князя Иоанна Васильевича был зарезан зимой как овца, под мостом на Москве-реке. В царствование Иоанна Василье-

вича Грозного врачебное дело в России пользовалось особым покровительством. В это время в Москве появляется несколько врачей и аптекарей, преимущественно из Англии, – Арнольф Лензей, Елисей Бомолей (печальна его судьба), Доктор Иоганн, Ричард Элмес, Роберт Якоб и другие, аптекарь Френшам. С этого времени, особенно с открытием торгового пути через Белое море (1553), стали привозить в Россию более разнообразные и сложные лекарства. В 1581 г. в Москве была открыта первая придворная аптека.

Иностранные врачи приглашались преимущественно для лечения особ царствующего дома и отчасти придворных людей. Для той же цели предназначалась и заведённая в Москве аптека с домашними и иностранными лекарствами. Однако даже придворные чины и царствующие особы относились к иностранному лечению весьма недоверчиво. Например, Иван Грозный, несмотря на благосклонное отношение к своему врачу Арнольфу Лензею, лекарства от него не принимал. Даже при Петре I приготовление лекарств в придворной аптеке и поднесе-

ние их государю было обставлено большими формальностями. Остальные обитатели Москвы, а тем более других городов России, ни этими лекарствами, ни врачебными советами не пользовались, следовательно, они должны были иметь свою домашнюю медицину и свои средства для лечения. Такая медицина действительно существовала и была распространена в народе посредством рукописных лечебников, при помощи которых врачеванием занимались многие, не будучи собственно специалистами этого дела...

Закончу тем, с чего начал. Сегодня масса «медицинской» литературы, начиная с календарей типа «Ваш семейный доктор» и кончая различными медицинскими энциклопедиями и словарями, не надо исключать и Интернет, прокладка между ними различных изданий не поддаётся подсчёту, – всё это пользуется значительным спросом на фоне так называемой платной и страховой медицины. В такой среде очень оживились всякие целители и предсказатели, до такой степени, что Дума вынуждена принимать законы по виду этой деятельности.

Недавно заработала статья КоАП, которая обещает штраф в 2-4 тыс. руб. за «незаконное занятие народной медициной без получения разрешения, установленного законом». Но привлечь по ней к ответственности псевдознахарей не получится – ну не выдаёт государство таких дипломов и для настоящих колдунов и знахарей.

И невольно напрашивается вопрос: не начать ли нашу медицину с чистого листа?

Вадим КУЛИЧЕНКО,  
врач, публицист.

п.Купавна, Московская область.

## Детство

Явившийся на свет человек застает мир таким, каким он явился ему при рождении. Малышу не с чем сравнивать окружающее, он принимает мир в целом и себя, как его часть, как данность. Ему представляется, что по-другому не бывает или бывает в сказках, которые рассказывают взрослые.

Такое незнание спасает маленького человека от чрезмерных для него тягот юной жизни. Знают детских душ К.Чуковский писал: «Счастье для малых детей – норма жизни, естественное состояние души, ещё не знающей ни об угрозе неминуемой смерти, ни о мучительных тяготах и томлениях жизни». Не ощутив себя счастливым хотя бы в период «от двух до пяти», ребёнок попросту не вырастет. И в годы более позднего детства и юности, хотя бы временами, ребёнка должно наполнять чувство радости, счастья от самого факта бытия в этом мире, иначе душа его не получит прививки, а будущий взрослый не получит иммунитета, который столь необходим каждому в житейских бурях, главные из которых – умение противостоять злу, отстаивать добро, строить жизнь не по указке, а по совести и хотению.

Почему дети столь отчаянно выживают во все эпохи? На их защиту встаёт сама природа, дарующая своё представление о счастье, а это – умение ощущать себя счастливыми в любом невыносимом для взрослых положении. Этот безудержный оптимизм – неотторжимая природная черта детства.

## Мужчина

Мужское начало – что это такое? В традициях античности был заложён поиск гармонии души и тела, называемый калокагатией. Этим качеством обладали Платон, Александр Македонский, Софокл. Калокагатия была конечной целью обучения в греческих лицейях.

Попытка возродить античные традиции была предпринята в России начала XIX века, когда был создан Царскосельский лицей. Выпускники разных лет прославили державу, стали поэтами, писателями, министрами. Последний выпуск в 1915 г., последняя встреча выпускников в 1958 г. в двух городах – Нью-Йорке и Париже. Все оставшиеся в живых выпускники – в эмиграции, не уехавшие – выбиты тоталитарным режимом. В дореволюционной России существовала хорошая традиция: в мужских гимназиях и реальных училищах все преподаватели были мужчинами. В женской среде мужчины не воспитываются.

