

Медицинская

7 марта 2014 г.

пятница

№ 17 (7442)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году

Выходит по средам и пятницам

Распространяется в России и других странах СНГ

Наши коллеги

Почти волшебница

Так характеризуют Наталью Романько её коллеги – «следователи» в белых халатах



Добро и зло, правда и ложь, свет и тьма... Эти параллели-антагонисты сопровождают нас с самого раннего детства, когда родители, няни или воспитатели читали нам волшебные сказки. Тогда же (пусть на наивном уровне) впервые подступались мы к философскому и даже метафизическому постижению природы таких явлений, как жизнь и смерть. Обогащаясь с годами багажом знаний, обретая опыт, утрачивая навыки, тем не менее до конца своих дней в осознании смысла жизни и тайны смерти подавляющее большинство людей остаётся на всё том же примитивном уровне.

А вот врачи так или иначе связаны с ними. Наиболее близко – судебно-медицинские эксперты, которых порой именуют не иначе как «следователями» в белых халатах. Взаимодействуя с другими службами посредством организации и производства судебно-медицинской экспертизы, они обеспечивают исполнение полномочий судов, органов дознания, следователей.

Несмотря на это, в представлении многих коллег работа этих специалистов кажется малопривлекательной. Врачи других специальностей к судебно-медицинским экспертам раньше относились немного снисходительно. Кстати, до сих пор случаются курьёзы. Порой организаторы здравоохранения,

кстати, тоже врачи по основной специальности, но далёкие от судебной медицины, направляют рассылку главным врачам ЛПУ, а попутно шлют письма и начальникам бюро СМЭ, требуя отчитаться о койко-днях...

Лишь некоторые студенты видят в кропотливом труде танатологов элементы романтики и полагают, что принадлежность к касте «почти волшебников» – это признание коллег и безграничное уважение со стороны сотрудников полиции, следователей, дознавателей органов юстиции, которым помогли раскрыть очередной «висяк».

– Как прежде относились к нашей службе? – задаётся вопросом заместитель начальника Бюро судебно-

медицинской экспертизы Московской области по экспертной работе кандидат медицинских наук Наталья Романько. – Вспоминали о нашем существовании только тогда, когда случалась какая-то чрезвычайная ситуация с массовой гибелью людей. Да и финансирование велось по остаточному принципу. Сейчас, правда, ситуация меняется, с этим навели порядок. О нас начали узнавать. Теперь к нам обращаются так, как мы заслуживаем, то есть как к профессионалам. Это мы доказали коллегам».

А вот у обывателей восприятие службы до сих пор не всегда адекватное. Сформировалось оно по вине СМИ. В тех же фильмах рисуют картины о циничных судебно-медицинских экспертах, которые обитают в каких-то подвальных помещениях, ходят в грязных, окровавленных халатах, с бычком во рту, сквернословят. А ещё от них обязательно разит водочным, скорее даже спиртовым перегаром. Причём выпивают и едят они тут же, прямо над трупом...

(Окончание на стр. 11.)

Дежурный по номеру: Валентина МУРАВЬЁВА

Ректор Ставропольского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.



Не пропустите!

Специально для вас

Выражая бесконечную признательность своим мамам, жёнам, бабушкам, сёстрам и дочерям, мы обращаемся сегодня ко всем нашим коллегам – представительницам прекрасного пола.

Этот номер – за некоторыми исключениями – рассказывает о женщинах. Женщины говорят в нём о самых серьёзных проблемах и немножко о себе. И даже обще-

ственный редактор – замечательная женщина, ректор одного из самых уважаемых медицинских вузов страны.

Будьте счастливы в этот прекрасный весенний праздник и всегда! Здоровья и успехов вам, женщинам нашего здравоохранения!

Андрей ПОЛТОРАК,
главный редактор
«Медицинской газеты».

Инициатива

Элегантна каждая из участниц

Казанский государственный медицинский университет вместе с общественной организацией инвалидов Республики Татарстан «НИКА» и ателье-мод Queen выступил с благотворительным проектом «Я – женщина!» Он позволил подчеркнуть индивидуальность и особенность женщин с ограниченными возможностями.

Цели проекта – привлечь внимание общественности к проблемам инвалидов, вдохновить людей с ограниченными возможностями на

активную жизнь, подарить участницам модели одежды, созданной индивидуально для них, которую они смогут носить в повседневной жизни.

На финальном дефиле проекта в отеле «Кортъярд Марриотт Казань Кремль» каждый смог увидеть и почувствовать, что элегантность существует в каждой женщине. Показ мод был разбавлен роликами о каждой участнице и концертными номерами.

Лилия ГАТИЯТУЛИНА,
Казань.

Решения

В Магнитогорск прибыла передвижная детская поликлиника. Мобильный лечебно-диагностический комплекс будет располагаться в детской городской больнице № 3 и использоваться для профилактических осмотров и проведения диспансеризации детского населения районов, в том числе проживающего в удалённых и труднодоступных населённых пунктах.

В поликлинике, расположенной на базе одной машины, имеются отделения для работы врачей разных специальностей. В лечебно-диагностическом комплексе

От ребёнка к ребёнку

будет проводиться функциональная диагностика и ультразвуковые исследования. Детская поликлиника оснащена мини-лабораторией, аппаратом ЭКГ, офтальмологическим и лор-кабинетами. Комплекс имеет автономное водо- и электроснабжение, системы отопления, вентиляции и кондиционирования. Он может работать в автономных условиях в любое время года.

– Сформированные бригады врачей по графику будут объезжать территории и проводить диспансе-

ризацию. Основная функция мобильных медучреждений – обеспечение качественного медицинского обслуживания, проведение обследования пациентов с выездом в отдалённые населённые пункты, тем самым медицинская помощь для сельских жителей станет доступнее, – сообщила первый заместитель министра здравоохранения Челябинской области Агата Ткачёва.

Марина АРБУЗОВА.

Магнитогорск.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Как Минздрав России использует целевую подготовку в кадровой политике.

Стр. 4–5.

Наш подарок женщинам: об удивительном сходстве известного детского хирурга и знаменитого певца.

Стр. 12.

Новости

**Губернатор
обещает помочь льготникам**

Губернатор Калининградской области Николай Цуканов провёл совещание по вопросам льготного обеспечения населения лекарствами. Речь шла, в частности, о пациентах федеральных медицинских центров, которым назначено дорогостоящее лечение.

Стоимость курса, прописанного пациенту, может составлять от 48 до 500-600 тыс. руб., сообщила и.о. министра здравоохранения области Вероника Карташова.

В связи с изменением в 2013 г. порядка получения помощи в федеральных медицинских центрах значительно увеличилось число жителей области, обратившихся в высокотехнологичные лечебные учреждения и получивших там медицинские назначения. Таким образом, уже в первые 2 месяца 2014 г. на обеспечение тяжелобольных людей дорогостоящими лекарствами потребовалось вдвое больше средств, чем было заложено на весь год.

Выросло более чем на 36% и общее число льготников в Калининградской области. Кроме того, дополнительные средства по-прежнему необходимы для обеспечения лекарственных препаратами детей.

Несмотря на то, что на 2014 г. сумма, предусмотренная в бюджете области на льготные лекарства, увеличена почти на 40%, уже сегодня очевидно: для обеспечения препаратами жителей области, нуждающихся в дорогостоящем лечении, потребуются дополнительные деньги.

Глава области поручил Минздраву и Минфину подготовить обоснование увеличения суммы на льготное обеспечение лекарствами и вынести этот вопрос на ближайшее заседание областной Думы.

Параллельно губернатор поручил принять меры, позволяющие оперативно закупать редкие лекарства, чтобы своевременно удовлетворять индивидуальные потребности тяжелобольных пациентов.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Калининградская область.

Чему учат в школе здоровья

Ямало-Ненецкий окружной центр медицинской профилактики провёл школу здоровья «Сохраним здоровье вместе». Подобное мероприятие, нацеленное не на профилактику одного конкретного недуга или фактора риска, а на коррекцию образа жизни в целом, с учётом многих факторов одновременно, прошло впервые.

В течение 3 дней в удобное для надымчан вечернее время специалисты центра – эндокринолог, терапевт и психолог – в доступной и свободной форме освещали основные вопросы по раннему выявлению, профилактике, факторам риска, осложнениям сахарного диабета, рассказывали, как правильно питаться и справляться со стрессом, как оптимизировать физическую активность в условиях Арктики. Особое внимание посетителей школы специалисты обратили на пути и способы отказа от вредных привычек – табакокурения и приёма алкоголя, влекущих за собой значительное ухудшение показателей здоровья.

Также была затронута важная тема профилактики артериальной гипертензии. Как её выявить и предупредить, как правильно измерять давление, каковы причины возникновения гипертонических кризов и возможно ли их не допустить, а также о методах неотложной доврачебной помощи надымчанам рассказали сотрудники центра.

По завершении мероприятия все получили буклеты, а также памятные и полезные подарки.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

**К стоматологам-протезистам
без очереди**

Более 6600 человек, живущих в Омской области, воспользовались в 2013 г. правом на бесплатное протезирование зубов. Как сообщили в Министерстве здравоохранения этой сибирской территории, не меньше омичей будут обеспечены этой медико-социальной услугой и в году нынешнем.

Льготное зубопротезирование в Омске и сельских районах Прииртышья осуществляется на основании Постановления правительства Омской области «О социальной поддержке отдельных категорий граждан по бесплатному изготовлению и ремонту зубных протезов». Этим документом определён перечень льготников, в число которых входят ветераны труда, инвалиды и участники Великой Отечественной войны, труженики тыла. На эти цели из областного бюджета области выделено 69 млн руб. Бесплатное зубопротезирование проводится в 82 лечебно-профилактических учреждениях города на Иртыше и сельских ЦРБ. Так что льготникам маяться в очередях к стоматологам-протезистам не приходится.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Проблемы

**Университетские клиники:
пан или пропал?**

Они не должны финансироваться по остаточному принципу



Полномочный представитель Президента РФ в Сибирском федеральном округе Виктор Толоконский высказался в поддержку федеральных медицинских центров, в числе которых университетские клиники.

Во время визита в Сибирский государственный медицинский университет полпред обсуждал с представителями администрации Томской области и руководством вуза ситуацию с сокращением бюджетного финансирования медицинских центров федерального подчинения и переводом их на финансирование за счёт региональных фондов обязательного медицинского страхования.

По концентрации федеральных медицинских учреждений Томская область занимает четвёртое место среди регионов России, поэтому проблема здесь стоит особенно остро: изменение условий и объёмов финансирования заметно осложнило организацию работы ведущих клиник страны, в создание и развитие которых государство вложило огромные деньги и которые решают сложнейшие задачи высокотехнологичной медицины. По мнению участников совещания, одним из путей устранения воз-

никшей проблемы мог бы стать уход от дублирующих функций федеральных и областных лечебных учреждений. С этой целью в администрации Томской области созданы рабочие группы, задача которых – проанализировать работу учреждений разного уровня и определить для них «зоны ответственности» в оказании медицинской помощи.

Виктор Толоконский проявил заинтересованность в сохранении мощностей высокотехнологичных федеральных центров вообще и клиник медицинских вузов в частности. Он поддержал мнение вице-губернатора Томской области по социальной политике Чингиса Акатаева о том, что непростительно, имея на территории региона такой сильный образовательно-научно-лечебный комплекс, как медицинский университет, использовать его возможности не в полной мере. Медицинские вузы должны быть источниками нововведений в практическом здравоохранении регионов. В частности, СибГМУ уже инициировал создание на своей базе центра трансляционной медицины, который призван ускорить процесс переноса результатов фундаментальных исследований в сферу клинического использования медицинских технологий.

Общее мнение участников томской встречи таково: клиники медицинских университетов не должны финансироваться по остаточному принципу, так как не только являются полноценными федеральными учреждениями здравоохранения, но, помимо оказания медицинской помощи, выполняют важнейшую функцию подготовки кадров для здравоохранения, повышения их квалификации, а также являются базами для проведения научных исследований и внедрения их результатов. Безусловно, это мнение разделяют все медицинские университеты России, оказавшиеся в аналогичной ситуации.

Также в рамках рабочей поездки в Томскую область полпред Президента РФ Виктор Толоконский посетил подразделения инновационной инфраструктуры Сибирского государственного медицинского университета: центр трансфера и центр внедрения технологий.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Томск.

НА СНИМКЕ: Виктор Толоконский (в центре) знакомится с работой центра внедрения технологий СибГМУ, справа – ректор университета академик РАН Вячеслав Новицкий.

Работают мастера

Спасти жизнь 14-летней Дины из Верхнеуральского района удалось благодаря совместным усилиям врачей из разных больниц Магнитогорска и Челябинска.

По словам заведующей отделением кардиологии и ревматологии Челябинской областной детской клинической больницы Натальи Колядиной, у маленькой пациентки редкое заболевание – болезнь Токаяса, или неспецифический аортоартериит, аутоиммунное воспаление крупных кровеносных сосудов. В 30-летней практике врача это всего третий случай

Маршрутизация на деле

среди других системных васкулитов.

Первые признаки болезни у Дины появились в октябре прошлого года, но симптоматическое лечение не дало результатов. Тогда было принято решение госпитализировать девочку в больницу Магнитогорска. Ревматологи вывели её из тяжёлого состояния, но этого было недостаточно. Важно было найти причину заболевания.

Этим занялись опытные врачи отделения кардиологии и ревматологии Челябинской ОДКБ. Сформировавшийся стеноз сосудов почек требовал кардинального решения – немедленного оперативного вмешательства. Обратились за помощью в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии. Там провели сложное вмешательство – стентирование чревного ствола брюшного отдела аорты и почеч-

ных артерий. Операция прошла успешно.

– Данный случай как нельзя лучше иллюстрирует такое понятие в организации здравоохранения, как маршрутизация. Врачи медицинских учреждений разных уровней делали одно общее дело – боролись за жизнь ребёнка. Осуществлялось постоянное медицинское консультирование специалистами разного профиля. Пациента оперативно перевели

именно в то учреждение, где имеется современное медоборудование и используются новейшие технологии. Таким образом, была оказана своевременная качественная медицинская помощь. В настоящее время девочка восстанавливается. Вместе с мамой она находится под наблюдением кардиологов и ревматологов детской областной больницы, – резюмировала первый заместитель министра здравоохранения Челябинской области Агата Ткачёва.

Мария ЯГОДИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Поздравляем!

Дорогие женщины — врачи, медицинские сёстры и медицинские работники России!



8 Марта — это не только символ весны, но и повод ещё раз выразить признательность всем женщинам за их внимание, заботу, любовь.

Особые слова благодарности в этот день хочу адресовать женщинам, работающим в медицинской отрасли, — врачам, медицинским

сёстрам, научным сотрудникам и организаторам здравоохранения. На ваших плечах лежит большая ответственность: от вашего самоотверженного труда, профессионального мастерства, человеческого участия зависят здоровье и жизнь пациентов, будущее нашего здравоохранения.

Дорогие женщины! Милосердие и доброта, душевное тепло и сострадание всегда были истинно

женскими качествами. Именно эти качества придают нам силы, позволяют выстоять при любых обстоятельствах.

От всей души поздравляю вас с праздником! Пусть в ваших семьях всегда живут мир и согласие! Искренне желаю счастья, здоровья, благополучия!

Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ.

*

*

*



От всего сердца поздравляю вас с весенним и тёплым днём, который каждый год приходит после суровой зимы. В этот светлый день сама пробуждающаяся природа приветствует наших любимых и нежных, заботливых и ласковых матерей, жён, сестёр и дочерей. Этот праздник — напоминание нам, мужчинам, что жизнь прекрасна, и прекрасна она потому, что в ней есть вы — все-

да дарящие нам веру, надежду и любовь!

Приходится только удивляться, как вы, женщины нашей сложной и благородной профессии, несмотря на любые невзгоды, выдерживаете сегодняшний ритм жизни, умеете преодолевать любые преграды, успеваете с полной отдачей трудиться, оставаясь хранительницами семейного очага, достойными хозяйками и любящими женщинами.

В этот праздничный весенний день мы, мужчины, с особой искренностью говорим вам слова бла-

годарности за радость и счастье, которые вы нам дарите.

Дорогие наши женщины, будьте всегда счастливы и красивы, мечтайте и любите свои мечты, загадывайте самые смелые желания, и всё задуманное обязательно исполнится. Доброго вам здоровья, молодости и красоты, большого материнского счастья и семейного благополучия.

Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель Профсоюза
работников здравоохранения РФ.

*

*

*



8 Марта — прекрасная дата, с которой принято поздравлять всех женщин. День, когда в душе каждой представительницы прекрасного пола оживает весна.

8 Марта — это день, когда звучит так много комплиментов от мужчин, а букеты цветов не помещаются в вазах.

8 Марта — это день, когда женщины особенно очаровательны и привлекательны!

8 Марта — это весенний праздник, который с нетерпением ждут все женщины! И конечно же, вы — наши дорогие женщины — врачи, медицинские сёстры, медицинские работники России!

От всей души хочу поздравить

вас с этим замечательным праздником — Международным днём 8 Марта, который у нас в стране принято называть женским днём!

Дорогие наши женщины, работающие в системе российского здравоохранения! Вы достойны этого замечательного праздника. На ваших хрупких плечах держится вся отечественная медицина. Вы составляете большинство всех медицинских работников. Благодаря, не побоюсь громкого слова, вашему ратному труду, добросердечию и милосердию, высокому профессионализму российская медицина продолжает жить и сохранять свои лучшие исторические традиции — традиции российской медицинской школы. На ваших плечах львиная доля тяжёлого повседневного труда и забот по лечению и выхаживанию больных,

нелёгкая миссия человеческого сострадания и милосердия страждущим.

Так пусть в ваших душах будет гармония, а в сердцах радость! Пусть желания исполняются не в будущем, а сегодня и сейчас! Пленяйте всех нас своей красотой, покоряйте обаянием и мудростью, очаровывайте привлекательностью и нежностью! Пусть ваша жизнь будет цветущей и прекрасной, как цветы, которые вам дарят в эти праздничные дни! Будьте любимыми, красивыми и желанными! Счастья вам, отличного настроения и любви! Ну и конечно же, здоровья!

Искренне ваш,

Евгений ЧАЗОВ,
президент Общества врачей России,
академик РАН.

*

*

*



Пришла весна, и все взоры устремлены на вас — самых замечательных, самых красивых!

Ну что бы мы без вас делали, как бы приходили в университеты и академии, в больницы и поликлиники, научно-исследова-

тельские центры, санатории? Невозможно это представить. И все результаты нашего труда — они в какой-то степени посвящены вам. Ведь вы — сама жизнь.

Поздравляю вас с прекрасным праздником года — Международным женским днём! Желаю крепкого здоровья, успехов в выполнении профессиональных

задач и удовлетворения от них, везения и достатка! И обязательно — личного счастья.

Солнечного вам настроения!

Геннадий КОТЕЛЬНИКОВ,
председатель Совета ректоров
медицинских и фармацевтических
вузов России, ректор Самарского
государственного медицинского
университета, академик РАН.

Начало

Инспекторы GMP

Разработка методических основ экспертизы производителей лекарств на их соответствие требованиям надлежащей производственной практики (GMP) и проведение такой экспертизы — так определён круг задач Федерального бюджетного учреждения «Государственный институт лекарственных средств и надлежащих практик», созданного Минпромторгом России.

Согласно приказу министерства, ГИЛСиНП займётся также подготовкой специалистов отрасли в области стандартов GxP. В России, как известно, с 1 января 2014 г. начали действовать новые Правила организации производства и контроля качества лекарственных средств (GMP, Good Manufacturing Practice — надлежащая производственная практика). Они стали обязательными для всей отечественной фармацев-

тической промышленности. Соответственно, в стране начинает работать и государственный инспекторат GMP, отвечающий за качество всех лекарств, обращающихся на отечественном фармрынке. Эти функции возложены на новый отдел в структуре Минпромторга, а создание ГИЛСиНП дополняет новую службу со стороны экспертизы и подготовки кадров — инспекторов.

Новый институт уже подпи-

сал меморандум о сотрудничестве с Государственным учебным центром надлежащей производственной/дистрибьюторской практики Государственной службы Украины по лекарственным средствам. Стороны намерены взаимодействовать в рамках международных и региональных организаций. Они заявили также о начале сотрудничества в области фармацевтического образования в части Правил организации производства и контроля качества лекарственных средств и экспертной деятельности на основе принципов и Правил международных организаций PIC/S, ВОЗ и др.

Соб. инф.

В центре внимания

Как справиться с недофинансированием?

Президент РФ Владимир Путин поручил в кратчайшие сроки обеспечить дополнительное финансирование федеральных медицинских учреждений в 2014 г. и предусмотреть объёмы их финансирования на 2015–2017 гг.

Исполнение этого возложено на Минфин совместно с Минздравом России. Дополнительное финансирование федеральных медицинских учреждений, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти и государственных академий наук, будет производиться, «исходя из потребности населения в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, в каждом из указанных учреждений». Это предусмотрено перечнем поручений главы государства по итогам совещания с руководством Правительства РФ и министрами.

Согласно документу, объёмы финансирования должны учитывать проведение оптимизации таких учреждений, предусматривающей, в том числе, их передачу на уровень субъектов РФ в случаях исполнения ими функций региональных медицинских учреждений. Правительству России поручено внести предложения об источниках финансирования.

Как известно, бюджетное финансирование федеральных медицинских учреждений в этом году было снижено в среднем на 30%, они получили от Минздрава России низкие плановые объёмы специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи. Часть видов последней передана в этом году в специализированную медпомощь, которая оказывается за счёт средств системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако регионы испытывают нехватку

средств, в результате потенциал многих центров может оказаться невостребованным.

