

# Медицинская

6 мая 2016 г.  
пятница  
№ 31 (7651)

# Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ  
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам  
Распространяется в России и других странах СНГ  
[www.mgzt.ru](http://www.mgzt.ru)

Кагры

## Диагностика по доктору Хаусу

Студенты учатся клиническому мышлению и умению работать в команде



В Новосибирском государственном университете завершился III Международный турнир «MeDic House». Вдохновлённые образом главного героя сериала про доктора Хауса, организаторы турнира изменили традиционную форму проведения олимпиад студентов-медиков, хотя цель соревнования осталась той же – привить будущим врачам навыки клинического мышления и умения работать в команде при постановке диагноза и выборе тактики лечения пациента.

Наверное, поэтому турнир с каждым годом становится всё популярнее: в этом году померяться силами решили

Будущие врачи представляли свои версии диагноза

19 команд из медицинских вузов и с медицинских факультетов университетов России, Сербии и Германии.

Участникам (студентам 4-6-х курсов по специальностям «лечебное дело» и «педиатрия») предложено было провести «расследование» причин болезни пациента и так же ярко и убедительно, как это делает Грегор Хаус, доказать «вину» того или иного фактора, поставить точный диагноз. Командам заранее разослали одинаковые задания, чтобы ребята могли проработать учебники и посоветоваться со специалистами. Причём это были не гипотетические, а реальные клинические ситуации из

практики разных лечебных учреждений. Все ситуации объединяло одно: набор симптомов у больного и данные проведённых общеклинических исследований неоднозначны, что затрудняло диагностику.

Собравшись на 3 дня в Новосибирском государственном университете, будущие врачи представляли свои версии клинического разбора и результаты дифференциальной диагностики. Причём, по формату мероприятия, каждая из команд последовательно выступала в роли докладчика, оппонента, рецензента и слушателя.

(Окончание на стр. 2.)



Валерий КУБЫШКИН,  
главный внештатный специалист-хирург Минздрава России,  
академик РАН:

Трансплантология – это интеллект медицины.

Стр. 4

Филипп ПАЛЕЕВ,  
директор МОНКИ  
им. В.Ф.Владимирского,  
профессор:

Сейчас МОНКИ – это уникальное учреждение, где неразрывно развиваются наука, лечение и процесс обучения.

Стр. 6



Игорь НАРКЕВИЧ,  
ректор Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии,  
профессор:

Федеральная программа Фарма 2020 стала серьёзным стимулом развития системы фармацевтического образования.

Стр. 12

В центре внимания

## Россияне не останутся без лекарств

Руководство страны понимает всю значимость лекарственного обеспечения населения и будет выполнять свои обязательства, даже если для этого придётся пойти на дополнительные расходы из резервных фондов правительства.

Об этом Президент РФ Владимир Путин заявил на пленарном заседании межрегионального форума Общероссийского народного фронта «Форум действий. Регионы» в Йошкар-Оле. «Мы понимаем всю значимость этого вопроса и, без всякого сомнения, будем уделять этому первоочередное значение. Первоочередное, – акцентировал глава государства, отвечая на просьбу врача-педиатра Юлианы Зейтулаевой из Республики Марий Эл о сохранении федерального финансирования лекарственного обеспечения в первоначально запланированном объёме. – Мы посмотрим, как будет развиваться ситуация с лекарственным обеспечением и во втором, и в третьем квартале, если потребуются, внесём соответствующие коррективы».

В.Путин обещал строго следить за этой ситуацией. «Если чего-то будет не хватать, обязательно добавим, в том числе из резервных фондов правительства», – пообещал Президент. Он пояснил, что «в тех случаях, когда аналог не подходит пациенту, у врача и у соответствующего медицинского учреждения есть право заменить этот лекарственный препарат».

Между тем цены на жизненно важные лекарства оказались повышены в 50% российских регионов. Это показал анализ Генераль-

ной прокуратуры РФ, о чём говорится в докладе генерального прокурора Юрия Чайки, поступившем в Совет Федерации.

В докладе отмечается, что проверки законности и обоснованности цен на лекарства в аптечных сетях показали, что предельные размеры оптовых и розничных надбавок были превышены почти в половине субъектов страны. Кроме того, по сведениям генерального прокурора, департаменты и министерства здравоохранения регионов не соблюдали порядки информирования населения о надбавках и ценах на жизненно важные лекарства.

В 2015 г., согласно докладу, в сфере лекарственного обеспечения было выявлено почти 20 тыс. нарушений, при этом к дисциплинарной ответственности удалось привлечь 3,4 тыс. человек.

Вопрос обеспечения населения ЖНВЛП был затронут во время прямой линии Президента России. Ранее, в апреле 2015 г., В.Путин поручил правительству до 15 июня 2016 г. принять решение о мерах поддержки российских производителей дешёвых лекарств из Перечня ЖНВЛП.

А пока, в марте например, поставки в Россию импортных лекарств выросли на треть по сравнению с февралём. Мы везли из стран дальнего зарубежья фармацевтической продукции на сумму 707,1 млн долл. Это на 28,5% больше, чем месяцем раньше – в феврале. Такие данные есть в отчёте Федеральной таможенной службы РФ.

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».  
Йошкар-Ола.

Новости

## Электронный ликбез

Курсы по работе с Единой медицинской информационно-аналитической системой за полгода прошли больше 2 тыс. практикующих московских медиков. До конца года планируется обучить ещё 9,7 тыс. специалистов.

Обучающие мероприятия по работе с Единой медицинской информационно-аналитической системой (ЕМИАС) предназначены для врачей столичных клиник и студентов медвузов и колледжей. На курсах обучают пользоваться электронными картами, вести электронное расписание, назначать приём, заполнять талоны и

выписывать электронные рецепты и направления. 95% слушателей уже сдали экзамены.