В наши дни ситуация с воспитанием мужских черт характера сложная. В школах мужским духом не пахнет, преподаватели – женщины, как правило, третьего балзаковского возраста. Во многих семьях доминируют женщины (жена, теща). А, как известно, мальчик, становясь мужем, выбирает жену по прототипу матери. И если мать властная, доминирующая, или роль психологической матери семейства занимает теща или свекровь, мальчик вырастает в убеждении, что отец семейства должен быть ведомым, им управляет жена.

Не потому ли у нас так много алкоголиков, сидящих на кухне с повинной головой, которых жёны и тещи водят на кодирование

## Сокровенное

# Бытие трудно. Бытие прекрасно

## Некоторые правила жизни пожившего человека

... Большинству взрослых людей свойственно чувство тяжести бытия, непомерности свалившихся на них забот и проблем, которые надо решать немедленно и всё сразу. Отсюда повседневная усталость – от засилья будничных неурядиц. Однако из этого не следует, что раздражение следует переносить на ближнего и дальнего. В любом человеке нужно видеть и уважать просто человека, а не представителя той или иной нации, расы, профессии, имущественного слоя (богатый – бедный). Нормой цивилизованного общения является обезоруживающая улыбка, когда незнакомые люди случайно встречаются взглядом на улице, в автобусе или трамвае, а не хмурый, насупленный взгляд. Люди улыбаются друг другу совсем не потому, что им



(кодируется не сам человек, его ведут). Мужа ругают, порицают, он плохой. В семье он не муж, кормилец семейства, а скверный ребёнок (terrible infant – франц.). И этой скверностью упиваются жена, теща, ибо скверность мужа – базис матриархата в семье.

Перепутанные полоролевые функции в школе, семье – одна из болевых точек современного российского общества. Врач общей практики – целитель семьи, должен хорошо разбираться в основах психологии семьи, инициировать восстановление разумного распределения семейных прав и обязанностей. Домострой допетровской эпохи – не столь глупый памятник культуры, как его пытались представить идеологи развитого социализма.

Мужское начало – это сочетание красоты физической и нравственной, развитого интеллекта, чувства ответственности за судьбу каждого члена семьи, «любовь к отеческим гробам» в широком смысле этого слова – к малой и большой Родине, патриотизм (лат. pater – отец). И, наконец, обострённое чувство правды и справедливости, умение держать слово изречённое. Сказал – исполни, пусть себе в убыток. Три правды – для себя, для начальника, для подчинённых плюс невыполненные обещания с мужским достоинством несомнестимы. Честь превыше всего (noblesse oblige – происхождение обязывает, англ.).

## Любовь

Один из разделов Ветхого Завета (в иудаистике Торы) называется Песнь Песней царя Соломона. Это

гимн любви, которая по силе приравнивается к смерти. В оригинале: «И сильна как смерть любовь: стрелы её – стрелы огненные». Так что же открыл Фрейд? По Фрейду, путь человека – от Эроса к Танатосу. Оказывается, эта мысль являлась ключевой за 2 тыс. лет до Фрейда. Впрочем, занимаясь психопатологией обыденной жизни, не случайно именно Фрейд уделил столь большое внимание Эросу, по силе равного Танатосу. Воспитываясь в ортодоксальной еврейской семье, он с раннего детства знал и умел трактовать библейские тексты... И перенёс их смысл на реалии обыденной жизни.

Существует два типа браков: дуальные (безумная любовь Ромео и Джульетты – «с милым рай в шалаше»), на которые приходится не более 6-8% всех браков, и договорные (по сватовству, по договорённости, по любви и по уму, когда люди подходят друг другу по уровню образования, национальности, конфессии, материальному достатку).

Русская народная мудрость гласит: по милу хорош (дуальный брак по любви) или по хорошу мил (договорной брак: он хорош, подходящ мне, а значит, мил и я его люблю). Особенность женской любви в российской ментальности такова, что в ней всегда есть элемент сострадания, жалости, сочувствия (вспомните жён декабристов).

«В сёлах Рязанщины, в деревнях Смоленщины слово «любовь» непривычно для женщины. Там, беззаветно и верно любя, женщина скажет: «жалею тебя», – заметил поэт. Фактор физической близости

легко на свете жить. Просто обмен улыбками – та великая сила, которая облегчает жизнь, помогает выжить в этом враждебном, деперсонализированном мире.