Квоты на высокотехнологичную медицинскую помощь в федеральных центрах сокращены примерно на четверть и могут быть выбраны уже к сентябрю. То есть весь IV квартал федеральные учреждения без дополнительного финансирования будут «отдыхать», хотя в состоянии ежегодно увеличивать объёмы такой помощи на 20–30%.

Дополнительное финансирование даст возможность развивать высокотехнологичную медицинскую помощь.

В то же время глава Федерального агентства научных организаций (ФАНО) Михаил Котюков предложил учреждениям, ведущим как исследовательскую, так и лечебную деятельность, наращивать объём платной помощи населению. Таким образом, по его мнению, академическим клиникам удастся справиться с недофинансированием.

«Перевод до конца 2014 г. медицинских услуг населению на систему ОМС может софинансироваться из госбюджета, но затем ОМС становится единственным источником обеспечения лечебной практики, — заметил М.Котюков. — Академическим клиникам в ближайшее время грозит серьёзное недофинансирование».

В качестве крайней антикризисной меры глава ФАНО и видит наращивание объёмов платной помощи населению. По его словам, в ФАНО передано около 100 учреждений, ведущих одновременно исследовательскую и лечебную деятельность, из них две трети имеют собственную клиническую базу.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Санитарная зона

Листерия не прошла



Сразу на трёх предприятиях Брянщины, которые производят мясное сырьё, ветеринарные инспекторы выявили грубейшие нарушения санитарных норм.

По информации сотрудников Управления Россельхознадзора по Брянской и Смоленской областям, в смятах с оборудования обнаружена кишечная палочка, а продукция не соответствовала правилам безопасности по микробиологическим показателям.

Причём в говядине одного из производителей обнаружены даже бактерии листерии.

Таким образом, бдительные санитарные инспекторы оградил брянцев от угрозы их здоровью. Руководители предприятий привлечены к ответственности, их обязали в кратчайшие сроки устранить выявленные нарушения.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Недавно в Минздраве России прошло видеоселекторное совещание с повесткой «Целевая подготовка специалистов в реализации региональных кадровых программ». Какие рекомендации даны по его завершению медицинским вузам? Как развивается эта форма? Насколько она востребована органами управления здравоохранения? На эти вопросы корреспондента «Медицинской газеты» Алексея ПАПЫРИНА отвечает директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна СЕМЁНОВА.

– Министерство активно использует целевую подготовку для реализации своей кадровой политики. Эта форма традиционно, не одно десятилетие, помогает готовить молодых врачей для лечебных учреждений регионов. Более того, Минздрав России выступил одним из инициаторов изменений, которые нашли отражение в новом Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации». Как известно, в этой части закон вступил в силу с 1 сентября прошлого года. В нём чётко прописываются взаимоотношения сторон в рамках целевой подготовки. Самое главное, в статье 56 закона отражены не только вопросы целевого приёма, но и достаточно чётко детализировано целевое обучение.

А дальше, в рамках реализации Федерального закона «Об образовании в РФ» было принято постановление Правительства РФ № 1056. Оно утвердило типовые формы договора о целевом приёме, целевом обучении, а также порядок их заключения.

Конечно, и органы управления здравоохранением, и вузы следят за современным законодательством. Его необходимо чётко выполнять не только по срокам, правильно выстраивать взаимоотношения между регионами и федеральными образовательными учреждениями, которые осуществляют подготовку специалистов с медицинским и фармацевтическим образованием. Но координирующая роль указанных взаимоотношений без сомнения остаётся за Минздравом России. Кроме того, Минздрав России как учредитель в соответствии выше-названным законом устанавливает квоту на целевой приём подведомственным образовательным организациям. Она традиционно достаточно высокая. В прошлом году это было 38,5% от общего числа выделенных мест для приёма на первый курс за счёт федерального бюджета. Однако для выстраивания эффективной кадровой политики, мы полагаем, эта цифра может быть увеличена до 50% и выше. Надо сказать, что ряд образовательных учреждений министерства и раньше принимали около 70-80% студентов по целевому набору. Это «точечная» подготовка специалистов, которые теперь в обязательном порядке будут получать меры социальной поддержки от субъектов РФ, которые их «заказали».

Ещё одно важное обстоятельство – практику студенты-целевики должны будут проходить там, куда преимущественно они пойдут работать. Начнётся она с 1-го курса. Студент должен быть ориентирован на ту работу, с которой ему предстоит столкнуться, закончив вуз.

Видеоселектор собрал на одной площадке руководителей вузов вместе с первыми лицами субъектов РФ. Основная задача – донести до всех заинтересованных лиц все законодательные новеллы, озвучить все сложные вопросы и найти решения, достигнув определённых договорённостей. Для нас это крайне важно. Ведь в Минздрав России поступают заявки от образовательных учреждений, от регионов на подготовку различных специалистов. На этой неделе министерство установит квоты целевого приёма как на 1-й курс, так и на программы ординатуры по каждой специальности.

Подведомственные вузы смогут начать работу по заключению договоров на целевой приём. Мы очень надеемся, что и в этом году они привлекут в свои ряды самых достойных абитуриентов. Тем более что третий год подряд медицинские вузы держат самую высокую планку в рамках единого государственного экзамена, возглавляя рейтинги Минобрнауки России.

– Татьяна Владимировна, а что показывает кадровый регистр в регионах: увеличивается или сокращается дефицит во врачебных специальностях? – Прежде всего следует отметить, что со специалистами с

Минздрав России в соответствии с Указом Президента РФ № 598 принял комплекс мер по кадровой политике. Они утверждены постановлением Правительства РФ № 614. В рамках него всеми регионами были приняты и утверждены региональные «кадровые программы», в которых также опорной точкой кадровой политики является целевая подготовка специалистов, также всеми регионами приняты отраслевые «дорожные карты» в сфере здравоохранения, где одним из индикаторов эффективности структурных преобразований является эффективность трудоустройства выпускников, которую мы со-

чит специалистов в первичном, амбулаторном звене. Между тем в отрасли идёт замена части традиционных стационарных методов лечения на инновационные, стационарозамещающие технологии, позволяющие оказывать аналогичную помощь не только не хуже, но и значительно эффективнее, используя дневные стационары. Это тоже один из элементов преодоления кадрового дефицита и дисбаланса.

– На ваш взгляд, уже сформирована эффективная система медицинского образования в нашей стране? Или она по-прежнему нуждается в кардинальных реформах?

время, необходимое для практической подготовки.

С прошлого года Минздрав России проводит на специальных площадках подготовку профессорско-преподавательского состава подведомственных вузов. Прошедшие переподготовку преподаватели в дальнейшем проводят занятия непосредственно в родном вузе и разъясняют новые достижения науки и практики, с которыми их ознакомили во время переподготовки.

На центральной площадке – в Москве проведена переподготовка по классическим, фундаментальным дисциплинам, таким как молекулярная физиология, молекулярная биология, генетика, биофизика. При этом к преподаванию нами привлекались ведущие специалисты, известные не только в России, но и во всём мире. Так один из циклов – медицинской биохимии – возглавил академик РАН и РАМН, заведующий кафедрой биохимии и молекулярной медицины, декан факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В.Ломоносова Всеволод Ткачук, к преподаванию медицинской физики также были привлечены сотрудники университета, прочитавшие целый цикл интереснейших лекций, прослеживающих передачу знаний из одной дисциплины в другую (математика, физика, биофизика, медицинская биофизика). Очень хорошо, что речь шла и о «взаимопривязке» дисциплин, помогающих не повторять предмет, не тратить время на ненужное дублирование. Это освобождает драгоценное время и позволяет более рационально использовать его студентами. Учебно-методической комиссией по высшему профессиональному образованию, которую возглавляет ректор Первого Мёда член-корреспондент РАМН Пётр Глыбочко, проведена детальная проработка всех основных учебных программ образовательных учреждений, подведомственных Минздраву России. В результате экспертами выработаны конкретные рекомендации, помогающие исключить дублирование, но в то же время повышающие качество подготовки. Планируется улучшить подготовку будущих врачей не только по фундаментальным дисциплинам, биоэтике, предметам лечебного блока, идёт точечная работа по профилактике, реабилитации, паллиативной медицине. Всё это в совокупности, надеемся, позволит выпускать более практикоориентированного специалиста, который ещё в студенческие годы будет прекрасно понимать, как будет строиться его последующая работа в клинике или амбулатории.

– Приближается время, когда начнётся приём заявлений для поступления в ординатуру. Сократится ли в этом году количество бюджетных мест такого приёма?

– Вообще приближается пора всех вступительных экзаменов. Нами проработан перечень специальностей высшего образования: специалитета, бакалавриата, магистратуры, ординатуры, аспирантуры. Контрольные цифры приёма на 1-й курс в рамках открытого конкурса Минобрнауки России уже разыграны. Они доведены до всех участников конкурса.

Хочу подчеркнуть, что новый закон позволяет сделать ординатуру модульной, планируется расширение длительности обучения для некоторых специальностей вплоть до 5 лет. Например, по нейрохирургии, кардиохирургии, пластической хирургии. Это позволит более качественно готовить специалистов по конкретной специальности требуемого в отрасли уровня квалификации.

Думаю, что кто-то может почувствовать сокращение бесплатных мест в ординатуру по выбранной им специальности в этом году. Это связано с тем, что впервые Минздрав России проводит подготовку специалистов в ординатуре в строгом соответствии с запросами территорий. Можно даже сказать, в жёсткой привязке к конкретным рабочим местам, куда после обу-

Наше интервью

Преимущества целевого подхода

В Минздраве России возлагают большие надежды на эту форму подготовки специалистов



вместно с регионами планируем довести в 2018 г. до 99-100%.

– **Добилось ли министерство выполнения поставленных в этом документе задач?**

– Достоверную статистику за 2013 г. мы получим в середине марта, но уже сегодня предварительный анализ показывает, что отмечается увеличение численности врачей и средних медицинских работников. Особенно радует положительная тенденция возрастающей обеспеченности средним медицинским персоналом. Хотя, бесспорно, сохраняется много проблем в кадровой обеспеченности отрасли, выраженные дисбалансы между городом и селом, между стационарами и поликлиниками, между различными регионами. На их преодоление направлен целый комплекс мер, реализуемый сегодня министерством совместно со всеми регионами РФ.

При выборе своей специальности в медицине студенты ориентируются на престижность профессии, социальные возможности, которые предоставляет выбранное ими дело, наконец, напряжённость труда. О том, в какие специальности не очень охотно идут молодые медики, ваша газета писала не раз. Это фтизиатрия, анестезиология-реаниматология, рентгенология. Нельзя также сказать, что повышенным спросом пользуются терапия, педиатрия, общая врачебная практика. И здесь своё слово может сказать правильная профориентация во время обучения в вузе. Поэтому кадровая политика министерства ориентирована не столько на восполнение кадрового дефицита, сколько на выравнивание сложившихся дисбалансов и оптимизации использования кадровых ресурсов за счёт повышения эффективности работы всей отрасли. Сегодня наблюдается умеренный профицит врачей в стационарах, и в каждом регионе своя, особая ситуация в этом вопросе, но практически в каждом субъекте РФ есть дефи-

высшим образованием в здравоохранении всё более или менее спокойно и прогнозируемо. Гораздо хуже обстоят дела со специалистами среднего звена – фельдшерами, медицинскими сёстрами. Когда их подготовка была передана на уровень субъектов РФ, она начала планомерно сокращаться. В результате сложился отрицательный баланс, на который не могло не обратить внимание министерство. За последние 1,5 года удалось изменить эту тенденцию. Сегодня суммарная подготовка специалистов со средним образованием на 15 тыс. больше, чем была раньше. А учитывая, что фельдшеров и медицинских сестёр готовят по времени меньше, чем врачей, надеемся, что кадровая ситуация кардинально изменится уже через 2-3 года. Кроме того, надо создавать такие условия для работы, чтобы у выпускников со средним медицинским образованием не возникало желания уходить из профессии. А для этого их заработная плата должна стать конкурентоспособной. И тогда они с удовольствием придут работать в государственную сеть здравоохранения.

чения в ординатуре трудоустроится молодые врачи. Это не просто слова. Специалисты министерства собрали всю информацию от субъектов РФ и просчитали контрольные цифры по конкретным специальностям. Раньше медицинские вузы «подстраивались» под предварительное распределение, которое учитывало не только интересы лечебных учреждений, но и какие специальности выбрали сами студенты. И я возьму смелость предположить, что именно выбор специальности студентом являлся ключевым фактором в формировании заявки от образовательных и научных учреждений на конкретные специальности в прошлые годы. Но такой подход вносил очевидную дискоординацию: региональному здравоохранению нужны были одни специалисты, а вузы, учитывая пожелания студентов, принимали их в ординатуру по другим специальностям. С этого года потребность регионов в конкретных специалистах формирует перечень и количество мест для подготовки по программам ординатуры за счёт средств федерального бюджета. Впервые был проведён открытый публичный конкурс Министерством образования и науки РФ, результаты конкурса утверждены приказом ведомства, внесение изменений в который невозможно. Соответственно, какие бы письма, обращения ни поступали в Минздрав России с просьбой выделить дополнительное место в ординатуре по той или иной специальности – изменить ничего уже нельзя. Кроме того, в настоящее время уже объявлен конкурс на 2015/2016 учебный год. Всё это требует абсолютной координации между вузами, регионами и Минздравом России, накладывая на всех высокую ответственность.

Минздрав России в ближайшее время проведёт серию координационных советов по регионам. Нужно проводить правильно, внутривузовскую профессиональную ориентацию. Когда студент учится в институте, проходит в процессе обучения через какие-то кафедры, то желание стать специалистом того или иного профиля меняется. Зачастую, чтобы принять решение, каким специалистом стать, студенту достаточно встретиться преподавателя – фаната своей специальности. Непременно захочется попробовать себя в новой специализации, через это проходили многие известные врачи. К счастью, таких «зажигалок» в нашей системе высшего образования достаточно много. Естественно, на этот выбор влияют СМИ, мнения старших товарищей, сокурсников и друзей. Понятно, что он идёт по трём критериям: интересная работа, высокая оплата труда, работа в более спокойном ритме. Но профориентация внутри вуза должна быть другой. Во-первых, системной, чтобы студенты понимали, выбирая специальность, удастся ли им устроиться работать по выбранному профилю. К сожалению, эта взаимосвязь ещё плохо налажена. Но ведь главной задачей во все времена медицинских вузов была подготовка специалистов для практического здравоохранения.

– Как вы оцениваете работу медицинских факультетов в академических университетах? Их количество не будет сокращаться?

– Дело в том, что система медицинского образования в России отличается от зарубежной. Не секрет, что за границей ведущему университету невозможно попасть в рейтинг лучших, если он не ведёт подготовку по основным блокам, это приводит практически к полному отсутствию отраслевых вузов. Поэтому российские классические университеты стремятся иметь в своём составе медицинские факультеты, что поднимает их рейтинг. С другой стороны, в регионах, где отсутствует медицинский вуз, это становится настоящей палочкой-выручалочкой для региональных органов управления здравоохранением. Мы поддерживаем, в принципе, любую систему, направленную на

подготовку высококвалифицированных специалистов для отрасли, главное, чтобы подготовка кадров осуществлялась не столько для рейтинга вуза, сколько для обеспечения специалистами отрасли, а конкуренция в этом случае способствует повышению качества.

Между тем медицинские факультеты ежегодно заканчивают 2-3 тыс. человек, при этом медицинские вузы системы Минздрава России – порядка 23-25 тыс.

Впервые за последние несколько лет нам удалось достичь конструктивного взаимодействия с Минобрнауки России. Мы стали единомышленниками. В этой связи хочется высказать слова огромной благодарности министру Дмитрию Ливанову, его заместителю, курирующему медицинское образование в этом министерстве, Александру Климову, директору профильного департамента Александру Соболеву, всем сотрудникам, помогавшим наладить этот абсолютно взаимопользительный и конструктивный диалог.

Говоря о подготовке на медицинских факультетах, стоит отметить, что традиционно в них сильнее поставлено преподавание фундаментальных дисциплин – физики, математики, биологии. В медицинских вузах более мощная подготовка на клинических кафедрах. Из медицинских факультетов хочу выделить те, которые расположены в классических университетах в Петрозаводске, Калининграде, Белгороде, Чебоксарах. Они серьёзно помогают региональному здравоохранению решать кадровые проблемы территорий.

– Эффективная кадровая политика в сфере здравоохранения – важный инструмент реформирования медицинской сферы. Но её совершенствовать будет крайне сложно без повышения оплаты труда преподавателей...

– Повышение оплаты труда – вопрос крайне серьёзный. Преподаватель медицины – это и врач, и педагог. Несмотря на это, его оплата труда не подлежит какой-то дифференциации в сравнении с другими преподавателями высшей школы. Да, майскими указами предусмотрено повышение заработной платы врачей и преподавателей до 200% средней по экономике, но пока ещё нет отдельной категории «преподаватель клинической дисциплины». «Дорожные карты» образовательных организаций, подведомственных Минздраву России, предусматривают достижения названных показателей. Сегодня наши медицинские вузы можно разделить на две большие группы: имеющие собственную клиническую базу и не имеющие её. Хотя в этой части министерство придерживается мнения, что у каждого отраслевого вуза должна быть собственная клиника. В разрезе различных категорий сотрудников в вузах есть «линейка» достижений определённых показателей по заработной плате, взаимоувязанная с отраслевыми «дорожными картами» по образованию, здравоохранению, науке.

– И ещё одна болевая точка – борьба с коррупцией. Существуют ли какие-то рецепты у штаба отрасли, чтобы снизить возможности злоупотреблений при поступлении, а также учёбе в медицинских вузах?

– Министерство принимает решительные меры по борьбе с коррупцией. Могу ответственно заявить, что такие случаи – единичны, они не носят массового характера. Более того, в медицинском образовании злоупотреблений гораздо меньше, чем в других отраслях. Но мы понимаем, что заслон таким явлениям поставит только прозрачность и «прописанность» всех процедур, связанных как с поступлением в вуз, так и с последующим обучением. И мы намерены решительно избавляться от преподавателей, закрывающих глаза на то, что от знаний, навыков, умений врача зависит жизнь и здоровье людей...

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Личный опыт

Бывших хирургов не бывает

Галия Гребнева всегда готова взять в руки скальпель

Профессию хирурга принято считать мужской, поскольку, мол, вырезать аппендицит и грыжи, удалять опухоли и «копаться» в рваных ранах – это удел людей сильных, решительных, а железными нервами. А женщины – натуры тонкие, впечатлительные, эмоциональные, а значит, и не место представительницам прекрасной половины человечества у операционного стола. Неестественно для них – кровь, вывернутые наружу органы...



А вот Галия Гребнева уверена, что в медицине нет неженских специализаций, и хирургия как раздел медицины не случайно женского рода.

Стать именно хирургом решила ещё в медицинском училище, почему после защиты диплома с отличием и оказалась на студенческой скамье факультета «Лечебное дело» Омского государственного медицинского института (ныне – академия). После занятий подрабатывала как своей невеликой стипендии санитаркой и «сестричкой» в лечебно-профилактических учреждениях – в её простой рабочей семье не было лишних денег. Утки из-под больших, перевязки, инъекции, клизмы, катетеры – о какой брезгливости, боязни или «не хочу» может быть речь, если стремишься к заветной цели?

Интернатуру проходила в отделении хирургии МСЧ-10 областного транспортного управления, считавшейся в ту пору одной из лучших ведомственных клиник в городе на Иртыше. Здесь и пригласили остаться врачом-ординатором. «Задержалась» на 8 лет. Вела хирургические палаты, выходила на ночные дежурства, ассистировала таким тогда авторитетам в медицинской среде Омска, как, к примеру, хирург-проктолог Пётр Андреевич Зимненко. И на заре своей врачебной карьеры Галия Камилевна окончательно осознала: чтобы стать по-настоящему хорошим хирургом, мало получить высшее медицинское образование и быть в курсе теоретических новаций в медицине. Необходима каждодневная практика. Недаром слово «хирург» переводится с греческого, если дословно, как «рук работа». И она трудилась, не глядя на часы, порой забывая про обеденный перерыв, не сетуя на усталость, неизменные нагрузки, стрессы. Не до отдыха было и дома. Рано овдовев, Галия Камилевна одна воспитывала, поднимала на ноги сына. Теперь на Ивана не нарадётся – недавно окончил финансово-кредитный факультет университета, пригласили в серьёзную фирму...

Работая врачом-ординатором в хирургическом отделении, Гребнева продолжала учиться. Очень уж её заинтересовала онкология. Она успешно прошла программу

переподготовки, курсы повышения квалификации в меакадемии, цикл усовершенствования по онкологии на базе Омского областного онкодиспансера.

– Шансы победить рак есть у любого, – говорит Галия Камилевна. – Конечно, 10 лет назад мы очень часто выявляли при обследованиях запущенные стадии, когда организм больного был уже поражён множественными метастазами. Но с повсеместным появлением УЗИ-диагностики, различных онкомаркёров, томографов, маммографии появилась возможность

опсии злокачественными, и, как говорится, слава Богу...

Врачей с 35-летним рабочим стажем в медицине много, но вот со специализацией «хирург-онколог», как у Гребневой, в поликлиническом звене встретишь не часто. По крайней мере, в других омских учреждениях здравоохранения, кроме КМХЦ, таких «профи» я не встречал. А если учесть, что врач высшей категории, отличник здравоохранения РФ Галия Гребнева с осени прошлого года исполняет ещё и обязанности заместителя главного врача КМХЦ по поликлинической работе, курируя работу четырёх отделений, дневного стационара и фониатрического центра, то можно понять, как загружен её рабочий день. Надо создавать на базе поликлиники центр амбулаторной хирургии. Главный врач КМХЦ Вадим Бережной это предложение уже поддержал.

По-прежнему перспективной считает Гребнева и такую форму работы, как выездные приёмы врачей КМХЦ в самых отдалённых районах Прииртышья. В 2013-м таких выездов было 7, и только осмотров жителей глубинки было проведено свыше 7 тыс., не говоря уже о консультациях, лечебных и даже нескольких случаях оператив-



распознавать коварный недуг на ранних стадиях, при которых врачи могут купировать распространение опухоли. И теперь в год мы выявляем с роковой, IV стадией болезни всего 1-2 человека.

Сколько пациентов проходят через кабинет хирурга-онколога Гребневой в поликлинике клинического медико-хирургического центра (бывшей МСЧ-10 – той самой, где она провела свои первые операции), даже представить сложно. Судите сами: в минувшем году хирургических больных у неё побывало более 6500 человек, на онкологических осмотрах – свыше 2100. И примерно у 20% из них она обнаруживала новообразования. Разумеется, не всегда они оказываются по результатам би-

ных вмешательств. Около 1 тыс. сельчан получили направления на УЗИ-обследования, немалым оказалось и число нуждающихся в госпитализации. В направлениях с пометкой «необходима операция» стояла подпись хирурга-онколога Галии Гребневой. Но в жизни всякое бывает, и если возникнет необходимость, Галия Камилевна вновь возьмёт в руки скальпель, потому что бывших хирургов, если они преданы этой профессии, не бывает – ни среди мужчин, ни среди женщин.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

НА СНИМКАХ: Галия Гребнева; на амбулаторной операции.

Как отмечалось в приветственном адресе министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, конгресс педиатров на протяжении многих лет является наиболее значимым научно-практическим мероприятием в сфере здравоохранения, посвящённым решению важной государственной задачи – обеспечению защиты здоровья детей, а значит, будущего нашей страны. Он собирает ведущих учёных, практикующих врачей, представителей государственных и общественных организаций.

А заместитель министра науки и образования РФ Людмила Огородова, приветствуя участников форума, подчеркнула, что конгресс способствует консолидации научного сообщества и практических врачей в создании новых подходов к профилактике, диагностике и лечению заболеваний, повышению эффективности медицинской помощи и внедрению в практику инновационных технологий.

При переполненных залах

И снова переполненные залы. И снова неистребимая жажда знаний. И снова рекордное количество участников. Только официально зарегистрировано 6082 человека. Кажется, такое невозможно. Ещё как возможно! Помимо Центра международной торговли, конгресс проходил на других площадках: в Научном центре здоровья детей (там заседали детские хирурги и медицинские сестры), в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии.

Он выплеснулся в город, вовлекая в свою орбиту всё больше детских докторов. В его заседаниях могли участвовать не только делегаты из различных уголков России, но и просто врачи из столичных учреждений, стремящиеся к совершенствованию. Широко были представлены зарубежные страны: Австрия, Бельгия, Великобритания, Германия, Израиль, Индия, Италия, Монголия, Португалия, США, Франция, Швеция и др. Самая большая делегация приехала из Казахстана. Много коллег пришло из Белоруссии, Молдавии, Украины, Узбекистана. А некоторые российские делегации насчитывали около сотни человек, например С.-Петербург представляли 110 врачей, Казань – 76, Рязань – 70. Доктора из 152 городов собрались в Москве, чтобы обсудить актуальные проблемы медицинской помощи детям, ознакомиться с новейшими достижениями, обменяться опытом.

В рамках конгресса работали школы: детского аллерголога-иммунолога, ревматолога, педиатра, детского хирурга, специалиста по медицинскому обеспечению в образовательных учреждениях, молодого учёного, детских медицинских сестёр. В их заседаниях участвовало свыше 1,5 тыс. человек.

Но это ещё не полная статистика. Понимая, что не все желающие могут попасть на конгресс, его организаторы прибегли к интер-

Деловые встречи

Погружение

В Москве прошёл конгресс педиатров России



нет-трансляции. И это оказалось очень востребованным. Ежедневно было свыше тысячи просмотров каждого из семинаров, посвящённого вопросам питания, инфекционной заболеваемости, антибиотикотерапии, детской ревматологии, аллергологии. Их смотрели не только в России и странах ближнего зарубежья, но и в Австралии, Канаде, Германии, США, Японии и т.д.

Всего (вместе с он-лайн-слушателями) в конгрессе приняло участие более 13 тыс. человек. Выходит, фактически каждый четвёртый педиатр страны смог пополнить свои знания, ощутить свою причастность к педиатрическому сообществу.

Словом, главное мероприятие

года – конгресс педиатров России – прошло успешно. Об этом свидетельствуют и число участников, и отзывы делегатов.

Задачи и перспективы

Перед педиатрами стоят серьёзные задачи. О них напомнила директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава здравоохранения РФ Елена Байбарина. По её словам, младенческая смертность (по предварительным данным) в

Говорят участники конгресса. Участковый педиатр Мира Ашербекова из села Чемолган Алма-Атинской области (Республика Казахстан): *Слушала лекцию профессора Владимира Кирилловича Таточенко, посвящённую лечению ОРВИ, и восхищалась им. Это – легенда нашей медицины, человек со своим особым мнением. Прекрасно, что с докладами на форуме выступают светила педиатрии. Они вдохновляют, подают пример, подталкивают к размышлениям. Хочется трудиться ещё лучше.*

Бывала на таких конгрессах во времена Советского Союза и благодарна судьбе за то, что подарила мне шанс посетить Москву сегодня. Это незабываемо. Организация конгресса выше всяческих похвал. Насыщенная научная программа позволяла выбрать, что для тебя приоритетно.

закладываются зачастую именно в раннем возрасте, внутриутробно. Проведённое в Нидерландах ис-

следования свидетельствует, что у тех, кто родился в период голода и имел выраженную гипотрофию, в 30 раз чаще возникал диабет и связанные с ним осложнения. Поэтому внимание к питанию должно быть очень большое.

– Выхаживая недоношенных, мы часто вспоминаем поговорку «Не до жиру, быть бы живу», – сказала Е. Байбарина. – Надо, чтобы ребёнок и выжил, и рационально питался.

Программирование питанием

Программирование здоровья человека с помощью питания откры-

вает необычайные возможности, считают специалисты. Пожалуй, это открытие можно сравнить с расшифровкой генома человека. Оно будет определять здоровье на многие годы, вплоть до старости, влиять на продолжительность жизни. Эта тема занимает сегодня умы многих ведущих учёных. Как подчеркнула профессор Научного центра здоровья детей Татьяна Боровик, истоки взрослых заболеваний лежат на ранних этапах развития ребёнка. Нарушение питания формирует предрасположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям, ожирению и другим.

Однако немалую роль играет и постнатальное питание ребёнка. Скажем, ключ к развитию ожирения, лежит в потреблении белка. А у нас младенцы, находящиеся на искусственном вскармливании, зачастую получают высокую белковую нагрузку, которая увеличивает скорость роста. А чем выше темпы роста в первые 2 года, тем больше количество жира в организме. У детей с высокой скоростью прибавки веса в первые 18 месяцев отмечено не только повышение индекса массы тела, но и увеличение уровня систолического давления и изменения в состоянии коронарных артерий. Казалось бы, родился здоровый ребёнок, но при неадекватном питании уже закладывается патология.

Снизить риск развития ожирения может ряд факторов, один из них – длинноцепочечные полиненасыщенные жирные кислоты. По мнению современных исследователей, включение омега-3-жирных кислот в рацион ребёнка и беременных женщин может быть экономически выгодным профилактическим способом снижения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, аллергической патологии у детей и взрослых.

На семинарах и симпозиумах

Весёлый доктор на эмблеме форума призывал: «В олимпийский год – к олимпийскому здоровью!» И вся научная программа тому отвечала. Посетив основные мероприятия, врач приобрёл солидный багаж знаний. Как подчёркивал председатель исполкома Союза педиатров России, главный педиатр Минздрава России, академик РАН Александр Баранов, повышение профессионализма – обязательное условие, без которого невозможно двигаться дальше. Между прочим, уровень своей подготовки доктора могли проверить в ходе интерактивных обсуждений сложных клинических случаев, нажимая кнопки пульта для ответа на тот или иной вопрос.

Большое место отводилось вакцинопрофилактике. Кстати, с

Говорят участники конгресса. Заведующая соматическим отделением Губкинской городской детской больницы Белгородской области Нина Душина: *Поскольку я педиатр, то меня больше интересовали симпозиумы, посвящённые вопросам питания, бронхиальной астме, бронхолегочной дисплазии, аллергии у детей. Всё новое, что почерпнула, постараюсь применить в своей практической деятельности. К сожалению, не всегда предоставляется возможность побывать на такого уровня мероприятиях, поэтому, когда она появилась, с удовольствием ею воспользовалась. Ведь форум не только обогащает современными знаниями, но и позволяет пообщаться с коллегами из других регионов, узнать, как они решают те или иные проблемы, например, лекарственного обеспечения детей-инвалидов.*

2013 г. составила 8,2. Снижение наблюдается во всех федеральных округах, кроме Дальневосточного. Однако останавливаться на достигнутом нельзя, ведь за цифрами – детские жизни. (В минувшем году умерло 15 528 детей до 1 года). Е. Байбарина призвала ориентироваться на лучшие по показателю младенческой смертности европейские страны, отметив, что у нас очень велик процент предотвратимых потерь.

Важнейший раздел работы детских докторов – диспансеризация. По словам директора департамента, хочется больше сделать для детей (ввести логопедов, других специалистов), однако возникают сложности из-за недостатка специалистов. Поэтому подготовлен приказ Минздрава России, который облегчает её бремя для врачей.

– Мы понимаем, как вам трудно, и опасаемся, что в связи с нехваткой денег, специалистов, диспансеризация может проходить несколько формально, – признала Е. Байбарина. – Но всё-таки надемся, что со временем, с внедрением электронной истории болезни станет легче. Задача – не останавливаться на осмотре, дальше должно следовать оздоровление.

Очень большое внимание необходимо уделить реабилитации. Потребность в ней огромная, федеральных учреждений мало, да и региональных не хватает.

Стоит постоянно помнить о профилактических направлениях. Как неонатолог по основной специальности Е. Байбарина видит перспективу для профилактики и снижения смертности от неинфекционных заболеваний у взрослых путём перинатального программирования. Исследования показали, что метаболический синдром, ожирение, гипертония, диабет

степень риска этих заболеваний у её будущего ребёнка. Исследования показывают, что если мать переживала голод на протяжении ранних этапов беременности, то чаще развивались ожирение, сердечно-сосудистые



1 января нынешнего года в Национальный календарь прививок введена иммунизация против пневмококка. Против ветряной оспы планируется ввести с 2015 г., против ротавирусной инфекции – с 2016 г.

1 января нынешнего года в Национальный календарь прививок введена иммунизация против пневмококка. Против ветряной оспы планируется ввести с 2015 г., против ротавирусной инфекции – с 2016 г.



Говорят участники конгресса. Заведующая кафедрой педиатрии Иркутского государственного медицинского университета профессор Наталья Мартынович: *Я в восторге от конгресса! Огромная признательность его организаторам, и прежде всего академику А. Баранову и члену-корреспонденту РАМН Л.Намазовой-Барановой. Великолепные доклады, современные данные, все темы актуальные, начиная от внутриутробного развития ребёнка. Замечательно, что в конгрессе принимают участие неонатологи. Я – нефролог. Но мы не можем быть узкими «ологами», пациентов нужно лечить комплексно.*

Медицина развивается настолько стремительно, что каждый раз, приезжая на форум, узнаю что-то новое. Возвращаясь домой, обязательно выступаю перед докторами из своей клиники, перед студентами, причём всех курсов, а затем в течение 2-3 месяцев делюсь информацией, полученной на конгрессе, с врачами поликлиник Иркутска.

Большой плюс вижу в том, что многие заседания транслируются в режиме он-лайн. Некоторые доктора завидовали моей поездке в Москву, теперь у них есть возможность приобщиться к происходящему на форуме.

Считаю за благо, что конгресс педиатров проводится в выходные дни (захватывая, конечно, и рабочие), это позволяет не отрываться надолго от клиники, от студентов.

Говорят участники конгресса. Ассистент кафедры педиатрии Оренбургской государственной медицинской академии Аделя Климова: *С интересом посещала школу детских ревматологов. Очень содержательными были доклады как отечественных, так и зарубежных учёных. Получила массу новой информации. Особенно меня интересовали протоколы лечения больных с ювенильным идиопатическим артритом и лечение склеродермии.*

Немало внимания уделялось вакцинации недоношенных детей. Эта тема волнует многих педиатров. Доктора зачастую боятся их прививать. Хотя такие дети в первую очередь нуждаются в защите, ведь известно, что от управляемых инфекций они страдают гораздо больше, чем доношенные. Так, пневмонией болеют в 20 раз чаще, чем родившиеся в срок.

Член-корреспондент РАМН Лейла Намазова-Баранова на конкретных примерах постаралась развеять существующие мифы.

— Мы — врачи, хорошо знакомые с вакцинацией, отдаём себе отчёт в том, что детям, особенно с различными отклонениями в состоянии здоровья, очень важна своевременная вакцинация, так как для них инфекция может оказаться фатально опасной, — сказала она.

Ведущие специалисты убедительно показали, что недоношенные дети дают адекватный ответ на вакцинацию, а частота реакций и осложнений у них даже ниже, чем у доношенных. Поэтому прививать можно всеми вакцинами (после стабилизации состояния на фоне адекватной прибавки веса) при исключении противопоказаний.

Во время конгресса состоялся совместный симпозиум Союза педиатров России и ВОЗ по проблемам иммунизации в развивающихся странах, в котором принимали участие академики РАН А.Баранов, эксперты ВОЗ — сотрудники Научного центра здоровья детей, участники проекта по снижению детской смертности в странах Центральной Азии и Африки, представители министерств здравоохранения и офисов ВОЗ Киргизии, Таджикистана, Анголы и Эфиопии, президент Американской академии педиатрии профессор Джеймс Перрин.

Л.Намазова-Баранова отметила, что сотрудничество между НЦЗД и коллегами из стран проекта является полезным для всех участвующих сторон и рассказала о перспективах внедрения в развивающихся странах новых вакцин, таких как препараты против ротавирусной инфекции, пневмококка.

Дж.Перрин подчеркнул роль международных организаций доноров в снабжении развивающихся стран вакцинными препаратами и предложил осуществлять постоянный мониторинг иммунизации, так как официальная статистика по охвату вакцинацией далеко не всегда совпадает с реальной картиной.

Бурные дискуссии велись и на секции школьной медицины. Наконец-то подписан и зарегистрирован Порядок оказания медицинской помощи детям в образовательных учреждениях, о котором шла речь в течение последних лет. Но проблемы остаются.

— Работаю школьным врачом, — рассказывает педиатр профилактического отделения поликлиники № 52 Москвы Раиса Мамонтова. — Приходишь в школу — уже сидит очередь из амбулаторных пациентов. Родители боятся отпрашиваться с работы для того, чтобы отвезти ребёнка в поликлинику, поэтому и отпускают их больными, в расчёте на то, что им окажут помощь непосредственно в образовательном учреждении. А нам оказывать её нечем, аптечных препаратов нет, школа теперь их не оплачивает. А здравоохранение тем более ничего не выделяет. Считается, что ребёнок сам должен носить в кармане всё, что принимает. Медсестра не имеет права дать ни одной таблетки без разрешения врача, а врач бывает в школе один раз в неделю.

Очень сложно стало проводить профилактические прививки, — продолжает доктор, — обязательно нужно разрешение родителей,

некоторые отказываются от вакцинации, приходится много раз обращаться, уговаривать, разъяснять. Та же картина с диспансеризацией. По её результатам детей с выявленной патологией по несколько раз направляю для углублённого обследования, родители не идут: к узкому специалисту поехать сложно, электронная запись на неделю, на две вперёд. Всё затягивается. Поэтому нет должной отдачи. В школе 800 учащихся, из них 300 проживают в других районах города, соответственно прикреплены к своим районным поликлиникам, а проходят диспансеризацию в нашей, идти в поликлинику по месту жительства они не хотят, сколько бы ни говорила.

В школах работать некому, врачей не хватает. Должного взаимопонимания между медработниками



ми и педагогическим коллективом нет. А страдают дети.

Руководитель отдела гигиенического нормирования и экспертизы НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Любовь Текшева затронула тему воздействия ин-

Говорят участники конгресса. Доцент кафедры педиатрии Северного государственного медицинского университета Алла Юрьенкова, главный аллерголог-иммунолог Минздрава Архангельской области: *Конгресс всегда привлекает много людей, потому что проходит на очень высоком уровне. А сколько докторов хотят услышать, что происходит на этом мероприятии, даже в интернет-трансляции! Так как я аллерголог-иммунолог, то моё внимание привлекли разделы по бронхиальной астме, вакцинопрофилактике, иммунодефицитам. Узнала для себя немало полезного.*

формационно-коммуникационных средств (электронных учебников, ридеров, персональных компьютеров и т.д.) на здоровье школьников. По её словам, с приходом в школу информационно-коммуникационных технологий пришёл и такой антропогенный фактор, как электромагнитное излучение. Не данное нам в ощущениях (как свет, шум и т.п.), оно представляет собой большую угрозу. До конца все механизмы воздействия на организм, функциональные системы, мозг, не изучены.

— Если бы оно было видимым, мы бы обнаружили, что наши дети находятся в некоем коконе электромагнитных полей, — сказала Л.Текшева. — К сожалению, стремительное внедрение в школьный процесс ИКТ происходит без достаточной нормативно-методической базы, в том числе в сфере безопасности.

Благородный поступок

В рамках конгресса прошли III Евразийский форум по редким болезням, 2-я Всероссийская конференция по неотложной детской хирургии и травматологии, IV Форум детских медицинских сестёр.

Понимая, что повышение качества оказания медицинской помощи детям невозможно без сестринского персонала, Союз педиатров России несколько лет назад решил привлечь к участию в конгрессе и медицинских сестёр. Начинание нашло отклик. С каждым годом форум детских медицинских сестёр, проводимый в рамках конгресса, привлекает всё большее внимание. Достаточно сказать, что, например, в Забайкальском крае медицинским сёстрам, чтобы поехать в Москву, надо было преодолеть конкурс.

В форуме участвовало 167 человек из разных регионов страны: от Архангельска до Петропавловска-Камчатского. Лучшие представительницы сестринской профессии делились своими наработками, черпали знания в ходе мастер-

состоятельный), дабы мальчишки и девчонки из сельской местности могли учиться. Благородный поступок. И низкий поклон за него профессору. Хорошо бы его примеру последовали чиновники, в том числе и от медицины! Может быть, после этого по-другому стали бы воспринимать реальность.

С тревогой о будущем

Семинары, симпозиумы, «круглые столы», лекции, дискуссии — всё, как на предыдущих форумах. Однако атмосфера нынешнего заметно отличалась. В воздухе витала тревога, а в беседах звучала обеспокоенность. Пожалуй, такого состояния давно не наблюдалось. Недавнее всеобщее воодушевление сменилось напряжением.

— Сегодня сложное время не

Говорят участники конгресса. Педиатр профилактического отделения поликлиники № 52 Москвы Раиса Мамонтова: *По возможности всегда такие конгрессы посещаю, чтобы рутину не затягивала. Здесь получаешь импульс для дальнейшей деятельности. Несмотря на выходные дни с удовольствием сюда хожу и слушаю выступления ведущих специалистов. Получила ответы на ряд волнующих меня вопросов, например, нужно ли назначать антибиотики в тех или иных случаях, имеет ли смысл назначение пробиотиков и т.д.*

только для педиатров, а для всего здравоохранения. Многие проблемы решаются с трудом, — заметил академик А.Баранов. — В финансировании происходят серьёзные изменения. С 2015 г. неонатальный скрининг, видимо, будет ассигноваться из местных бюджетов, а не из федерального, что вызывает опасения, поскольку большинство регионов дотационные. Полно и других проблем, среди них — лекарственное обеспечение, особенно больных орфанными заболеваниями.

— Проблем всегда было много, и сейчас их достаточно, — парировала Е.Байбарина. — Однако многие из них Минздрав решить не может, потому что не он управляет финансами. Но средства фонда ОМС увеличиваются, и довольно значительно.

Возможно, со временем всё образуется, но пока в связи с недофинансированием Программы государственных гарантий, а также дефицитом ресурсов и кадров возникают сложности с переходом на обязательные стандарты и порядки медицинской помощи.

— Порой руки опускаются, глядя на происходящее вокруг, — призналась в частной беседе доктор из многомиллионного мегаполиса. — Эта оптимизация доведёт до развала. Под окнами нашей больницы машины скорой помощи с больными детьми стоят по 2-4 часа, потому что в приёмном отделении работает один человек, и он не справляется с потоком пациентов. Ехать в другую больницу — это на противоположный конец города, значит, потребуются ещё 2 часа. Врачей стационаров вытесняют в поликлиническое звено, а там работать не на чем и некому. Участковым педиатрам приходится обслуживать по два участка.

Наиболее ярко выразил чаяния докторов президент Национальной медицинской палаты Леонид Рощаль:

— Когда посмотришь, что происходит сегодня в здравоохранении, становится грустно. Когда Минздрав России не работал в таких стеснённых финансовых условиях, как сейчас. Ощущаются веяния не на созидание, а на разрушение. До меня дошли слухи, что нависла угроза над Научным центром здоровья детей, над Российской детской клинической больницей. Мы теряем структуру. Закрываются детские больницы, сокращаются койки. Бастуют педиатры на участках: нагрузка на них колоссальная, заработная плата ей не соответствует. Вымываются кадры. Остающимся приходится работать всё больше и больше. Получается заколдованный круг. Но мы, педиатры, — оптимисты. В своё время уже пытались уничтожить педиатрию другим образом. Тогда удалось её отстоять. Надеюсь, отстоим и сейчас.