Желательно, думается, усвоить несколько правил для взрослого человека. Их знание и умение использовать в повседневности снимут ненужную дистресс-нагрузку:

- жить трудно не только тебе;
- больно не только тебе;
- чувство собственного достоинства состоит в сдержанности эмоций;
- поведению человека среди людей учат семья, школа и сама жизнь.

сти укрепляет брак, цементирует семью. «Ночная кукушка дневную перекукует». Несмотря на серьёзные дневные размолвки, пока супругов соединяет близость, они сохраняют гармоничный брак.

## Материнство

Два начала – мужское и женское – те противоречия, на которых держится мир. Материнство есть атрибут всего живого. Человек измыслил себя царём вселенной – но так ли это? Для природы всё прекрасно, всё самодостаточно. Многие известно, многое не познано, многое ускользает от понимания. Да и нужно ли всё знать, всё понимать? Может быть, прелесть жизни в том и состоит, что её нельзя разложить на составляющие. Когда кажется, что всё разложено, жизнь исчезает, остаётся безжизненная схема. Великие достижения геной инженерии, внедрены технологии искусственного оплодотворения. Но вершины любви мужчины и женщины во все времена будет «чудо великое – дети». И никакие эмансипация, цивилизация, информационные технологии не заменят женщине счастья материнства. Рожая и воспитывая своих детей, женщина преобразуется духовно. Мировое искусство всегда подпитывалось архетипом Мадонны, Богородицы с младенцем. Мать всегда поймёт, всегда простит, всегда пожалеет. И не только своё дитя, но и чужое, и не только дитя человеческое. Пока есть материнство, мир людей не удастся добить войнами и достижениями научно-технического прогресса.

## Вероисповедание

Исторически первой классической монотеистической религией был иудаизм, признающий одного Всевышнего, имя которого не произносимо и не пишется. Закон дан Моисею на горе Синай. Христианство имеет символ веры: триединство Бога-отца, Бога-сына (Иисуса Христа) и Духа Святого. Из этой аксиомы проистекает всё – конфессии, писания старцев, решения соборов.

**ОБ АВТОРЕ.** Борис Мовшович прошёл путь от участкового терапевта до заведующего кафедрой в Самарском государственном медицинском университете. Основал одну из первых в России кафедр общей врачебной практики (семейной медицины) в 1992 г. Обучил более 2 тыс. врачей общей практики, подготовил 20 учёных – докторов и кандидатов медицинских наук. Автор 224 печатных работ, 3 руководств по общей врачебной практике, 8 изобретений, удостоен диплома и медали Европейского бюро ВОЗ. Доктор медицинских наук, профессор, лауреат премии Правительства РФ.

Ислам возник в VI веке н.э., его принёс арабским племенам пророк Мухаммед, которому понравился монотеизм иудеев. Аллах надиктовал Мухаммеду, впадавшему в религиозный экстаз, суры Корана.

Итак, у трёх великих религий один Бог, разнятся символы веры, способы верования. Отсюда следует, что иудаизм, ислам и христианство не могут, не должны воевать, потому что относятся к одной ветхозаветной традиции. Апологеты этих религий должны быть толерантными по отношению друг к другу. Институт священничества – общественный (священник – это и мулла, и раввин). Священники – не ангелы, и нельзя с них требовать чина ангельского, однако это не снимает с них дара благодати, это своего рода духовная юстиция, связующая мирян с религиозными ценностями.

## Старость

Каждый живущий на Земле пишет одну и ту же книгу, которую Марк Шагал назвал Ma vie – «Моя жизнь». Старость – время подведения итогов. У всех они разные, эти итоги. У одного это выращенные в трудах и заботах дети и внуки, у другого – ступени восхождения по служебной лестнице, у третьего – работа, работа и работа...

В старости время идёт не так, как в молодости. У молодого всё впереди, и он тратит время щедро, не задумываясь расчленять его по принципу: делу время, потехе час. В половодье чувств состоит прелесть и неповторимость молодости, её самодостаточность: «блажен, кто смолоду был молод». Но, как пишет поэт далее, блажен, кто вовремя созрел: нельзя быть вечно молодым, ум и интуиция даны для того, чтобы осознать бег времени – не только для других, но и для себя.

В старости время дорого, и хотя душа не всегда принимает возраст тела, время тратится экономно, энергия уходит лишь на главное. На другое просто нет сил.

Молодость и средний возраст мы должны посвятить родине, старость – себе.

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

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

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

Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

Справки по тел.: 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67. Рекламная служба 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98. Отдел изданий и распространения 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 5-й этаж, Москва 129110. E-mail: mkgazeta@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 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ЗАО «ЭКСТРА-М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-02-00390 Тираж 31 192 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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