Как можно говорить о доступности и качестве оказания медицин-

ской помощи при таком дефиците кадров, какой существует нынче. Да, многое дала модернизация здравоохранения, построено немало больниц и для детей, и для взрослых, учреждения оснащены новым оборудованием. Но порой некому на нём работать.

— Устранение дефицита кадров должно быть поставлено во главу развития отрасли. Чтобы его ликвидировать, нужно повысить социальный статус врача, заработную плату, обеспеченность жильём (пусть оно будет служебное, но оно должно быть), — считает член Совета Федерации Людмила Козлова. — Согласно, что стационарная койка гораздо дороже и надо переходить на стационарозамещающие технологии, но прежде чем это сделать, следует хорошо всё взвесить. Потому что в ряде регионов амбула-

торно-поликлиническая база очень слаба (нет типовых поликлиник), следовательно, нужно создавать условия. Во многих субъектах для местных бюджетов это непосильная нагрузка.

Не добавляет оптимизма идея властей передать ряд федеральных учреждений на региональный уровень. Судя по слухам, это может коснуться и Научного центра здоровья детей, чего допустить никак нельзя. Передача его в ведение московского здравоохранения может поставить крест на педиатрии как науке: во всяком случае, на федеральном уровне она перестанет существовать, ведь уже реорганизован Московский НИИ педиатрии и детской хирургии (с передочинением РНИМУ им. Н.И.Пирогова). Научный центр здоровья детей идеологически формировался как федеральное учреждение, как научно-исследовательское учреждение, а не как больница!

— Меня, как и моих коллег, несколько озадачивает, что финансирование некоторых федеральных центров переносится на местный бюджет. Об этом нужно хорошо подумать, прежде чем окончательно решить вопрос, — полагает и Людмила Козлова.

Вместо заключения

И всё же надвигающиеся угрозы не испортили участникам конгресса праздник. В ходе форума состоялась церемония победителей конкурса «Лучший врач 2013 года» и «Лучшая медицинская сестра», а также конкурса научных работ молодых учёных. Призёрами последнего стали и интерны Саратовского государственного медицинского университета сёстры Светлана и Анна Кунины.

— Для нас награда Союза педиатров России очень значима, — поделились они радостью. — Наша работа называется «Здоровые молочные желёзы — со школьных лет». Темой маммологии занимаемся уже 4 года. В стране нет детско-подростковой маммологической службы, как не было в своё время гинекологической. А мы хотим, чтобы её создали, поскольку пришли к выводу, что вопросы маммологии очень актуальны не только для взрослых женщин, но и для детей.

Думается, пока есть такая молодёжь, как сёстры Кунины, у педиатрии есть будущее.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

НА СНИМКАХ: А.Баранов и Е.Байбарина во время исполнения гимна педиатров, которым открывается каждый конгресс; зал был полон; выступления вызвали большой интерес; благодарить докторов прибыли пациенты.

Фото Виктора БЕРЕЗКИНА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 17 (1784)

Эхинококкозы – хронически протекающие биогельминтозы, вызванные паразитированием в тканях и органах человека личиночной стадии цестод рода *Echinococcus*. Код болезни В67 (МКБ-10).

Двумя основными формами болезни у людей являются кистозный эхинококкоз (гидатидозный) и альвеолярный эхинококкоз. Инфицирование людей происходит при поглощении яиц паразита, содержащихся в заражённых пищевых продуктах, воде или почве, или при прямом контакте с животными, являющимися хозяевами паразита.

Распространённость

Так, в 2000 г. на Международной конференции по наступающим паразитарным болезням, организованной НАТО в Познани, наряду с цистицеркозом назывались эхинококкозы человека. В 2005 г. в Кении на XXI Международном конгрессе по цистозному эхинококкозу открывший его один из ведущих паразитологов Питер Шантц подчеркнул о возрастающем числе случаев эхинококкоза в мире. По данным ВОЗ, из 50 млн человек, ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 млн причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания. Этот класс болезней остаётся ведущим в структуре причин смерти человечества в XXI веке и занимает в разных странах второе-третье, а иногда и первое место. При этом, по оценке Всемирного банка, экономический ущерб занимает четвертое место среди прочих болезней и травм. Учитывая важность проблемы, 66-я сессия ВОЗ в 2013 г. утвердила стратегию борьбы с геогельминтами. Согласно протоколу ВОЗ, недавние исследования, проходившие в Европе и Азии, выявили, что возбудитель эхинококкоза человека более распространён в северном полушарии, чем считалось ранее. Цистный эхинококкоз регистрируется на всех континентах, в том числе во всех странах Восточной Европы (Эстонии, Латвии, Белоруссии, Польше, Чешской Республике, Словакии, Румынии).

Кистозный и альвеолярный эхинококкоз приносят значительный ущерб для здравоохранения и экономики всего мира. Коэффициент постоперационной смертности составляет в среднем 2,2%, а в 6,5% случаев после операции наблюдаются рецидивы, требующие и длительного восстановительного периода. По последним оценкам, кистозный эхинококкоз ежегодно приводит к потере от 1 до 3 млн ДАЛИ. Один ДАЛИ (год жизни, скорректированный на инвалидность) можно рассматривать как один потерянный год «здоровой» жизни. Ежегодные затраты, обусловленные кистозным эхинококкозом, связанные с лечением пациентов и убытками в животноводческом производстве, оцениваются в 3 млрд долл. Альвеолярный эхинококкоз ежегодно приводит к потере примерно 650 тыс. ДАЛИ, причём основное бремя болезни сконцентрировано в западной части Китая.

Ситуация по паразитарным заболеваниям в России остаётся сложной. За последние 5 лет произошёл 3-кратный рост заболеваемости населения эхинококкозом (при этом около 15% составляют дети до 14 лет). По информации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в 2012 г. заболеваемость населения эхинококкозом на территории РФ увеличилась на 7,9% по сравнению с 2011 г. В подтверждение этому можно отметить, что в 2012 г. было зафиксировано 580 случаев (0,41 на 100 тыс. населения) эхинококкоза в 62 регионах, включая 2 летальных исхода, а в 2011 г. было зарегистрировано 536 случаев (0,38 на 100 тыс. населения) в 61 регионе, в том числе 3 смерти.

Высокая заболеваемость эхинококкозом регистрируется в Ямало-Ненецком (5,36 на 100 тыс. населения), Чукотском (1,99) автономных округах, Карачаево-Черкесской Республике (3,97), республиках Алтай (1,94), Калмыкия (1,4), Саха (Якутия) (1,26), Башкортостан (1,63), Оренбургской (2,31), Саратовской (1,78), Курганской (1,35) областях. Гиперэндемичными очагами эхинококкозов являются Камчатская, Магаданская области, Чукотский и Корякский автономные округа, Республика Саха (Якутия), Уральский район и Северо-Кавказский регионы, Красноярский край. В настоящее

время данные паразитозы зарегистрированы в 73 субъектах Российской Федерации из 89.

Эпидемиология

Червь эхинококка в половозрелом состоянии паразитирует в основном в кишечнике окончательного хозяина – собаки. Окончательными хозяевами эхинококка могут быть также куницы, хорьки, рысь, лисица, шакалы, волки, но они не имеют практического значения в патогенезе заболеваний человека. Количество паразитов

Эхинококкозы

в организме окончательного хозяина может достигать нескольких тысяч. Паразит имеет головку-сколекс с четырьмя присосками и двойную корону крючьев, короткую шейку и 3-4 проглоттиды, последняя из которых имеет матку со зрелыми яйцами-онкосферами паразита. Количество яиц достигает 400-800. Каждое яйцо имеет плотную хитиновую оболочку и содержит личинку. Яйца эхинококков выделяются в окружающую среду, где их поедают промежуточные хозяева (овцы, коровы, свиньи и верблюды). В их организме развивается промежуточная стадия паразита – кистозная. После гибели или забоя промежуточных хозяев больные органы животных поедают собаки, в организме которых затем развиваются половозрелые черви.

Цикл развития эхинококка

Человек является промежуточным хозяином, заражаясь эхинококком при случайном поедании яиц паразита при употреблении дикорастущих ягод, воды из загрязнённых водоёмов или при контакте с инвазированными животными (обработка шкур, уход за животными), поэтому заболевание чаще встречается в определённых профессиональных группах (охотники, пастухи, работники скотобоев, члены их семей). После попадания яиц эхинококка в организм человека их оболочка под влиянием желудочного сока растворяется, и освободившаяся личинка проникает через желудочную или кишечную стенку в ток крови и заносится в мелкие капилляры печени. У 80% заражённых пациентов она там застревает и начинает развиваться. У человека уже на 7-е сутки в печени образуется пузырёк, который через месяц достигает размеров 1 мм, к 3 месяцам – 5 мм в диаметре, через 5 месяцев размер её удваивается и в просвете появляется жидкость, к этому же времени вокруг кисты формируется фиброзная капсула. В дальнейшем рост личинки происходит очень медленно и зависит от многих причин: патогенности штамма, состояния макроорганизма, его реактивности, иммунитета. К факторам, ускоряющим рост эхинококка, относятся травмы, беременность, системные заболевания. В поражённом органе может развиваться одна киста (солитарное поражение) или несколько (множественный эхинококкоз), размеры кист значительно варьируют: от 1-5 до 40 см и более в диаметре. Эхинококковая киста растёт экспансивно, отодвигая и сдавливая ткани хозяина, которые атрофируются и некротизируются.

Развитие эхинококковой кисты в печени

Независимо от размеров пузырей эхинококка состоит из трёх слоёв и заполнен прозрачной опалесцирующей жидкостью иногда до 12 л с небольшим содержанием солей и янтарной кислоты. Внутренняя стенка материнского пузыря представляет собой ростковый слой и изнутри выстлана эпителием. Снаружи от него имеется белая, похожая на перламутр, хитиновая оболочка (продукт жизнедеятельности паразита). Для паразита характерен аппозиционный рост – он растёт, раздвигая, сдавливая окружающие ткани. Питается он за счёт веществ, извлекаемых из тканевой жидкости и крови хозяина.

По мере увеличения из ростковой зоны внутрь пузыря отпочковываются вторич-

ные – дочерние пузыри и сколексы-головки паразита, свободно плавающие в эхинококковой жидкости материнского пузыря в виде эхинококкового песка. Кубический миллиметр эхинококкового песка содержит около 400 тыс. сколексов, а литр жидкости из эхинококкового пузыря – 2-3 мл эхинококкового песка. При прорывах пузыря в брюшную или плевральную полости сколексы из эхинококкового песка и дочерние пузыри имплантируются в местах заноса, где начинает развиваться пузырь, аналогичный материнскому.

Пути распространения и цикл развития для альвеолококка очень схож с эхинококком. Особенности альвеолококка являются инфильтративный рост и способность к метастазированию, что сближает данное заболевание со злокачественной опухолью.

Существуют различные штаммы эхинококков, адаптированных к разным промежуточным и окончательным хозяевам. На основании молекулярно-генетических ис-

следований полиморфных вариантов генов паразитов выделены различные генотипы (штаммы), обозначенные в порядке от G1 до G10. На территории России до сих пор нет чёткой картины генотипической специфичности в распространении биологических вариантов как *Echinococcus granulosus*, так и *Echinococcus multilocularis*. Наиболее высокопатогенным для человека является штамм G1.

Патогенез

Известно, что в патогенезе данного заболевания играют роль целый ряд типовых патологических процессов, связанных как с сенсibiliзирующими, так и с механическими факторами. Установлены активация свободно-радикального окисления, увеличение содержания нитритов и снижение антиоксидантной активности крови у лиц, инвазированных личинками эхинококка. Паразиты, выступая в роли экзогенных флогогенов, вызывают целый ряд явлений, характерных для воспаления. Следовательно, ещё во время первой, бессимптомной стадии заболевания инициируется выработка пептидных медиаторов – цитокинов, с помощью которых соматические клетки организма получают сигнал о повреждении и агрессии. Во второй стадии заболевания, как правило, появляются такие симптомы, как слабость, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, тошнота и рвота, иногда нарушение стула, кратковременные, проходящие эпизоды повышения температуры. Это клинические проявления так называемого ответа острой фазы – быстрой координированной перестройки обмена веществ, нейроэндокринной регуляции и функции различных органов и систем, цель которой – интенсифицировать использование энергии, сдерживать масштабы аллергии, создавать неблагоприятные условия для внедрившегося агента, потенцируя действие стрессорных и иммунных стереотипов защиты. Таким образом, данный системный ответ предвещает выработку каких-либо специфических антител и селекцию клонов специфических лимфоцитов. Характерным является также усиленное развитие соединительной ткани, образующей фиброзную стенку паразитарной кисты. Следовательно, патогенетическим базисом клинических проявлений общинфекционного синдрома заболевания является развитие воспалительного и аллергического ответов организма на чужеродный агент.

Для многих гельминтозов и эхинококкоза, в частности, характерны сравнительно медленное развитие болезни, хроническое течение, нередко с длительной компенсацией. При этом происходят сложные процессы в системе «паразит – хозяин», сопровождающиеся нарушением обмена веществ, в частности липидного обмена, усилением свободнорадикальных и перекисных процессов, дефицитом образования компонентов антиоксидантной защиты. Эти нарушения приводят к неадекватности реакций внутренней среды организма, являющихся источником токсических влияний, что становится основой формирования эндогенной интоксикации.

Классификация

Предложено несколько классификаций эхинококкоза печени. Наибольшее распространение получила классификация

А.Мельникова, который в течение эхинококкоза выделяет:

- бессимптомную стадию;
- стадию прогрессирующего роста паразита;
- стадию осложнений.

О.Милонов (1972) также делит течение процесса на три стадии, но бессимптомную назвал начальной, а вторую определяет с подробным перечислением клинических проявлений инвазии.

Л.Левин и С.Непомнящая (2003) обозначают стадии процесса как начальную, развёрнутую и терминальную, во время которой развиваются осложнения.

В 1980 г. В.Глумов впервые сформулировал наиболее полную классификацию эхинококкоза, хотя, на мой взгляд, она трудна в использовании.

1. По патогенетическому принципу:
– первичный (поражение органов, указать локализацию);
– вторичный (диссеминированный, рецидивирующий и метастатический).

2. По числу, величине и сегментарному расположению ларвацист (однокамерный или многокамерный).

3. По топографии кисты в органе:

- подкапсульный;
- поддиафрагмальный;
- периферический;
- центральный.

4. По клинко-анатомическим формам:

- неосложнённый;
- осложнённый (гноинодеструктивный холангит и перихолангит, хронический персистирующий гепатит, паразитарный цирроз, желтуха, портальная гипертензия, прорыв кисты, нагноение кисты, сепсис).

5. По стадиям клинического течения:

- бессимптомная стадия;
- стадия начальных проявлений;
- стадия выраженных проявлений;
- стадия осложнения.

На сегодня, можно уверенно сказать, что универсальная классификация эхинококкоза печени не скоро появится. Это связано с постоянным развитием знаний по течению, диагностике и лечению эхинококкоза. Например, Ф.Назыров и Ф.Ильхамов (2005), имеющие огромный опыт лечения пациентов с эхинококкозом, предложили свою подробную классификацию этого заболевания. Однако данная классификация, несмотря на некоторую перегруженность, достаточно полно отражает основные патологические процессы, протекающие в печени при эхинококкозе.

Клинко-морфологическая классификация эхинококкоза печени по Ф.Назырову и Ф.Ильхамову

1. По морфологии ларвоцисты:

- *Echinococcus veterinorum*;
- *Echinococcus hominis*;
- *Echinococcus acephalocystis*.

2. По количеству кист:

- одиночный;
- множественный;
- с поражением одной доли;
- с поражением обеих долей.

3. По наличию сочетанного поражения других органов:

- изолированное поражение печени;
- сочетанное поражение других органов.

4. По диаметру кист:

- малые (до 5 см);
- средние (6-10 см);
- большие (11-20 см);
- гигантские (21 см и более).

5. Посегментная локализация кист:

- I-VIII сегменты.

6. По особенностям локализации кист:

- краевая локализация;
- кисты диафрагмальной поверхности;
- кисты висцеральной поверхности;
- внутрипаренхиматозные кисты;
- кисты в области ворот печени;
- кисты, занимающие всю долю печени.

7. По наличию и виду осложнений:

- неосложнённая форма;
- осложнённая форма:
- нагноение кисты;
- прорыв в билиарные протоки (1-й тип – с выраженной клиникой, 2-й тип – со стёртой клиникой, 3-й тип – бессимптомный);
- прорыв в брюшную полость;
- прорыв в плевральную полость;
- сдавление желчных путей с механической желтухой;
- портальная гипертензия;
- обызвествление;
- сочетанные осложнения;
- редкие виды осложнений.

8. По происхождению:

- первичный;
- рецидивный;
- имплантационный.

Клиника

Для клинической картины эхинококкоза характерна полиморфность симптомов, которые определяются особенностями локализации кисты, размером и скоростью роста, множественностью и степенью травматизации окружающих тканей. Латентный период от момента заражения до появления первых клинических симптомов может варьировать от нескольких месяцев до десятилетий. Зачастую весь период протекает бессимптомно и выявление кисты происходит случайно во время проведения инструментальных методов диагностики (УЗИ, МСК, МРТ). Чаще манифестация заболевания возникает после беременности, родов, интеркуррентных заболеваний. Первичные симптомы паразитарной инвазии неспецифичны (аллергические проявления, астенический синдром, субфебрилитет) и настороженности у врачей не вызывают. При локализации кисты в правой доле печени болевой синдром сходен с таковым при холецистите. Субъективно пациенты отмечают давящие, острые боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо или спину, тошноту, слабость, снижение аппетита. При локализации кисты в левой доле часто отмечают изжогу, отрыжку, рвота. Печень при пальпации увеличена, плотная (при локализации пузыря в глубине паренхимы) или мягкая и эластичная (при поверхностном расположении кисты). Диагностически важен симптом Любимова – выявление очень плотного (каменистой плотности) образования в области печени. Некоторые больные обнаруживают узел у себя сами, но из-за небольших размеров он пальпаторно выявляется не сразу. Легче определяются узлы в левой доле печени. При сдавлении кистой желчных путей может возникнуть механическая желтуха, возможны холангиты, а в последующем и развитие билиарного цирроза печени. Наиболее часто расположено кисты – в правой доле печени, но по нашим данным (около 15% наблюдаемых больных), в последнее время стали регистрироваться случаи локализации процесса в воротах печени.

Клинический пример 1: Пациентка 34 лет (65 кг) живёт в городе, имеет собаку; обратилась в поликлинику к терапевту 6 апреля 2010 г. с жалобами на кожный зуд в течение 3 последних лет. При дальнейшем обследовании (УЗИ печени) обнаружено полостное образование в диаметре 3 см в воротах печени; методом ИФА обнаружены антитела к антигенам эхинококка (титр 1 : 200, в динамике 1 : 600). Был поставлен диагноз «эхинококкоз печени». Оперативное лечение провести невозможно. Консультирована врачом-инфекционистом, назначен противопаразитарный курс: альбендазол 400 мг по 1 таблетке 2 раза в день – 28 дней, далее перерыв на 14 дней (3 курса в год). Через 2 года лечения отмечена положительная динамика (уменьшение размеров кисты).

Клинический пример 2: Больная М., 46 лет. С 2002-2003 гг. отмечала выраженные давящие боли в правом подреберье, слабость, снижение веса на 10 кг. Во время обследования в поликлинике по месту жительства выявлен эхинококкоз печени. Больная

была прооперирована, дегельминтизации не проводилось. Обращает внимание, что с момента операции сохраняется свищ в проекции ворот печени. Больная постоянно наблюдается у хирурга, проводится санация раны. С 2009 г. по данным УЗИ брюшной полости диагностируется рецидив кисты печени (в проекции ворот печени лоцируется неоднородное образование с неровным контуром 57 x 50 мм). При серологическом обследовании обнаружены положительные антитела к эхинококку. Однако к инфекционисту пациентка обратилась только в июне 2011 г. Назначен курс немазола 400 мг (по 1 таб. 1 раз, 21 день 3 курса с интервалом 4 недели). Диагноз: эхинококкоз печени, послеоперационный свищ, рецидив.

Альвеококкоз лёгких

Проявления эхинококкоза лёгких определяются локализацией кисты. Даже небольшая киста, расположенная вблизи плевры, рано проявляет себя болевым синдромом, а при локализации у бронхиального ствола клинические симптомы проявляются упорным сухим кашлем, кровохарканьем, одышкой. Клиника обусловлена сдавлением тканей лёгких, сосудов, бронхов растущей кистой. Грозным осложнением является нагноение и разрыв кисты с последующей диссеминацией процесса. При прорыве в бронх кашель усиливается, удушье, цианоз и развитие аспирационной пневмонии. На сегодня, по нашим данным (около 1% пациентов), отмечаются случаи поражения по всем полям лёгких с формированием множественных кист. Такие пациенты чаще попадают в поле зрения к фтизиатрам.

Клинический пример 3: Больная Ф., 20 лет. Во время медицинского осмотра в марте 2010 г. выявлено объёмное образование в правом лёгком. Пациентка первоначально госпитализирована в противотуберкулёзный диспансер с подозрением на диссеминированный туберкулёз лёгких, хотя роста микобактерий при обследовании мокроты не обнаружено. Больной проводилась специфическая терапия, без эффекта. Проведена КТ-диагностика брюшной полости – диагностированы объёмные образования печени, яичников. Для исключения эхинококкоза назначено серологическое исследование – ИФА (отрицательный), исследование на альвеококкоз не проводилось. Консультирована торакальным хирургом, гинекологом – показаний для экстренного оперативного лечения нет. В декабре 2010 г. пациентка госпитализируется в торакальное отделение больницы по поводу болей в грудной клетке и длительной лихорадки после перенесённого ОРЗ, где впервые и была выявлена генерализованная форма альвеококкоза с поражением печени, яичников и лёгких с явлениями распада в правом лёгком. Проведена торакотомия, при гистологическом исследовании диагноз альвеококкоза лёгких был подтверждён. Проводилась консервативная антибактериальная терапия, послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением. Антигельминтная терапия не назначалась. С мая 2011 г. на учёте у инфекциониста, в этот период начат первый курс альбендазола по 400 мг 2 раза

в сутки по схеме. Проведено дополнительное обследование и выявлено очаговое поражение головного мозга в области лобной доли. Диагноз: генерализованная форма альвеококкоза с поражением лёгких, яичников, печени и головного мозга.

Эхинококкоз почек нередко диагностируется лишь при выявлении эхинококкурии. Обнаружению обрывков сколексов в осадке мочи могут предшествовать тянущая боль в поясничной области, дизурические симптомы.

Значительно реже встречаются **эхинококкоз головного мозга, средостения, молочной железы, кишечника, крайне редко – костей, подкожной клетчатки**. При эхинококкозе других органов уже маленькие кисты могут давать выраженную симптоматику, сходную с объёмным поражением.

К сожалению, по результатам наших исследований, 46-48% пациентов, наблюдаемых в центре диагностики, лечения и профилактики эхинококкозов и других паразитарных заболеваний, являются, по существу, упущенными диагностическими случаями с рецидивами и неоперабельными формами эхинококкозов.

Диагностика

Диагностика эхинококкоза на начальных стадиях затруднена из-за стёртости и неспецифичности клинических проявлений и основывается на анализе данных рентгенологических исследований, УЗИ, МСК, МРТ-диагностики. Например, при размерах кисты до 30–40 мм (что чаще свидетельствует о её молодом возрасте) эти признаки слабо выражены, и это чрезвычайно затрудняет дифференциальную диагностику. При небольших кистах более информативна магнитно-резонансная томография, позволяющая в большинстве наблюдений выявить описанные выше характеристики паразитарной кисты.

Широко используют реакции непрямой гемагглютинации, латексагглютинации, иммуноферментный анализ. Метод ИФА является методом косвенным, необходимо контрольное динамическое исследование. Серологические реакции становятся положительными на 7-21-й день после заражения, максимальные титры обнаруживаются на 60–150-й день. Диагностические титры для ИФА 1 : 400 и выше. Внутривенную пробу с эхинококковым антигеном (реакции Каццони) проводить нецелесообразно ввиду частого развития тяжёлых аллергических реакций, особенно при повторных исследованиях.

Лечение

Оперативное лечение является основным методом. В случаях множественных поражений кистами небольших размеров (не более 3-5 см) печени, лёгких и других органов, при которых оперативное вмешательство сопряжено с высоким риском для жизни больного и невозможно технически, проводится химиотерапия. Но с учётом высокого процента рецидивов необходимо противорецидивное лечение химиопрепаратами после операции. Протипаразитарное ле-

чение данного заболевания в настоящее время проводят альбендазолом (10 мг/кг в сутки), 28 дней с интервалом 2-4 недели до 3-6 курсов в год. При осложнённых и (или) неоперабельных формах заболевания возможно применение альбендазола пожизненно. Если поражение носит ограниченный характер, радикальная хирургия приводит к излечению. Эффективность лечения оценивают с помощью инструментальных методов и анализа динамики титра специфических антител.

Диспансерное наблюдение

Больные с эхинококкозом и альвеококкозом подлежат диспансерному наблюдению у инфекциониста по месту жительства или в специализированном учреждении в течение 5-10 лет (при альвеококкозе – пожизненное наблюдение). Пациенты проходят обследование: контроль общего анализа крови и мочи, биохимического анализа крови – после каждого курса альбендазола (учитывая побочные эффекты химиотерапии). ФЛГ и УЗИ брюшной полости 1 раз в 6-12 месяцев.

Совершенствование инфекционной службы подразумевает укрепление специализированной помощи на амбулаторном этапе, преемственность между стационарами и амбулаторно-поликлиническим звеном, а также приближением высококвалифицированной и специализированной помощи к населению. В связи с этим в Красноярском крае в 2012 г. был создан краевой кабинет диагностики, лечения и профилактики эхинококкозов и других паразитарных заболеваний на базе кабинета инфекционных заболеваний поликлиники многопрофильной краевой больницы. Создан реестр этих больных, которые направляются на диспансерный учёт в кабинете. В течение года на диспансерный учёт было поставлено 195 пациентов в возрасте от 14 до 75 лет. К сожалению, у многих пациентов при постановке на учёт болезнь диагностировалась на запущенной стадии, причём у 47% наблюдаемых больных это неоперабельные формы эхинококкозов. В крае внедрён алгоритм оказания медицинской помощи больным: при подозрении на эхинококкозы (по результатам обследования или после оперативного вмешательства ранее) пациент направляется из районов края в краевой кабинет для постановки на учёт и проведение серологических и других инструментальных методов диагностики для подтверждения диагноза, а также определения тактики лечения. Можно резюмировать, что с организацией кабинета данная категория больных будет находиться под постоянным патронажем. Поэтому необходимо продолжать создание центров по профилактике, диагностике и лечению эхинококкозов в эндемичных районах страны.

Елена ТИХОНОВА,
заведующая кафедрой инфекционных
болезней и эпидемиологии с курсом
ПО Красноярского государственного
медицинского университета
им. В.Ф.Войно-Ясенецкого,
профессор.

Надежда МАСЛЕННИКОВА,
врач-инфекционист Красноярской краевой
клинической больницы.

Опубликована информация о заражении вирусным гепатитом E двух пациентов французского госпиталя, которым была перелита кровь инфицированного донора. Примечательно, что плазма после заготовки прошла специальную противовирусную обработку амотосаленом и ультрафиолетовым облучением.

Вирус гепатита E (ВГЕ) – небольшой безоболочечный вирус, обычно передающийся энтеральным путём, хотя описаны и случаи передачи ВГЕ с кровью инфицированных доноров. ВГЕ-инфекция обычно протекает в виде доброкачественного острого гепатита. ВГЕ может вызывать фульминантный гепатит, в частности у беременных и пациентов с предшествующим заболеванием печени. Иногда, особенно на фоне иммунодепрессии, развивается хроническая ВГЕ-инфекция.

Методы инактивации патогенов (вирусинактивация) в компонентах донорской крови показали свою эффективность в отношении различных инфекционных агентов. Одним из таких методов является комбинация обработки амотосаленом и ультрафиолетом А (Intercept, интерсепт) для блокады репликации нуклеиновых кислот.

Французские коллеги сообщили о двух случаях передачи ВГЕ с двумя дозами интерсепт-обработанной плазмой одного донора.

Пациент 1. Мужчина 36 лет с хронической почечной недостаточностью. Ему была вы-

Заражение вирусным гепатитом E после переливания крови инфицированного донора

полнена пересадка почки, с последующим острым гуморальным отторжением, которое лечили плазмообменами. В марте – июне 2012 г. было перелито 59 продуктов крови. В июне 2012 г. развился печёночный цитолит. Диагноз гепатита E поставили в октябре, когда обнаружили РНК ВГЕ и слабореактивные антитела класса IgM к ВГЕ. В июне 2013 г. вирусемия сохранялась, и пациенту был назначен рибавирин. РНК ВГЕ в день трансплантации отсутствовала и у реципиента и у донора почки, но была обнаружена в образце крови от донорки интерсепт-инактивированной свежзамороженной плазмы (СЗП).

Пациент 2. Мужчина 61 года с алкогольным циррозом печени. В августе 2012 г. ему была выполнена пересадка печени. Инфекция ВГЕ была выявлена в феврале 2013 г., когда обнаружили РНК ВГЕ в отсутствие соответствующих антител. В апреле 2013 г. вирусемия сохранялась, и пациенту был назначен рибавирин. Пациент получил 72 продукта крови. РНК ВГЕ в день трансплантации отсутствовала и у реципиента, и донора печени, но была обнаружена в образце крови от той же донорки СЗП, что и у пациента 1.

Все другие образцы донаций для этих пациентов были ВГЕ-отрицательными (по результатам ретроспективного исследования архивных образцов плазмы, отобранных в день донации).

Установлено, что инфицированные образцы получены от одной донорки аферезной плазмы, которая после обработки амотосаленом/ультрафиолетом А была разделена на 3 дозы. 2 из этих доз были перелиты вышеупомянутым пациентам, а третья – пациенту, умершему через 2 дня после трансфузии.

И пациенты, и донор были инфицированы штаммом ВГЕ генотипа 3f со строгой гомологией открытых рамок считывания генома ORF2 и ORF3, что является доказательством идентичности вирусов и, соответственно, передачи ВГЕ с интерсепт-обработанной плазмой одного донора не менее чем 2 пациентам. Донор – 32-летняя женщина без каких-либо факторов инфицирования ВГЕ, которые можно было выявить в день донации.

Авторы сделали выводы:

1) ВГЕ устойчив к интерсепт-вирус-инактивации.

2) ВГЕ становится значимой причиной посттрансфузионных гепатитов.

3) во Франции следует рассмотреть необходимость скрининга ВГЕ у всех доноров, либо у группы доноров крови, которая будет перелита пациентам высокого риска.

Для нашей практики также важно обратить внимание на необходимость:

– переливания плазмы только по строгим показаниям;

– минимизации донорского воздействия на реципиента (в описанном случае все 3 дозы плазмы могли быть перелиты одному реципиенту);

– внедрения архивирования образцов донорской крови;

– исследования случаев посттрансфузионных гепатитов с геномным анализом (пока у нас анализируются только случаи посттрансфузионной ВИЧ-инфекции);

– совершенствования методов обследования доноров и инактивации патогенов.

Евгений ЖИБУРТ,
заведующий кафедрой трансфузиологии,
профессор.

**Национальный медико-хирургический
центр им. Н.И. Пирогова.
По материалам Blood.**

В мире, по разным экспертным оценкам, известно около 30 тыс. редких заболеваний. Среди них – болезнь Гоше, мукополисахаридозы, болезнь Фабри, прогрессирующая костная гетероплазия и др. Для многих болезней из списка «сиротских» не существует эффективного лечения, и прогнозы неутешительны. Правительства разных стран финансируют социальные программы, чтобы выпуск орфанных лекарств был привлекательным. Но не все фармацевтические компании берутся за их разработку, поскольку это невыгодно. С другой стороны, те препараты, которые уже разработаны, не всегда доступны пациентам из-за их высокой стоимости. Именно теме «сиротских лекарств» была посвящена пресс-конференция «Лекарственное обеспечение пациентов с редкими заболеваниями в России», которая прошла в ИТАР-ТАСС накануне Международного дня редких заболеваний.

Никто не виноват

Определение редкого заболевания варьирует в законодательствах разных стран. В России понятие «орфанное заболевание» впервые было определено в 2012 г. в Законе «Об основах охраны здоровья граждан» – это заболевание с распространённостью 1 человек на 10 тыс. населения.

– Мы должны в обществе проводить концепцию о том, что не семья виновата, что в ней родился ребёнок с редким заболеванием, а всё общество, – отметил Пётр Новиков, доктор медицинских наук, главный специалист по медицинской генетике Минздрава России, руководитель отдела наследственных заболеваний Московского НИИ педиатрии и детской хирургии. – И всё общество должно помогать семье больного, будь то ребёнок или взрослый человек.

По словам учёного, в последние годы в стране многое сделано для того, чтобы люди с редкими заболеваниями могли получить качественное лечение. Однако даже при грамотной доступной терапии лечение редкого заболевания – это очень длительный процесс. «Более 80% редких заболеваний генетически обусловлены и для лечения большинства из этих состояний ещё не разработаны лекарственные препараты, поэтому не стоит ждать быстрого решения проблемы. В среднем в год разрабатывается и внедряется в практику лечения орфанных заболеваний не более 5-6 новых препаратов», – подчеркнул П.Новиков.

Основная проблема, с которой сталкиваются люди с редкими заболеваниями, это трудности, связанные с диагностикой, поиском квалифицированного специалиста, наличием достоверной информации о болезни и пониманием врачей, как правильно вести таких пациентов.

Проблемы и решения

Сиротская доля

Лечить редкие заболевания дорого. Но если эти затраты – не расходы, а инвестиции?



– Знаете, почему фотографии российских пациентов помещаются в медицинские учебники? За рубежом эти болезни диагностируют рано и не дают развиваться патологическим изменениям, – с горечью констатировала Лейла Намазова-Баранова, член-корреспондент РАМН, заместитель директора Научного центра здоровья детей РАМН. – У нас же в стране диагностика катастрофически запаздывает, и нередко заболевание выявляется на той стадии, когда больному уже сложно помочь.

подобрана соответствующая медикаментозная терапия, индивидуальный комплекс физической активности, физиотерапии, с ним работают педагоги и психологи. Именно такой мультидисциплинарный подход позволяет достичь результатов и даёт возможность детям с орфанными заболеваниями начать жить обычной жизнью своих сверстников. По мнению Л.Намазовой-Барановой, систему работы с пациентами, разработанную в центре, необходимо внедрять и в других регионах страны.

Попасть в список

В последнее время тема редких заболеваний вызывает всё больше дискуссий. Главными вопросами остаются размеры и источники финансирования дорогостоящих лекарственных препаратов для терапии данной группы пациентов, а также перечень нозологий, входящих в государственные программы бюджетного лекарственного обеспечения.

Общее количество орфанных

заболеваний всё наоборот. Регионы будут тянуть до последнего, потому что с включением пациента в регистр наступает юридическая ответственность по обеспечению его лекарственными препаратами. А это – «приговор» региональному бюджету, – отметил Ю.Жулёв.

Идите в... суд

В некоторых регионах единственным способом получения медицинской помощи для орфанных больных становится суд. Но судебные тяжбы могут тянуться годами, и далеко не все пациенты выдерживают такой «марафон» и доживают до выписки бесплатных лекарств. Нередко губернаторам проще купить таким больным квартиру в Москве, чем пожизненно обеспечивать их необходимыми лекарствами и лечением на средства регионального бюджета.

Сегодня орфанных больных в столице столько, что это уже похоже на эпидемию, отметила Лариса Попович, директор Института экономики здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики». По её словам обеспечение лекарствами является приоритетным в развитых странах мира. И хотя затраты на лечение орфанных пациентов намного выше, чем при обычной терапии, в других странах на них направляется не больше 3% средств. В России затраты на лечение орфанных заболеваний составляют 15%, но в абсолютных цифрах это в разы меньше, чем, скажем, в Германии или Великобритании.

Включение в раннюю диагностику и лечение людей с орфанными заболеваниями Л.Попович считает «колоссальным выигрышем» для любого общества: «Если нет возможности делать прямую бюджетные вложения, то нужно привлекать благотворительные фонды, разрабатывать механизмы государственно-частного партнёрства, так называемое разделение рисков с производителями, как это делается во всём мире. Необходимо пересмотреть отношения к приоритетам в государственной политике, понять наконец, что вложения в здравоохранение – не расходы, а невероятно рентабельные инвестиции», – заключила эксперт.

НА СНИМКЕ: в лаборатории неонатального скрининга.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Изъяты!

«Огласите весь список, пожалуйста...»

Росздравнадзор опубликовал традиционный антирейтинг производителей лекарственных средств – перечень компаний, на продукцию которых в 2013 г. поступило наибольшее количество рекламаций.

В «чёрный список» попали 11 российских и 9 зарубежных компаний. Лидером по объёму забракованной продукции среди российских производителей стало ОАО «Биохимик»: 21 серия 7 торговых наименований ЛС, произведённых на этом предприятии, были отозваны с рынка. На втором и третьем месте – ООО «Асфарма» и ЗАО «Эколаб» (16 серий 2 торговых наименований и 11 серий 3 торговых наименований, соответственно).

Среди импортёров чаще других некачественные препараты поставляли «Берингер Ингельхайм Эллас А.Е.» (Греция), «Шаньдун Шэнлу Фармасьютикал Ко.Лтд.» и «Сишуи Ксирканг Фармасьютикал Ко.Лтд.» (Китай), а также украинские, белорусские, вьетнамские, казахстанские и индийские производители.

Основными причинами выбраковки лекарственных препаратов является несоответствие известной триаде требований: описание, упаковка, маркировка. Отечественные компании помимо этого «отличились» расхождением по микробиологической чистоте, отклонениям по массе, цветности, pH, распадемости, растворению, пирогенности и ряду других показателей.

Значительное увеличение количества серий лекарственных средств, которые изымаются с рынка самими производителями, связано с отсутствием должной системы контроля качества на их производствах, считает начальник Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Валентина Косенко. Это мнение она высказала, выступая на Международной конференции «Фармбизнес в России – 2014».

– До настоящего времени в государственной системе контроля качества лекарственных средств отсутствовал основной элемент – соответствие производителя международным правилам надлежащей производственной практи-

тики. Теперь, когда работа в соответствии с правилами GMP стала необходимым условием для всех российских фармпредприятий, мы можем говорить о завершении очередного важного этапа реформирования данной системы, – подчеркнула В.Косенко.

По её словам, российские фармпроизводители принимают решение об отзыве своей продукции только после того, как Росздравнадзор забракует очередную серию лекарственных средств. Кроме того, растёт число недоброкачественных препаратов зарубежного производства.

Так, в 2013 г. Росздравнадзором было изъято из обращения 225 наименований 388 серий недоброкачественных лекарственных препаратов. Всего более 2,8 млн упаковок – цифра весьма внушительная.

Кроме того, было выведено из обращения 19 наименований 48 серий контрафактных препаратов. Основанием для изъятия стали отмена госрегистрации препарата и исключение его из Госреестра ЛС, неподтверждение производителем выпуска лекарства в гражданский оборот, реализация

препарата по документу о качестве, идентификация которого не подтверждена производителем.

В начале 2014 г. Росздравнадзор разослал письма более чем 150 держателям регистрационных удостоверений на лекарственные препараты, в которых указывается на необходимость внесения изменений в документацию по качеству.

– В ходе контрольных мероприятий выявлено, что имеется множество ошибок в расчётах, текстах и воспроизводимости методики. Мы обязательно проконтролируем, чтобы необходимые изменения в документацию были внесены, и если эти ошибки производители не устранят, то такие лекарственные средства будут браковаться, – пояснила представительница ведомства.

Оборот фальсифицированных лекарственных препаратов составляет примерно 0,01% от общего числа серий, ежегодно поступающих на рынок. В 2013 г. контролирующими органами было выявлено 12 наименований 19 серий фальсифицированных ЛС.

Материалы подготовила
Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Черепки – черепа...

Желание посвятить себя судмедэкспертизе родилось у Натальи Александровны в медицинском вузе. А вот истоки, побудительный момент она, по зрелом размышлении, отыскала в прошлом. Ну как тут не подключить дедушку Зигмунда Фрейда? Докопалась-таки, вспомнила, как ещё в 4-м классе, оставшись одна дома во время болезни, смотрела по телевидению научно-популярные и образовательные программы. Внимание привлекли передачи об археологических раскопках, в ходе которых учёные извлекали из очередного культурного слоя какие-то черепки. Это заинтриговало, она даже почувствовала, что начала выздоравливать. Тогда ещё не понимала, что же ей больше интересно – черепки или черепа... Захватило, что из старины, из глубиной тайны можно добыть такие следы материальной культуры, по которым впоследствии восстановить целостную картину.

И уже обучаясь на медико-профилактическом факультете Первого Мёда почувствовала настоятельное тяготение начать заниматься черепками – черепами... Кстати, ей пришлось побороться, ведь с медпрофа не брали в судебную медицину, поскольку факультет-то не лечебный. Но она добились. На 3-м курсе познакомилась с преподавателями, которые и увлекли своей специальностью. Начала посещать кружок по судебной медицине – раз, другой, и с тех пор уже не мыслила себя вне этой увлекательной профессии, которая открывает новые горизонты для научных исследований, аналитической деятельности и... творчества.

А ведь могла бы навсегда обойти её стороной, поскольку путь в медицину Натальи Александровны был неблизким. По окончании 8-го класса за компанию с сестрой поступила в медучилище и стала медсестрой широкого профиля. Отработала год по специальности. Предложили стать старшей медсестрой отделения, но она решила, а почему не врачом? И подала заявление в Первый Мёд, куда поступила с первого раза. Раздумывала – выбрать стоматологию или медпроф. Остановилась на втором. «Вот ещё, – сказала себе, – всю жизнь в чужих гнилых зубах копаться...». Медпроф представляла себе так – лаборатории, белые халаты, стерильная чистота...

Наши коллеги

Почти волшебница



Работала на кафедре старшим лаборантом, потом ассистентом. После родов, находясь в декретном отпуске, не могла сидеть дома. Как только ребёнку исполнилось 8 месяцев, в составе оперативно-следственной группы начала выезжать на места происшествий. Такова её натура. Возможно, сказались сибирские корни, ведь род Усольцевых по линии отца, что исстари селился в Мамоновском районе Алтайского края, – основательный, авторитетный. Проявился и стержень отца, лётчика ВВС. Хотя дочерей он окружил любовью, воспитывал в них характер. Может, потому Наталья любит охоту и рыбалку, увлекается стрельбой и такими экстремальными видами спорта, как горные лыжи.

«Спецназ» службы

Был в биографии нашей героини ещё случай – встреча с подружкой, которая пригласила в медико-криминалистический отдел Московского областного бюро СМЭ. С тех пор медицинскую криминалистику, пользуясь терминологией силовиков, считает таким спецназом. Из всех значимых подразделений, что расположились на территории МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского – судебно-гистологического отдела, судебно-химического,

судебно-биологического с молекулярно-генетической лабораторией – именно медико-криминалистический наиболее мощный и значимый. Ему Наталья Александровна отдала большую часть своей профессиональной жизни и гордится своей принадлежностью к этому элитному подразделению.

«Медицинские криминалисты, – считает она, – схожи с ВДВ в армии, это наша элита. Поскольку нас очень мало, все мы, можно сказать, товар штучный. И хотя каждое из наших подразделений архиважное и достойное, тот же химический отдел, который считается лучшим не только на территории России, но на всём постсоветском пространстве, медицинская криминалистика – вне конкуренции! Начиная с оснащения, заканчивая умами, которые здесь сосредоточены. В последнее время благодаря новому оборудованию, новым технологиям и методикам мы достигли таких успехов, наши возможности столь расширились, что о нас говорят почти как о волшебниках. Нам удаётся решать даже те загадки, которые в прежние времена считались безнадежными. Но при этом, несмотря на данные лабораторных исследований и иную информацию, в нашем деле не обойтись не только без прочных знаний, опыта, навыков, а ещё – без интуиции».

Наиболее рутинная работа у медицинских криминалистов – переломы, раны, которые они исследуют под стереомикроскопом. Подобно следователям уделяют внимание каждой детали. При этом в работе находят поэтическое начало. Например, когда в бюро приходят студенты, Н.Романько советует им рассмотреть под микроскопом свой палец. И они удивляются – ах, какие узоры... Деятельность судмедэксперта – это по большому счёту решение задачи с множеством неизвестных. Даже по скудным разрозненным костным останкам удаётся определить пол, возраст, рост, расовую

принадлежность, а также характер травмы, механизм образования повреждений, а порой и время, место, причину смерти и т.д. Проведя сложную и кропотливую работу над черепом, можно составить словесный портрет или сделать графическую реконструкцию прижизненного облика. Здесь на помощь медикам приходят современные подходы. Аппаратурой служба сегодня оснащена чуть ли не на мировом уровне. По сей день в службе используется созданный под руководством доктора медицинских наук Сергея Абрамова и внедрённый в практику судебно-медицинских учреждений страны уникальный аппаратно-программный комплекс трёхмерного моделирования черепа для целей краниофациальной идентификации методом компьютерного совмещения (так называемый чёрный ящик). Свой научно-практический вклад в развитие специальности вносит и Н.Романько, предложившая в кандидатской диссертации новые подходы в краниофациальной идентификации личности. Теперь за опытом к ним едут со всей страны и из ближнего зарубежья.

На новый уровень

Работая заместителем начальника бюро, Наталья Александровна совмещает организационную и практическую работу, продолжает проводить экспертизу, поскольку понимает, что профессионалу нельзя терять навыков. Правда, теперь перед ней всё больше стоят задачи иного уровня. Мыслить приходится масштабнее, не замыкаясь только на привычном деле. Она курирует лабораторную службу бюро, занимается подготовкой конференций, издательской, образовательной и другими видами деятельности.

И в любых ситуациях старается быть собой. Наталья Александровна всегда коммуникабельна, открыта, кажется, умеет подобрать ключик к сердцу каждого. Среди её друзей и знакомых – обычные люди, именитые профессора, представители артистической профессии, люди духовного сана...

Не просто женщина

Врач Альбина Амирова – москвичка. По окончании школы с золотой медалью поступила в Химико-технологический университет им. Д.И.Менделеева. И тут училась на отлично. Быть бы ей химиком, но судьба распорядилась по-иному. После того как она столкнулась с тяжёлым заболеванием близкого ей человека, где врачи были бессильны, решила изменить будущую специальность. Несмотря на то, что за плечами было уже 3 курса университета, она поступает на лечебный факультет 2-го Московского медицинского института им. Н.И.Пирогова. Этим сама определила свой дальнейший нелёгкий врачебный путь.

По завершении учёбы в институте в 1975 г. была направлена в кардиологическое отделение. Трудилась, не считаясь с личным временем, набиралась опыта. Её заметили, прочли перспективное будущее. Неугомонный, настойчивый характер проявился и здесь. В беседе с научным руководителем заявила: «Хочу быть эндокринологом!»

Так, в 1980 г. в поликлинике № 159 Москвы появился молодой эндокринолог. Дел было невпроворот. Начала с диспансеризации больных 1-го и 2-го типов сахарного диабета, выявления скрытого заболевания, осложнений, глубо-

С добрым сердцем

Вот уже 33 года врач городской поликлиники № 6 Москвы А.Амирова помогает больным

кого их обследования, терапии диабетических трофических расстройств конечностей. Добывала для них в 90-е годы медикаменты, инсулин, шприцы. Формировала группы пациентов по тяжести заболевания и обучала их самому сложному: пониманию своей болезни, помогала не предаваться отчаянию. Учила, как в домашних условиях проводить исследования крови на сахар, точно набирать необходимые дозы инсулина и самостоятельно проводить инъекции.

О себе рассказывает скупое: ежедневно задерживалась допоздна. Училась, знания черпала из книг, на научных конференциях, специализациях по эндокринологии, где повышала свою квалификацию. В трудных ситуациях обращалась к учителям. Большую помощь и поддержку в её практической деятельности оказывает главный эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы профессор Михаил Анциферов.

Просматривая огромное количество её трудов: наблюдений, обобщений, выводов. Они собраны и аккуратно переплетены в тома. Вот где накоплен колоссальный



опыт эффективного лечения больных с сахарным диабетом!

Не покинула свой кабинет Альбина Хайдаровна и тогда, когда страна испытывала экономические трудности, острый дефицит врачей поликлинического звена, а она годами получала мизерную зарплату, которой едва хватало на жизнь. Сколько раз пригласили её, опытного специалиста, коммерческие медицинские центры, где всё было иначе с материальным

обеспечением, но отказывалась. Благо, находила понимание со стороны близких – мужа, кандидата физико-математических наук, детей.

Недавно, при поддержке администрации, Альбина Хайдаровна на базе поликлиники организовала дневной стационар для больных с сахарным диабетом, где стало возможным под её наблюдением оказывать необходимую терапию, адекватную стационарным условиям.

Заведующая медицинским филиалом № 6 кандидат медицинских наук Надежда Владимировна рассказывает о своей коллеге с должным уважением: «Очень опытный врач, пользуется авторитетом в коллективе, среди пациентов. Они её уважают и любят! Неоднократно поощрялась – награждалась за отличную работу почётными грамотами...»

– И только? А правительственными наградами?

Надежда Николаевна, смущаясь (она руководит учреждением всего 2 года), разводит руками:

– К сожалению, нет. Но в этом не её вина. За 32

С годами, говорит, всё чаще задумывается о метафизическом, о том, сколь хрупок наш мир и человек в нём. Стремится заглянуть в человеческую душу, чтобы больше понять себя и других. В этом помогает чтение житий святых. В кабинете Н.Романько есть фото её семьи со Святейшим Патриархом Кириллом, познакомившись с которым, она была потрясена масштабом его личности.

Она не отгораживается от чужой боли и старается поддержать человека, который обращается с проблемами. Судмедэкспертиза – это же ещё и общение с живыми. В бюро постоянно бывают потерпевшие, проходящие экспертизу телесных повреждений, и они вправе рассчитывать на комфортные условия. В настоящее время администрация бюро и часть экспертных подразделений располагается в тесном арендуемом помещении старого здания в районе Перово. Вот почему одну из основных задач она как организатор здравоохранения вместе с начальником Бюро СМЭ Московской области профессором Владимиром Клевновым видит в скорейшем возведении нового здания, в котором комфортно разместятся подразделения службы и где будет удобно посетителям. Предполагается дальнейшая компьютеризация службы, оснащение новейшей аппаратурой, расширение применяемых медицинских технологий, привлечение высококлассных специалистов. Есть и масса других задумок, которые позволят службе быть конкурентоспособной на мировом уровне.

Говорят, профессия налагает свой отпечаток на человека, в медицине – особенно. Это запечатлено в фольклоре, в частности, в многочисленных байках, достаточно вспомнить хотя бы анекдоты о психиатрах. Только вот о Наталье Александровне этого не скажешь. Право, никак её, женственную, доброжелательную, весёлую, интересующуюся всеми красками жизни – музыкой, театром, литературой, путешествиями, любящую общение с людьми и природой – не вместишь в прокрустово ложе клишированных представлений о судмедэкспертах. Являясь предстателем профессии, непосредственно связанной со смертью, всем своим неуёмным темпераментом, яркостью, активностью она выступает апологетом жизни.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».
Фото Георгия ЗЫКОВА.

года сменилось несколько руководителей, которые в период экономических кризисов, дефолтов, обременённые ежедневными поликлиническими финансовыми тяготами, едва сводили концы с концами, каким-то чудом удерживали ядро коллектива и забывали отметить достойный труд своих коллег...

Гляжу на Альбину Хайдаровну эту подвижную, жизнерадостную, красивую женщину в белом халате, полную энергии и забот о людях: она по-прежнему живёт ежедневными хлопотами об улучшении состояния здоровья своих пациентов. Сегодня её радует внедрение новых технологий в эндокринологию, хорошее обеспечение Департамента здравоохранения Москвы инсулином, медикаментами и т.д.

Беседуя с её пациентами разных возрастных групп. Сколько тёплых, благодарных слов услышал в её адрес: «внимательная, чуткая», «всегда успокоит, утешит», «нет проблем с выпиской медикаментов», «никогда не откажет в приёме», «из её кабинета выходишь окрылённый», «всё разъяснит, разложит по полочкам», «приходите к ней на приём и лекторий и сами убедитесь»...

Николай СУЛИМ,
профессор,
заслуженный врач РФ.

НА СНИМКЕ: А.Амирова.
Фото автора.

Признаюсь вам, друзья мои, странная история случилась со мной недавно в одном из супермаркетов, расположенных на престижном западном направлении ближайшего Подмосковья. По пути на дачу заехал прикупить кое-какого провианта и заметил, что некоторые покупатели, стараясь не выдавать себя, исподволь наблюдают за тем, как здесь одномоментно, но абсолютно независимо друг от друга совершали покупки сразу два очень уж похожих человека. Пригляделся. Ба! Да это же композиторы, певцы, народные артисты России... Юрий Антоновы. Певец-то, конечно, один, но второй как две капли воды схож с первым. Кто из них оригинал, кто двойник – честное слово не разберёшь: сходство поразительное.

У кассы оказался рядом с тем самым, как мне показалось, настоящим! Выиграло журналистское любопытство, и я, прекрасно зная о непростом нраве и гоноре Ю.Антонова, особенно в последние годы, тут увидел его таким, как на афише – бодрим, в хорошем настроении, а потому дружески поприветствовал.

Но «Антонов» признался, что он не певец, хотя, конечно, ему сотни раз говорили о схожести с популярным артистом. Просто живут оба преимущественно на даче, дышат одним воздухом, прогуливаются по одним тропинкам, но лично не знакомы. У одного трёхэтажный особняк с колоннами в стиле русского классицизма, у другого – дача попроще.

Мой собеседник, Сергей Михайлович, как и вся его семья, – поклонник певца, не раз бывал на его концертах. По душе ему шлягеры «Аэропорт», «Море», «Золотая лестница», «Я вспоминаю», «Маки», «Двадцать лет спустя», «Крыша дома твоего», да что говорить – практически все: они ведь не только мелодичны, красивы, но наполнены смыслом и добрым содержанием, всегда рождают позитивные эмоции.

В отличие от многих ушлых и хватких современников незнакомец никогда не пытался эксплуатировать природное сходство, а ведь мог бы исполнять живым звуком хиты Антонова в ночных клубах, зарегистрироваться в банке содружества двойников, состоять в нём и устраивать «чёр» по стране.

«Я люблю петь в компании, – скромно говорит Сергей Михайлович, – очень хорошо отношусь к караоке, но при этом осознаю свои реальные вокальные возможности: я на уровне – ниже среднего».

И тут раскрылась главная интрига: двойник – наш коллега. Ни более ни менее – это доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии

Двойник со скальпелем

О тебе и обо мне...

Оказывается, напевая порой «От печали до радости», два известных в своих сферах деятельности человека ходят по одним тропинкам



Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, главный детский специалист по анестезиологии и реаниматологии Министерства здравоохранения РФ Сергей Степаненко. Он неоднократный лауреат премий РНИМУ за достижения в научной и учебной деятельности. Область его научных интересов и приоритетов – интенсивная терапия послеоперационного периода у детей. Докторскую диссертацию защитил на тему «Интенсивная терапия новорождённых с врождёнными пороками развития». Соавтор многих учебников, в том числе «Детская анестезиология и реаниматология», «Детская хирургия», монографий «Интенсивная терапия в педиатрии», «Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии» и др. Занимается просветительской деятельностью. Проводит видеоуроки по неотложной помощи при жизнеугрожающих состояниях у детей и т.д.

В настоящее время в целях изучения текущего состояния службы в регионах страны и проведения масштабного исследования руководит аналитическим порталом «Практические вопросы общей анестезии у детей» в Интернете. Этот проект позволит выработать единые стандарты медицинских услуг в области детской анестезиологии и реаниматологии, сформулировать практические рекомендации для дальнейшего развития специальности, что в конечном счёте поможет улучшить состояние службы. Под его руководством

защищено 2 докторские и 11 кандидатских диссертаций. Являясь преподавателем, считает, что какую молодёжь воспитаем сегодня, таковым будет лицо нашей медицины завтра.

...В дате рождения наших героев последние цифры зеркальные: Ю.Антонов появился на свет в 1945 г., С.Степаненко в 1954-м. Оба – из ближнего зарубежья, первый родом из Узбекской ССР, второй – из Литовской ССР. Отцы обоих – Михаилы. Юрий и Сергей рано начали трудиться. Один с 14 лет пел в хоре, другой, как и многие мальчишки той поры, мечтал о небе, а потому сначала окончил авиационный техникум. Затем за плечами обоих – служба в армии. В Москве оба оказались практически одновременно: Антонов в 1970 г., Степаненко – в 1969 г.

В 1975 г. ВИА «Добры молодцы» на фирме «Мелодия» записывают пластинку-миньон с песнями Ю.Антонова. Этот же год стал судьбоносным в жизни С.Степаненко. Отслужив в армии, он, неожиданно для всей родни, в рядах которой прежде не было врачей, круто поменял жизненный маршрут и поступил на педиатрический факультет Второго Меда. Видимо, в армии его начали посещать идеи гуманизма... И так полюбил медицину, что с тех пор никогда не помышлял изменять ей. Уже со 2-го курса и на протяжении всего периода обучения работал в отделении реанимации детской Филатовской больницы сначала санитаром, потом медбратом.

По окончании вуза поступил в ординатуру. И вот уже 38 лет в службе анестезиологии и реаниматологии. Работал, в том числе, и в экстремальных условиях, когда больница принимала детей – жертв землетрясения в Спитаке (Армения), также оказывал помощь пострадавшим в железнодорожной катастрофе в Башкирии.

Вообще, по мнению Сергея Михайловича, анестезиология и реаниматология – специальность специфическая, на которой лежит груз особой ответственности. Суть этой работы – всеми силами поддерживать ниточку человеческой жизни, не дать ей прерваться в самые трудные моменты.

Ю.Антонов в советское время, как он говорил в интервью, официально заработал свыше миллиона рублей, поэтому имел проблемы с фискальными органами. Зато ездил на иномарке с госномером Ю 33 33 МО. С.Степаненко на излёте советской власти в конце 80-х и в лихие 90-е садился за руль своего старенького «Москвича-412» и, как тогда говорили, бомбил. Разумеется, ни о каком бизнесе речи не шло, но средств хватало на то, чтобы содержать семью и двоих детей. Другого выхода не было – зарплату не только задерживали, порой и вовсе месяцами не выдавали.

Оба наших героя по натуре общеполитичны. Любитель животных, Ю.Антонов участвовал в митинге на Пушкинской площади столицы в защиту бездомных животных. С.Степаненко со

студенческой скамьи активно посещал СНО, работал в общественных организациях, был членом комитета комсомола института, секретарём комитета комсомола педиатрического факультета, членом студенческого строительного отряда, выдвигался в службу народного контроля, куда отбирали самых честных и принципиальных. Потом уже стал ответственным за ординаторов и аспирантов.

А вот к политике оба наших героя совершенно индифферентны. Правда, Юрий Михайлович одно время (а может, и до сих пор?) придерживался монархических взглядов. А ещё в 1999 г. участвовал в выборах в Госдуму РФ. Сергей Михайлович аполитичен, хотя гражданскую позицию имеет. На выборы иногда ходит, иногда нет.

Сегодня Ю.Антонов уже не выпускает новых песен, но частенько появляется в шоу, участвует в концертах, выступает по заявкам ностальгирующих по ретро-хитам 80-90-х годов, причём, как значится на сайтах в Интернете, стоимость таких выступлений составляет 2 млн руб. Им выпущено свыше 20 пластинок и компакт-дисков общим тиражом около 50 млн экземпляров. Он отмечен Национальной музыкальной премией «Овация» в номинации «Живая легенда». Единственный из отечественных музыкальных исполнителей, удостоился хороших отзывов Пола Маккартни, который высоко оценил творчество Ю.Антонова в своём интервью 1991 г.

С.Степаненко по-прежнему работает в полную силу. В большей мере занимается научно-педагогической деятельностью. Практическая его работа заключается в основном в консультировании больных. Член редсоветов многих журналов. Член профессиональных объединений детских и взрослых анестезиологов и реаниматологов РФ, а также ряда европейских ассоциаций.

Дело отца продолжил сын, который трудится детским торакальным хирургом в Филатовской больнице.

«Поверь в мечту» – давал совет в своё время Ю.Антонов соотечественникам своей песней с одноимённым названием:

Мы выбираем путь,
идём к своей мечте,
И надо не свернуть
в пути уже нигде,
И стоит шаг пройти –
заносит время след,
Обратного пути у жизни
просто нет...

Это напутствие ведёт по жизни многих, в том числе и С.Степаненко.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКАХ: очная встреча на страницах «МГ»: Ю.Антонов и С.Степаненко.

Конкурсы

Одним из победителей IV Всероссийского конкурса по пропаганде здорового образа жизни «Панацея», организованного МГУ им. М.В.Ломоносова, стала пресс-секретарь Сургутской клинической травматологической больницы Ирина Цхададзе.

– Впервые в этом году на конкурс были представлены творческие материалы не только от журналистов, но и от представителей здравоохранения, которые активно взаимодействуют со СМИ, – отметила на открытии председатель оргкомитета конкурса Татьяна Брилякова.

Журналисты – о медицине

Югорчанка Ирина Цхададзе заняла 3-е место в номинации «Местная больница» за организацию позиционирования деятельности медицинских учреждений в региональных СМИ.

– На конкурс были представлены материалы о работе нашей клиники, о программах Департамента здравоохранения Югры, которые реализуются в больнице, о новых операциях, технологиях, приме-

няемых в учреждении и, конечно, о врачах, их нелёгком труде, – рассказывает Ирина. – Часть материалов – профилактической направленности. Например, «Дорогая дорога» – о жутких последствиях ДТП, отличительной чертой которых сегодня являются тяжелейшие травмы. Или материал «Учащённое дыхание бывает не только от любви» о болезни, которую боятся даже сами врачи.

Все тексты были опубликованы на портале «СИА-пресс».

С победителями конкурса встретился директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль.

– Именно наше взаимодействие, совместная работа помогает в развитии всей системы в целом, – подчеркнул Л.Рошаль. – Сегодня вы расскажете о лучших

представителях медицинской профессии, а завтра кто-то именно поэтому примет для себя решение стать врачом. Это работа не одного дня, но она эффективна. Материалы по профилактике, может быть, заставят кого-то задуматься, и мы избежим хотя бы одного ДТП! Нередко журналистские материалы помогают обратить внимание на качество работы, выявить пробелы или отметить достижения в сфере здравоохранения. И примеров совместных действий немало.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Сургут.

Накануне

В Казани всё в порядке. Можете приезжать!

Вот уже в 9-й раз гостеприимно распахивает свои двери **Международный фестиваль искусств студентов-медиков и медицинских работников**. На этот раз городом – хозяином фестиваля стала столица Республики Татарстан. И это не случайно: в этом году Казанскому государственному медицинскому университету исполняется 200 лет!

География фестиваля обширна: заявки на участие подали около 500 человек из 34 городов – из всех федеральных округов России. С 21 по 27 марта фестивальные мероприятия пройдут на разных площадках: на базе Казанского ГМУ (отборочные туры конкурсов ансамблей, вокала и театрального конкурса), на базе Молодёжного центра «Ак Барс» (танцевальный конкурс). Гала-концерт и церемония награждения состоятся в Культурно-спортивном комплексе КФУ «Уникс».

В жюри в этом году небольшие изменения – председателем на этот раз будет доцент кафедры факультетской хирургии с курсом онкологии Тверской ГМА, лауреат международных конкурсов Георгий Вакулин, члены жюри – врач общей практики поликлиники № 20 Казани, чемпион Европы в сольных танцах по версии Всемирной танцевальной конвенции, лауреат международных и всероссийских конкурсов танца Айрат Фазылянов, аспирант кафедры пропедевтической стоматологии Смоленской ГМА, лауреат международных конкурсов, солист Смоленской областной филармонии Евгений Мишутин, декан факультета по подготовке иностранных

студентов Самарского ГМУ, кандидат медицинских наук, лауреат международных и всероссийских конкурсов Дмитрий Горбачёв, хирург 12-й горбольницы Ярославля, победитель I Международного фестиваля искусств студентов-ме-

диков и медицинских работников в Смоленске Антон Оленичев.

Светлана ФИЛАТОВА,
руководитель отдела по воспитательной работе Казанского ГМУ.

Состав организационного комитета IX Международного фестиваля искусств студентов-медиков и медицинских работников.

Сопредседатели организационного комитета:

ФАРРАХОВ Айрат Закиевич – заместитель министра здравоохранения Российской Федерации;

КУЗЬМЕНКО Михаил Михайлович – председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ;

КОТЕЛЬНИКОВ Геннадий Петрович – председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, ректор Самарского государственного медицинского университета, академик РАН, профессор; ПОЛТОРАК Андрей Васильевич – главный редактор «Медицинской газеты»;

ВАФИН Аделъ Юнусович – министр здравоохранения Республики Татарстан;

СОЗИНОВ Алексей Станиславович – ректор Казанского государственного медицинского университета, профессор, член-корреспондент Академии наук Республики Татарстан.

Заместители сопредседателей:

АНДРОЧНИКОВ Михаил Михайлович – заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ;

СИВКОВ Виктор Борисович – помощник председателя Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России;

ХИСАМОВ Альберт Ильдусович – первый заместитель ответственного секретаря «Медицинской газеты».

Члены оргкомитета фестиваля:

БЕЛОКОНЕВ Сергей Юрьевич – руководитель Федерального агентства по делам молодёжи;

ФАТТАХОВ Энгель Навапович – министр образования и науки Республики Татарстан;

БУРГАНОВ Рафис Тимерханович – министр по делам молодёжи, спорту и туризму Республики Татарстан;

ХУСНУТДИНОВА Гульнара Равильевна – председатель Республиканской организации профсоюзов работников здравоохранения;

ИГНАТОВ Николай Николаевич – начальник отдела по воспитательной работе с обучающимися Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

Областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Усть-Кутская центральная районная больница» (местность, приравненная к районам Крайнего Севера) требуются врачи следующих специальностей: **фтизиатр, терапевт, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог, офтальмолог, невролог, рентгенолог, врач общей практики, кардиолог, педиатр, оториноларинголог, стоматолог.**

Предоставляются:

заработная плата от 20 000 руб., служебная квартира, соц. пакет.

Главный врач **8 (39565) 57-735;**

Зам. гл. врача по мед. обслуживанию населения

8 (39565) 58-482;

Отдел кадров **8 (39565) 57-902.**

Дежурный по номеру

Была рада познакомиться поближе



По признанию ректора Ставропольского государственного медицинского университета, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ **Валентины МУРАВЬЕВОЙ**, «Медицинская газета» – одно из любимых профессиональных изданий для всего профессорско-преподавательского коллектива вуза, а также для её семьи, все представители которой являются медиками. Страницы газеты, по сути, являются дискуссионной площадкой, где все медики – от представителей отраслевого министерства до врачей практического здравоохранения – могут обсудить важнейшие вопросы, волнующие медицинское сообщество страны, поделиться бесценным опытом, задать вопросы на актуальные темы и получить на них исчерпывающие ответы. Поэтому предложение стать «дежурной по номеру» и отметить самые интересные публикации очередного номера газеты явилось для Валентины Николаевны очень приятной неожиданностью.

– Вопрос кадрового дефицита отрасли, который, в свою очередь, отражается на качестве и доступности медицинской помощи, – один из самых наболевших. Не случайно к этой теме вновь и вновь обращается «Медицинская газета». Итоги видеоселекторного совещания «Целевая подготовка специалистов в реализации региональных кадровых программ» подробно рассмотрены в интервью с директором Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Т.Семёновой. Татьяна Владимировна, отвечая на вопросы корреспондента «МГ», сделала акцент на конкретных рекомендациях, выработанных участниками совещания; рассказала о разработанном Министерством здравоохранения РФ комплексе мер по устранению кадрового дисбаланса, отправной точкой которых является целевая подготовка специалистов. Также в материале была подробно освещена тема коррективов, в частности, практикоориентированной подготовки врачей кадров, которые внесены в систему высшего медицинского образования с момента вступления в действие федеральных образовательных стандартов третьего поколения. В целом, поставленные задачи являются, по сути, программой действий и последовательных шагов по совершенствованию системы подготовки специалистов, а значит, и отечественного здравоохранения в целом.

Публикацию о конгрессе педиатров России, состоявшемся недавно в Москве, трудно назвать отчётом. Столь информативная и в то же время эмоционально насыщенная статья, осветила все значимые моменты этого форума, отразила новейшие аспекты в профилактике, лечении и диагностике детских болезней и, что немаловажно, ознакомила читателей с мнениями его организаторов и участников, позволив, таким образом, ещё ближе соприкоснуться с этим значимым для всего врачебного сообщества событием и проникнуться его атмосферой. Хотела бы заметить, что делегатами конгресса были и учёные Ставропольского государственного медицинского университета, для которых участие в этом научно-практическом мероприятии стало импульсом к дальнейшему профессиональному самосовершенствованию.

В постоянной рубрике газеты «Конспект врача» затронута тема «Эхинококкозы». Должна заметить, что территория Ставропольского края является эпизоотической по эхинококкозу. Вот уже почти полвека в СтГМУ ведутся исследования, посвящённые различным аспектам этой медицинской проблемы, в частности, редкой локализации эхинококковой болезни, её диагностике и новым методам лечения. Поэтому с большим интересом я прочла материал, подготовленный коллегами из Красноярского края.

Уверена, что этот насыщенный разноплановыми материалами номер «Медицинской газеты» вызовет интерес многомиллионной читательской аудитории, его статьи станут предметом размышления и оживлённых дискуссий, помогут всем нам в профессиональной деятельности.

Пользуясь предоставленной возможностью, хочу поздравить женщин – медиков России с Международным женским днём, праздником весны, пробуждающей жизни! Ведь у российской медицины – во многом «женское лицо».

Признание

«Синяя птица» для врача

В Москве состоялось торжественное вручение ежегодной национальной общественной премии в области редких заболеваний «Синяя птица», учреждённой общественной организацией инвалидов «Союз организаций по редким заболеваниям».

Премия была учреждена общественной организацией инвалидов в 2010 г. и ежегодно вручается за выдающиеся заслуги и существенный вклад в области оказания помощи и сохранения жизни людей с редкими заболеваниями. В число

номинантов входят: врачи-эксперты по редким заболеваниям, администраторы здравоохранения, учёные, представители законодательной и исполнительной власти, представители средств массовой информации, фондов и общественных объединений.

В этом году победители определялись с помощью опроса родителей пациентов. Большинство специалистов, получивших премию, – москвичи. Но среди номинантов оказались и два представителя Свердловской области: заведующая педиатрическим отделением областной детской клинической больницы № 1 Люд-

мила Бахарева и врач-генетик клинико-диагностического центра охраны здоровья матери и ребёнка Наталья Никитина.

– Очень важно, что родители пациентов высоко оценивают работу врачей. Лечение ребёнка с редким заболеванием – кропотливый, сложный и тяжёлый труд, – отметил заместитель министра здравоохранения Свердловской области Сергей Беломестнов. Он также подчеркнул, что в области проводится большая работа в данном направлении, в частности, создан регистр детей с орфанными заболеваниями, включающий в себя 24 нозологии.

Алёна ЖУКОВА,
к.р.р. «МГ».

Екатеринбург.

Работают мастера

Юноша обрёл новое лицо

– Ко мне на приём пришёл юноша, приехавший в Волгоград из Узбекистана к своему дяде, – рассказывает заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии Волгоградской областной клинической больницы № 1 Лев Гутман.

Со слов Ислама К. (имя изменено), он родился на свет 17 лет назад с гемангиомой на правом виске. Рос он, а с ним росла и эта доброкачественная опухоль, достигая 10 см в длину и 3 см в ширину, которая мешала глазу и стала доставлять моральные страдания юноше, достигшему половой зрелости. Семья обращалась во все возможные клиники

Узбекистана, но никто из врачей не взялся за удаление этого нароста.

– Сосудистая опухоль, или гемангиома, сама по себе не редкость, – поясняет Лев Гутман. – Но опухоль такого размера удаляется крайне редко, так как допускать, чтобы гемангиома выросла до таких размеров, как у этого юноши, конечно же нельзя. В процессе консультации было принято решение удалить опухоль не откладывая.

Эту уникальную операцию мы провели вместе с Евгением Фомичёвым, заведующим кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Волгоградского медицинского уни-

верситета. Опухоль была успешно удалена, а на место образовавшегося дефекта пересадили ткань, взятую с живота. Результат операции удовлетворил абсолютно всех и в первую очередь самого Ислама. Через 10 дней сняли швы и отпустили счастливого юношу. В дальнейшем ему может понадобиться ещё одна операция по формированию брови, а взять её можно из полоски ткани с волосом на виске. После этого на виске останется еле заметный рубец, который прикроется впоследствии отросшими волосами.

Но самое главное, как в итоге сказал Лев Гутман, у этого юноши начинается полноценная и счастливая жизнь с новым лицом.

Александр КУЗНЕЦОВ,
соб. к.р.р. «МГ».

Волгоград.

Приходится иногда слышать упрёки в склонности к сюжетам сексуального толка, хотя вся задача рубрики состоит в цитировании зарубежных публикаций, связанных с медициной, здоровьем. Вероятно, составитель не равнодушен к эротике, но не более чем всякий среднестатистический газетчик. О том свидетельствует подборка, посвящённая дню женщин – 8 Марта.

Berliner Zeitung Умный бюстгалтер

Японская компания-производитель нижнего белья Ravijour разработала «умный» бюстгалтер, который, как сообщает немецкое издание, раскроет свою застёжку только в случае истинных чувств у партнёров.

Называется новая разработка «детектором настоящей любви». С помощью специальных датчиков устройство измеряет частоту сердцебиения женщины и отправляет полученные данные на смартфон, который, в свою очередь, с помощью прилагающегося к бюстгалтеру приложения анализирует их. В том случае, если чувства истинны, застёжка откроется, в других ситуациях, в частности при занятии спортом, устройство, как уверяют разработчики, срабатывать не будет.

Детектор настоящей любви, по словам сотрудницы компании Юки Тамуры, «должен заново растопить романтические чувства между мужчиной и женщиной». Также «умный лифчик», добавляет Berliner Zeitung, способен обезопасить женщин от чересчур назойливых поклонников.

ABC Сколько раз тебе разобьёт сердце?

Британские учёные подсчитали, сколько неудач случается у среднестатистического человека в личной жизни, сообщает журнал ABC. Исследователи опросили 2 тыс. британских мужчин и женщин, которые уже нашли себе идеальную спутницу или спутника.

«Оказалось: и мужчинам, и женщинам два раза за жизнь разбивают сердце прежде, чем они находят тех, с кем можно жить до гробовой доски», – сообщает газета.

Заодно исследователи собрали и другую статистику. Женщина за всю жизнь целуется с 15 мужчинами, имеет 7 длительных романов (из них два длются более года), 4 раза вступает в случайные половые связи и дважды влюбляется.

Ура! Завтра – 8 Марта!

Между вами, женщинами

Мужчины всегда думают о вас и делают всё для вас



У мужчины жизнь более бурная (в среднем он целует 16 женщин, имеет 10 романов, 6 раз вступает в случайные половые связи). Но влюблённостей не больше, чем у женщины, – две за всю жизнь.

TIME Патриархат уходит в патриархат

Писательница Ханна Розин, автор книги «Конец мужчинам», утверждает, что эпоха мужчин сейчас завершается. Автор тут же поясняет, что мужчины являются устаревшим явлением не в прямом смысле – пока ещё не додумались, как добыть сперму без живых мужчин. Но Розин полагает: уходят в прошлое мужчины в традиционном понимании – «полагающие, что власть – их право, а лидерство – их предназначение, самоуверенные, озадаченные всем, что на них не похоже».

Сегодня, после 100 с лишним лет экономических революций и нескольких десятилетий рецессии (как утверждает автор) стало очевидно: картина мира, где мужчина охотится на бизонов, а женщина занимается детьми и домашней работой, больше не соответствует действительности.

Розин перечисляет признаки «устаревания» традиционных мужчин.

1. «Мужчины терпят неудачи на работе», – утверждает она. Промышленная экономика вытесняется экономикой услуг и информации, но мужчинам трудно адаптироваться к переменам. Сегодня в США средний доход неза-

мужних женщин до 30 лет – выше, чем у их ровесников-мужчин.

2. Исчезает традиционное домохозяйство, которое держалось на мужчине-добытчике. «Впервые в истории женщины выходят замуж за мужчин с худшими перспективами, чем у них самих», – поясняет автор. В 40% пар в США женщина зарабатывает больше мужчины. Всё больше матерей-одиночек. Женщины занимают ответственные должности.

3. «Мужчины утратили свою монополию на насилие и агрессию», – полагает автор. Женщины становятся агрессивнее в хорошем и дурном смысле: идут на войну, попадают в тюрьму, дерутся.

4. «Теперь даже мужчины озабочены оволосением своего тела», – замечает автор, подражая моде на эпиляцию волос.

Розин спешит объяснить, что устаревшее – ещё не значит «бесполезное». После появления двигателей внутреннего сгорания велосипеды устарели, но мы всё равно пользуемся велосипедами при желании.

Independent Лучше начальники красивые

Хотите улучшить показатели своей компании? Найдите красавца или красавицу на пост менеджера – суть одного свежего исследования. Экономисты из Висконсинского университета Джозеф Холфорд и Хунг-Чия Хсу пришли к выводу, что есть позитивная связь между котировками акций и внешней привлекательностью топ-менеджеров.

Экономисты оценили «геометрию лица» 667 глав компаний и составили их рейтинг. «Оказалось, что красивым главам компаний больше платят – «надбавка за красоту», так сказать, – а также что в первые дни их работы акции компаний котируются лучше. Учёные подчеркнули, что внешность, конечно, не единственная причина, но позитивная связь возможна.

La Vanguardia Какие мотивы побуждают нас заниматься сексом

Эксперты из Техасского университета насчитали 237 разных мотивов для вступления в интимные отношения. Люди не всегда делают это по любви, замечает автор.

«Наверно, кого-то разочаруют эти выводы, другие сочтут их самоочевидными. Факт тот, что среди мотивов преобладают скука, бессонница или тяга к запретному плоду, не говоря уж о любопытстве или мести. А иногда люди занимаются сексом, чтобы избежать разговора на неудобную тему. Или чтобы устроиться на работу».

Со своей стороны, каталонский коуч и консультант по философии Хосе Карлос Арройо замечает: «Традиционный секс умер, и люди спрашивают себя, зачем они занимаются сексом». «Чтобы насладиться своим телом? Телом другого человека? Чтобы поэкспериментировать? Возможно, чтобы лучше узнать себя самого? По какой-то духовной причине?»

Между тем гинеколог Даниэль Флауменбаум написала, что 85% женщин, занимаясь сексом, испытывают скуку. Психолог и сексолог Эмма Рибас вторит: «Женщины, страдающие эмоциональной зависимостью, занимаются сексом потому, что так надо, а не потому, что они желают этого. Они боятся: если не будет секса, партнёр их бросит. Боятся одиночества».

Автор возвращается к списку, в котором целых 237 мотивов. Некоторые – вполне предсказуемые: «мне понравилась его (её) внешность», «секс вызывает у меня приятные ощущения». Другие удивили самих исследователей: секс как средство от головной боли, секс

как способ подтолкнуть человека к разрыву с женой или мужем и даже как попытка почувствовать себя ближе к Богу.

Исследование разрушило тот стереотип, что женщины стараются через постель получить материальные блага или повысить социальный статус. Один из исследователей, Дэвид Басс заметил: «Судя по нашим результатам, мужчины ведут себя так чаще, чем женщины». Впрочем, те же эксперты заверяют, что различия между полами не так уж велики.

Эмма Рибас взглянула на мотивы через призму гормональных реакций. На первом этапе доминируют тестостерон и эстрогены, и человек стремится соблазнить партнёра (партнёршу). На втором этапе доминирует серотонин: «от него мы теряем голову, не можем жить без другого», и мотивы обусловлены страхом потерять партнёра, говорится в статье.

На третьем этапе доминируют окситоцин и вазопрессин – гормоны, формирующие прочную привязанность, и мотивы интимной близости обусловлены заботой о другом человеке.

La Voz de Galicia Укрепляйте сердце!

Как утверждает французский врач Фредерик Сальдманн, у мужчин, имеющих 12 эякуляций в месяц, риск проблем с сердцем и сосудами снижается на 50%, а 21 эякуляция в месяц на треть уменьшает риск заболеть раком простаты.

У Сальдманна нашёлся совет и для женщин: «Те, кто мало занимается сексом, более подвержены раку молочных желёз по сравнению с теми, кто занимается сексом регулярно». Как утверждает врач, гормон, выделяемый при коитусе, оберегает от этого вида рака.

Собственно, идея, что целительные «лекарства» уже содержатся в организме, – лейтмотив книги Сальдманна «Лучшее лекарство – это ты». Он также напоминает о простых мерах предосторожности типа мытья рук, указывает на вред лишнего веса и недосыпания, рекомендуя спать не менее 7 часов.

Исследования

И это – слабый пол...

Специалисты по медицинской генетике из Швейцарии и США раскрыли причину большей подверженности мальчиков по сравнению с девочками расстройствам нервно-психического развития, таким как расстройства аутистического спектра. Результаты проведённого ими масштабного когортного исследования подтверждают выдвинутую ранее гипотезу «женской защитной модели», предполагающую, что для возникновения диагностируемых расстройств неврологического развития женскому организму требуется значительно большая мутационная нагрузка, чем мужскому.

Для прояснения этого вопроса команда специалистов под руководством Себастьяна Жакмона из клиники Университета Лозанны (Швейцария) и Ивана Эйчлера из Школы медицины Университета штата Вашингтон (США) провела анализ генетических данных группы из почти 16 тыс. пациентов с диагностированными расстройствами нервно-психического развития, а также группы, состоящей из почти 800 семей, среди членов которых встречаются расстройства аутистического спектра.

В результате было установлено, что в группе с диагностированными расстройствами нервно-пси-

хического развития количество вредоносных аутосомных CNV у женщин значительно превышает этот показатель у мужчин. В семейной группе с расстройствами аутистического спектра у женщин по сравнению с мужчинами было обнаружено трёхкратное превышение по уровню вредоносных аутосомных CNV и SNV. При этом степень вредности аутосомных SNV у женщин с диагностированным аутизмом оказалась значительно выше, чем у мужчин с этим же диагнозом. Выяснилось также, что подобные вредоносные мутации передаются в основном по материнской линии.

Авторы полагают, что полученные результаты говорят о том, что женскому мозгу для продуцирования симптомов расстройств нервно-психического развития требуются существенно более экстремальные генетические отклонения, чем мужскому. Кроме того, итоги исследования предполагают, что генетический базис половых различий в этой области не сцеплен с X-хромосомой, а мутационная нагрузка распределена по всему геному.

«По-видимому, женский организм способен функционировать гораздо лучше мужского при одной и той же мутации, затрагивающей развитие головного мозга, – отметил Жакмон. – Наши результаты могут привести к разработке гораздо более гендерно-специфичных методов диагностики и скрининга на расстройства нервно-психического развития».

Ирина АНДРЕЕВА.

По информации American Journal of Human Genetics.

Открытие

Чёрт или ангел?

Учёные Оксфордского университета сделали потрясающее открытие: они обнаружили в мозгу область, которая заставляет вас задуматься о том, не совершили ли вы ошибку и можно ли было поступить иначе.

Называется эта область «боковой лобный полюс». Она есть только у людей. Размером она с кочанчик брюссельской капусты. «Эта область отслеживает, насколько хорош выбор, противоположный тому, который мы сделали», – отмечает автор исследования профессор Мэтью Рашворт.

Например, она пробуждается, если вы только что проехали свой поворот на шоссе и осознали, что

следующий будет только через 40 миль, а у вас заканчивается бензин, поясняет автор. Этот внутренний голос оценивает правильность решения, в том числе если речь идёт о моральном выборе между добром и злом. «Оксфордские учёные, не осознавая, что они сделали, обнаружили совесть», – полагает автор статьи.

К вышесказанному автор добавляет, что у каждого человека по два таких органа, за каждой бровью. Зачем же человеку две совести? Может быть, они как ангел и дьявол, которые традиционно находятся по разные стороны от нас, и один из них велит нам, допустим, украсть деньги, а второй твердит, что воровать нехорошо?

Подготовил Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».
По материалам Independent.

«МГ» продолжает публиковать автобиографические очерки жителя немецкого Ганновера Якова Фарбера, заслуженного врача РФ, известного организатора здравоохранения, хирурга, писателя, журналиста и краеведа, основателя музея истории медицины в Тамбове и победителя Литературного конкурса им. М.А.Булгакова «МГ» 2011 г. Предыдущие очерки были связаны с пресловутым «делом врачей» и медицинской практикой в 50-е годы прошлого века. Сегодня – особая для Якова Иосифовича публикация...

«Курица» с тёмным мясом

Прошло полтора года моей трудовой деятельности в Бычковской больнице. По-прежнему я был единственным хирургом в районе, и, безусловно, нагрузка была запредельной, но ощущение усталости я испытывал не столько от работы, сколько от неустroенного быта. Завтраки и ужины делал себе сам, а обеды поручилась готовить мне санитарка из операционной Ариша. Справлялась она с этим неплохо, но случившийся однажды эпизод заставил меня отказаться от её услуг. Дело было летом 1953 г. Мне позвонили из санитарной авиации и сказали, что к нам прилетит Иезекиль Моисеевич Берлин, мой опекун и наставник по специальности. Он уже не был главным хирургом и заведующим хирургическим отделением. После освобождения от хирургических должностей «отец тамбовской хирургии» не сидел ни одного дня без дела. Он без промедления стал организовывать первое в области травматологическое отделение, а ко мне приезжал для выявления детей, нуждающихся в ортопедических операциях. Но это, как он потом сказал, был предлог, а истинная цель приезда – посмотреть, как «обретается в глухомани его подопечный».

Чтобы достойно встретить уважаемого хирурга, я вызвал Аришу и дал ей задание: купить курицу в Хреновке или в Мордовке и пожарить её с картошкой, а в больничном магазинчике приобрести

Далёкое – близкое

Девушка по имени Лия

какого-нибудь вина. После обхода в стационаре и выборочного осмотра больных в поликлинике мы спустились вниз, в мою комнатушку. Гость беспрестанно восторгался вкусными угощениями и интересовался, из каких продуктов и как приготовлено то или иное блюдо. Когда дошла очередь до жаркого, Иезекиль Моисеевич захотел узнать, каков исходный продукт этого блюда, и когда я ему сказал, что это обыкновенная жареная курица, он усомнился в моей компетентности, и сказал:

– Очень вкусная птичка, но я сильно сомневаюсь, что это курица, уж очень у неё тёмное мясо. Что-то ты, любезнейший путаешь.

Чтобы доказать свою правоту и убедить своего учителя в его неосведомлённости, я решил позвать Аришу, расспросить её и поставить точку в нашем споре. И вскоре я сильно пожалел, что вызвал нашу «кормилицу», потому как получился полный конфуз. Я спросил ее:

– Ариша, ты что приготовила на второе?

Она испуганно отвечает:

– Ну, то, что вы заказывали. А что, невкусно?

– Да нет, напротив, очень вкусно. Только что-то курица уж очень странная, почему мясо у неё такое тёмное?

– Да это не курица, а утка.

– Как утка? Я ж тебя просил курицу купить!

– А я штоль курицу догоню?

– Что значит догоню?.. Так ты что, украла эту утку?!

– А у ей много утей. Она, поди, их и не считает.

– Вот сегодня пойдешь и считаешься за утку! Назовёшь мне фамилию хозяйки, и я тоже пойду к ней извиняться.

Я думал, что сгорю от стыда, а мой гость всё это время молчал, но когда Ариша ушла, он дал



волю чувствам – смеялся аж до слёз и всё время повторял: «Бесподобно!»

Путешествие из Сибири в Тамбов

Этот эпизод и ещё ряд других обстоятельств, заставили меня задуматься над серьёзной проблемой: продолжать оставаться мне в бобылях или обрести семейный очаг и радоваться жизни в кругу близких и милых моему сердцу людей. На исходе лета 1953 г. я твёрдо решил покончить с холостяцкой жизнью и написал письмо в Новосибирск знакомой девушке с предложением выйти за меня. Честно говоря, я не очень рассчитывал на положительный ответ, ведь со времени нашей встречи в столице прошло три с лишним года, да и виделись-то тогда мы всего три дня. В том далёком 50-м году мне показалось, что само совершенство случайно залетело на квартиру к своему московскому двоюродному дедушке, чтобы вот так взять и поразить моё воображение.

О чём-то серьёзном мы тогда думать не могли, ведь Лия – так звали красавицу из Сибири – училась на 2-м курсе Новосибирского медицинского института, и ей было 19 лет, а мне уже 21 год, и я был студентом 4-го курса 2-го Московского медицинского института. Мы расстались, не виделись много времени и вот в тамбовской глухомани в один прекрасный вечер как будто кто-то дал мне «по темечку» и голос свыше прошептал: ты что сидишь, ведь Лия оканчивает институт, ты думаешь, она будет сидеть и ждать тебя? И ведь точно, один её коллега, окончив Новосибирский медицинский институт и получив направление на Дальний Восток, сделал ей официальное предложение.

Она попросила время на раздумье, и тут как раз подоспело моё письмо...

Оглядываясь на события тех дней, невольно начинаешь думать, что браки действительно свершаются на небесах. Судите сами: выдеслись всего три дня, потом не общались три года с лишним, нас отделяли друг от друга четыре тысячи километров...

Казалось бы, ничто не давало оснований... Но какая-то неведомая сила потянула нас друг к другу. Лия ответила согласием на моё предложение и отправилась к своему суженому, то есть ко мне, преодолевая огромное расстояние. Впоследствии я ей говорил, что она совершила подвиг, подобный жёнам декабристов.

Что меня поразило и одновременно порадовало, что моя невеста не искала себе в мужья заморского принца и, будучи типичной горожанкой, согласилась жить в глухой деревушке и вкушать вместе со мной все «прелести» деревенской жизни. Это, знаете ли, надо иметь большое мужество, чтобы вот

так разом лишиться возможности посещать театры и концерты, жить без электричества и, естественно, без холодильника, «с удобствами во дворе». Конечно, это не был порыв романтически настроенной девочки. После нашей свадьбы мы прожили в селе 6 долгих лет, и ни разу я не слышал от моей жёнушки жалобы на неустroенный быт и другие тяготы сельской жизни. Более того, мы оба считали время, прожитое в селе, лучшими годами нашей жизни.

Лия, оканчивая институт, твёрдо решила стать хирургом и стала им, пройдя субординатуру по этой специальности в одной из хирургических клиник. Но так как второй ставки хирурга в Бычке не нашлось, мы были вынуждены покинуть этот благословенный край.

Попытка устроиться в Тамбове также была неудачной, вернее удачной наполовину: заведующий хирургическим отделением доктор Люцидарский предоставлял мне ставку ординатора, но Лию в городе не оставляли, несмотря на то, что через два месяца мы ждали рождения первенца. Перспектива жить в двухкомнатной квартирке вместе с родителями нас совсем не прельщала, и когда нам было предложено отправиться в районную больницу, расположенную на железнодорожной станции, мы восприняли это как подарок судьбы и с готовностью согласились.

Итак, впереди у нас было ещё 6 лет сельской жизни, но это уже совсем другие годы. Прекрасное, интересное время, которое заслуживает отдельного повествования.

НА СНИМКЕ: Лия Романовна Фарбер в 1954 г.

Имена и судьбы

Самой первой в истории женщиной-врачом, вероятно, следует считать Песечет, которая практиковала в столице Древнего Египта Мемфисе в III тысячелетии до н.э.

В Средневековье к систематическому изучению медицины наши коллеги впервые приступили лишь в XI и XII веках, в Салернском университете. В дальнейшем его эстафету приняли Неаполитанский и Болонский университеты, в которых нередко женщины выступали в роли профессоров. Так, например, в XV веке в Болонье были профессорами Доротей Букка, а в XVIII веке там же — Лаура Басси, Анна Моранди Манцолини и др.

И всё-таки до второй половины XIX столетия число женщин-врачей было крайне ограничено. Первой женщиной-врачом на Американском континенте считается англичанка Элизабет Блэкуэлл, которая переехала с семьёй в США, когда ей было всего 11 лет. Ей пришлось преодолевать невероятные преграды, чтобы получить медицинское образование и степень доктора медицины. Она подавала заявления в 29 университетов, где был медицинский факультет, но всюду

Они были первыми

Стремление стать врачом заставляло женщин преодолевать жёсткие барьеры

получала категорический отказ. В 1847 г. студенты медицинского факультета Университета в Женеве (штат Нью-Йорк) решили подшутить над своим деканом и устроили так, что Элизабет была принята – под видом мужчины. Она, однако, отнеслась к этой шутке вполне серьёзно и 4 годами позже блестяще окончила курс. Потом она некоторое время училась в Европе и вернулась в Нью-Йорк, чтобы начать там карьеру врача. И снова все двери были закрыты перед ней: ни одна больница не желала иметь в своём штате врача-женщину. Тогда Элизабет Блэкуэлл решила открыть собственную клинику, и в 1857 г. основала нью-йоркскую клинику для малоимущих женщин и детей. Мало того, её крохотная больница обслуживалась только женщинами! В период гражданской войны она занималась подготовкой медсестёр для армии северян. А позднее, когда её заслуги были общепризнаны,

она основала медицинские колледжи для женщин в Нью-Йорке и Лондоне. Оттуда вышло много славных последовательниц Элизабет Блэкуэлл, в том числе её сестра Эмили.

Кстати, в 1848 г. в США было организовано Общество женского медицинского образования, открывшее женскую медицинскую школу в Бостоне, которая, впрочем, влачила жалкое существование до 1874 г., когда была присоединена к бостонскому университету. В 1850 г., благодаря энергии квакерши Анны Престон были собраны средства для открытия филаделфийского женского колледжа.

В 1860-е годы женщинам был открыт доступ в швейцарские университеты, вслед за тем – во Францию и некоторых других странах.

В Российской империи двери университетов для женщин также были закрыты. Только в Медико-хирургической академии некото-

рые профессора (И.М.Сеченов, С.П.Боткин) разрешили в 1862 г. трём женщинам, в том числе первой русской женщине-врачу Надежде Прокофьевне Суловой, посещать их лекции. Однако в 1863 г. правительство запретило женщинам учёбу и в академии.

Родившаяся 1 сентября 1843 г. в семье получивших «вольную» крепостных, Н.П.Сулова уехала в Швейцарию, где в виде исключения была принята на медицинский факультет Цюрихского университета, который блестяще окончила в 1867 г. Вскоре она успешно защитила диссертацию, выполненную под руководством и при самой непосредственной помощи Ивана Михайловича Сеченова.

Вместе со своим мужем Ф.Ф.Эрисманом (впоследствии известным гигиенистом, нашедшим в России вторую родину) в 1868 г. Сулова приезжает в Петербург. По российским законам женщина не могла получить зва-

ние доктора медицины. А лица, удостоенные его в зарубежных университетах, держали специальные экзамены. Медицинская комиссия под председательством профессора Боткина дала Суловой право на врачебную практику в России. Но предстояло ещё доказать, что женщина может заниматься врачеванием, в чём сомневались многие мужчины-медики того времени.

Вся последующая врачебная деятельность Н.Суловой в Петербурге, Нижнем Новгороде опровергла эти сомнения. Переехав в 1892 г. на жительство в Крым, Надежда Прокофьевна много занимается благотворительной деятельностью. Свои медицинские инструменты, лекарства, библиотеку после смерти (1918 г.) она завещала лечебным учреждениям.

То уважение, которое снискала Сулова, сломало барьер, преграждавший женщинам путь в медицину. В 1872 г. в Петербурге открылись первые Женские врачебные курсы, просуществовавшие 14 лет. И лишь в 1897 г. был открыт Петербургский женский медицинский институт.

Геннадий НИКОЛОВ.

Когда в ЦК КПСС поступило предложение – присвоить звание академика Галине Михайловне Савельевой, здесь задумались: не много ли – два академика в одной семье? У неё же муж – академик. Да, Виктор Сергеевич Савельев – видный хирург, президент Ассоциации флебологов России, действительный член двух академий. Узнав об этом, Виктор Сергеевич пожал плечами: «Мне предлагают развестись? Но я не собираюсь этого делать».

Как складывалась врачебная и научная карьера? С этим вопросом корреспондент «МГ» пришёл к академику РАМН Г. Савельевой, заведующей кафедрой акушерства и гинекологии на базе Центра планирования семьи и репродукции.

– Когда пришли мысли о медицинской стезе?

– В годы Великой Отечественной войны мой отец – инженер-нефтяник был направлен в Сызрань. В школьные каникулы пришла в госпиталь, где лежали раненные бойцы. Побывала на операциях. Опасалась, что упаду в обморок. Но нет, выдержала. Меня сразу же определили в лабораторию, научили брать кровь, делать анализ мочи. Помогала раненым. Почувствовала их благодарности к «юной медичке».

Тогда-то и произошло решение – буду врачом. После окончания школы по совету подруги побывала во 2-м Медицинском институте им. И.В. Сталина. Уже в холле – большим, светлым, поняла: лучше института нет... Имея одну четверку в аттестате, я легко сдала экзамены. И несмотря на конкурсы – фронтовиков брали вне очереди – стала студенткой. На последнем курсе встретила своего будущего мужа, который увлечённо рассказывал о хирургическом кружке на кафедре. На его счету уже были самостоятельные операции. Я стала членом кружка, тоже мечтала о хирургии. Но молодой супруг трезво рассудил: «Зачем в семье два хирурга? Лучше выберите другую профессию, пусть и близкую к этой»...

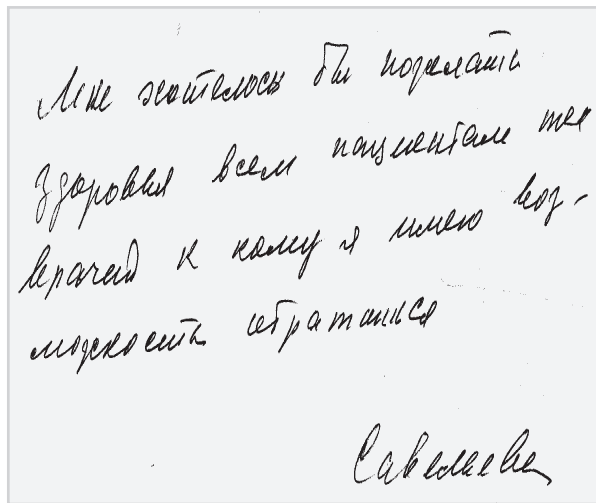
Что ж, я остановилась на акушерстве.

– И не пожалели о своём выборе?

– В своё дело влюбилась позже, уже в ординатуре. Этому поспособствовали мои педагоги. Кафедрой руководил фронтовик, строгий, педантичный профессор И.Ф. Жордания. Любил повторять: «С кодексом под мышкой учить специальности нельзя. Поэтому извольте – четыре и больше бесплатных дежурства в месяц...»

Рядом с ним трудился замечательный человек, профессор А.В. Ланковец. Он обожал молодёжь, и мы отвечали ему тем же. Учились не за страх, а за совесть, с колоссальным желанием – постичь секреты профессии.

К сожалению, сегодня поменялось отношение к познанию предмета. На первом плане вопрос: какие стоят за этим деньги?... Едва приступив к делу, молодые врачи думают о подработке. У нас же главным было стремление – стать специалистом. Нас рано приобщали к ответственной работе: мы ассистировали на операциях, дежурили по ночам. Оттачивали мастерство на фантомах, тщательно разбирали каждую историю болезни. На третьем году ординатуры почти все дежурили



Галина САВЕЛЬЕВА:

Не жалейте времени для разговора с пациентом

ответственными врачами-гинекологами в Первой градской, куда поступало много тяжёлых пациентов.

Благодарна судьбе за встречу с бывшим военврачом академиком Л.С. Персианиновым. Он сразу же взял меня в ассистенты после того, как я защитила, минуя аспирантуру, кандидатскую.

– Статьи, а так ли нужна сегодня практикующему врачу диссертация?

– Охлаждение к научной работе – а это характерно для нынешних врачей – на мой взгляд, неправильно. Подготовка диссертации учит работать с литературой, умению анализировать, мыслить... формирует иной уровень квалификации.

После перехода Персианинова на другую работу мне – молодому доктору наук – поручили возглавить кафедру. К тому времени муж был уже членом-корреспондентом РАМН. В 1978 г. мои учителя выдвинули меня, беспартийную, в состав АМН СССР, что и было реализовано...

Я росла вместе со своей страной. Сначала наш предмет был больше практический. С появлением новых технологий, различной диагностической, лечебной аппаратуры в специальность всё больше внедрялась наука. Кафедра росла вместе со мной, я росла вместе с коллективом кафедры, ставшей ведущей в стране. Нашему центру 20 лет. Коллектив когда-то работал в роддоме на Шаболовке. Ветхое здание начало рушиться. Я обратилась в московское правительство: «Речь идёт о здоровье ваших детей, ваших внуков!» Меня услышали. Нашли площадку, довольно быстро построили и оснастили родильный центр.

Создание сегодня новых перинатальных центров имеет огромное значение. Это великое дело для России. Центры хорошо оснащены. В них, как правило, работают квалифицированные специалисты, способные оказать помощь тем, кто имеет серьёзные осложнения...

– Вас не настораживает, что на научном Олимпе не так уж много женщин? Помните лукавую усмешку А.С. Пушкина: «Не дай мне Бог сойтись на бале / Иль у подъезда на крыльце / С семинаристом в жёлтой шали / Или с академиком в чепце...»

– Времена, когда замечательно могли отказаться в праве сдать магистрские экзамены лишь потому, что она женщина, в далёком прошлом. К слову, Ковалевская едко прокомментировала поведение царских чиновников: «Пифагор, доказав свою теорему, на радостях приказал принести в жертву 100 быков. С тех пор все скоты боятся научных открытий!»

И всё же... Ныне в РАН, по данным ЮНЕСКО, женщин около 2%. Значительно больше, сужу по РАМН, в отраслевых академиях. Но и здесь заметны диспропорции, явно доминируют мужчины. Не могу сказать, что причина такого соотношения в чьих-то предубеждениях против участия женщин в науке. Наверное, сказывается, что условия для научной работы у мужчин предпочтительнее. Семья, заботы по домашнему хозяйству всё-таки лежат в основном на мамах... Конечно же, я за то, чтобы представитель, как говорят мужчины, прекрасной половины было бы в науке больше.

– Что «напрягает» в современной организации здравоохранения?

– Быть преподавателем стало сложнее. По существующему законодательству ассистенты, доценты, профессора учебных кафедр лишены лечебной работы, не имеют права участвовать в тех же операциях... Всё определяет отношение главных врачей к школе. Нелепые правила! Мы хотим иметь высокоспециализированных врачей, а их подготовкой должны заниматься лишь теоретики. Сотрудники нашей кафедры работают на базе ЦПСИР, больницы № 31, Республиканской детской клинической больницы, не знают препятствий к оперативной деятельности. Убедена: надо

пересмотреть закон о взаимоотношениях учебных кафедр и лечебных баз, дать возможность на законном основании опытным клиницистам приобщаться к лечебной работе. Об этом свидетельствует и зарубежная практика.

– Работа в перинатологии требует, наверное, особого характера от врача? Ведь на ваших глазах происходит трудное рождение маленького человека...

– Непростая тема. Акушер отвечает как минимум за две жизни. А теперь при использовании экстрагенитального оплодотворения увеличилось число двойняшек, тройняшек. От врача зависят порой и три, и четыре судьбы... Бывает всякое. Каждый из нас не Бог. Не всё зависит от желания, умения доктора. И тогда тебя выбивает из колеи – не спишь, не рад рассвету... Через мои руки прошли тысячи младенцев. Не вспомнить всех. Но каждая беда оставила зарубку на сердце. Встречаясь со своими слушателями – врачами, рассказываю об этом. Напоминаю, как важно внимание к каждой пациентке.

Тревожит, что мы стали меньше говорить с теми, кто обращается к нам за помощью. Слово бы черствее чуть-чуть. Меньше внимания к старшему поколению. Врачам иногда не хватает времени объяснить пациенту, что ему предстоит, какие ситуации ожидают его...

– Ваше отношение к домашним родам?

– Отрицательное. В европейских странах – той же Финляндии, Нидерландах такая мода сходит на нет: требуется тщательный врачебный отбор тех, кому дозволено рожать дома. Важно определить ближайший роддом, куда можно быстро доставить при необходимости женщину. Слишком много неожиданностей...

– Как удаётся поддерживать жизненный тонус при ваших колоссальных нагрузках?

– Наверное, с помощью нагрузок. Клин – клином. Только так. В течение многих лет участвовала во всемирном движении «Врачи

мира за предотвращение ядерной войны». Выезжала и выступала перед зарубежной общественностью. Сегодня быть в форме заставляют заботы о семье. У меня два внука, кроха правнук, которого я называю «антидепрессантом»... Мы с Виктором Сергеевичем, конечно, очень хотели, чтобы наши дети продолжили нашу профессию, пошли в медицину. Но они сделали свой выбор.

– Каковы, на ваш взгляд, слабые стороны творческого долголетия?

– На первое место я бы поставила генетику. Вспоминаю одного из своих коллег профессора Эммануила Когана. Человеку за 90, участник войны, а он ведёт активный образ жизни: нередко в пути, выступает перед студентами. Светлейшая голова – помнит массу стихов. Никакого Альцгей-

мера!.. А разве не пример – наш замечательный хирург-долгожитель М.И. Перельман? Работал до последнего часа. У него были хорошие мозги.

– Умеете отдыхать?

– Последние годы мы с мужем стремились во время отпуска побывать на море, сменить обстановку. На даче не отдохнёшь: звонок из клиники, постоянные вопросы, и невольно начинаешь жить работой. Когда выдаётся момент, стараюсь побывать в бассейне, поплавать. Но по настоящему «отключаться» так и не научилась.

Когда-то муж подарил мне машину. С тех пор люблю посидеть за рулём. Пожалуй, это тоже для меня какая-то разрядка...

– Что привлекает помимо работы?

– Люблю читать, причём без особого разбора: что окажется под рукой. На сон грядущий, чтобы заснуть. К сожалению, попадает всё больше «чтиво». Хороших книг, к которым бы хотелось вернуться, мало.

Уважаю поэзию. Сама иногда балуюсь стихотворными посвящениями друзьям, коллегам. Но это, разумеется, на уровне любительства. Собираюсь вот вместе с невесткой пойти в театр на «Евгения Онегина»...

– Позволю себе банальный вопрос: как бы вы определили своё жизненное кредо?

– Я считаю, что надо быть очень честным в медицине, в своей профессии. Потому что бесчестие в нашей специальности приводит к очень многим бедам. Моё кредо: всех людей нужно оценивать по большому счёту, ни в коем случае не находить какие-то мелкие изъяны и пытаться как-то на них нехорошо реагировать. Даже если что-то не так, нужно уметь прощать и долго зла на человека не держать, ни в коем случае. Я – за душевную доброту и честность!..

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Фото Сергея ШТЫРОВА.

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. БЛИВ, В. ЕВЛАНОВА, В. ЗАЙЦЕВА, А. ИВАНОВ, В. КЛЫШНИКОВ, Т. КОЗЛОВ, Д. НАНЕИШВИЛИ, А. ПАПЫРИН, Г. ПАПЫРИНА, В. САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), Ф. СМИРНОВ, И. СТЕПАНОВА, А. ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К. ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В. МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – А. ПАПЫРИН.

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба);
inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счёт 40702810738090106416, к/с 3010181040000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ОАО «Красная Звезда»
123007 Москва
Хорошевское шоссе, 38,
Тел.: (495) 941-28-62,
(495) 941-34-72, (495) 941-31-62
http://www.redstarph.ru
E-mail: kr_vezda@mail.ru

Заказ № 1162.
Тираж 36 305 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; С.-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.