– Подобные курсы организованы и для студентов медвузов. За первое учебное полугодие экзамены сдали больше 2 тыс. человек, ещё 800 сдадут их до конца учебного года, – говорится в сообщении Департамента здравоохранения правительства Москвы.

Студенты 4-х курсов московских медицинских колледжей и училищ начали учиться работе с ЕМИАС в феврале 2015 г. Успешно завершили обучение 4,3 тыс. человек.

Занятия проходят в 26 образова-

тельных учреждениях – в 11 колледжах, 13 училищах и 2 центрах повышения квалификации. В них есть специальные классы, в которых полностью воссоздана работа медика с ЕМИАС в условиях обычного московского амбулаторного центра. Курс длится 36 часов.

С января по сентябрь минувшего года 1,1 млн жителей Московской области записались к врачу через интернет, а число горожан, использующих сервис «электронная регистратура», выросло в 5 раз.

Яков ЯНОВСКИЙ.  
МИА Сити!

Москва.

## Новости

«Медицинская газета» —  
лидер деловой журналистики

В Москве подвели итоги и вручили награды лауреатам 21-го Международного конкурса деловой журналистики PRESS3BAHИE. Учреждённый и поддерживаемый деловыми кругами России, конкурс призван определять лучшие публикации в печатных СМИ, отражающие развитие разных областей бизнеса, науки и технологий в нашей стране. Нам приятно отметить, что победителем конкурса в номинации «Наука и жизнь» стала обозреватель «Медицинской газеты» Елена Буш. Жюри отметило наградой её статью «Фармнезависимость: цель или игра?», опубликованную в № 98 от 30.12.2015. В этом проблемном материале автор обращает внимание на то, что для достижения важнейшей для нашей страны цели обеспечения фармацевтической независимости у России есть главное – мощный научный потенциал. Но чтобы его реализовать, необходимо участие власти и бизнеса.

Именно об этом сказал на церемонии награждения победителей председатель жюри конкурса, президент Национального исследовательского центра «Курчатовский институт», президент Российской ассоциации содействия науке, академик РАН Евгений Велихов:

– Сегодня каждый, кто мыслит в масштабах государства, понимает важность консолидации ресурсов. Пресса, СМИ в этой работе имеют первостепенное значение: журналисты могут разобраться в любой проблеме, понять смысл и ценность имеющихся у нас ресурсов и рассказать об этом для всех: понятно, доступно, профессионально.

Соб. инф.

«От сердца к сердцу» —  
эстафета милосердия

На днях Ставрополь принял из Чеченской Республики Всекавказскую донорскую эстафету «От сердца к сердцу». Акция организована Министерством образования и молодёжной политики Ставропольского края и Министерством здравоохранения Ставропольского края, и по сути это был поиск новых подходов к повышению эффективности мероприятий по привлечению донорских кадров. На Ставропольскую краевую станцию переливания крови, где помимо всего прочего был также развёрнут ещё и мобильный комплекс по заготовке крови, пришли 173 студента Ставропольского строительного техникума, Северо-Кавказского федерального университета, Ставропольского филиала Московского педагогического государственного университета, представители молодёжных общественных организаций региона.

С приветственными словами к участникам акции обратились руководители министерств, главный врач Ставропольской краевой станции переливания крови Марина Губанова.

Выступающие акцентировали внимание на том, что в настоящее время вопросы донорства крови и её компонентов вышли за пределы узко медицинской проблемы и стали проблемой социальной, затрагивающей интересы всего нашего общества. Благодаря сотрудничеству между различными участниками института донорства, медицинских организации Ставропольского края обеспечиваются компонентами донорской крови в полном объёме.

По итогам акции было заготовлено 48 л цельной донорской крови. Все участники мероприятия получили памятные сувениры от службы крови.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

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

## Акценты

## Испытание профессией

Его проходят будущие доктора вполне успешно

В Федеральном методическом центре аккредитации Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова состоялась конференция на тему «Организация и проведение процедуры первичной аккредитации специалистов по специальности «Стоматология».

Фактически эта конференция являлась «имитационной репетицией», в рамках которой представители 57 вузов страны по 1 студенту от каждого медицинского учебного заведения, прошли репетиционный экзамен и разобрали ошибки. А представители профессиональных сообществ и преподаватели практически из всех вузов страны наблюдали, как будет проводиться этот главный экзамен для любого специалиста.

Мероприятие действительно стало знаковым. Тем более, что готовность студенческого и профессионального сообществ к новым экзаменационным стандартам лично оценили министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко, директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Леонид Рoshаль.

Конечно, серьёзный интерес вызвал и тренинг кандидатов в члены аккредитационных комиссий. Поскольку в ходе него экспертам были продемонстрированы возможности ФМЦА и лучшие практики Первого МГМУ, в том числе IT-поддержка, имитационная репетиция всех этапов процедуры первичной аккредитации (тестирование, оценка практических навыков в симуляционных условиях, решение ситуационных задач). Аналогичный тренинг и имитационная репетиция предстоящего экзамена прошли и для студентов.

– Это новая процедура для нашей страны, но общепринятая для многих стран мира, в том числе для стран Европейского союза, Австралии, США и др., – прокомментировала министр здравоохранения РФ Вероника



Во время главного экзамена

Скворцова. – Введение единой аккредитационной системы для выпускников вузов и практикующих врачей позволит обеспечить непрерывное образование медицинских специалистов.

Как подчёркивалось на конференции, с экзаменатором аккредитуемый «лицом к лицу» встречается только на третьем этапе. При этом аккредитуемый один, а экспертов трое – и это также должно стимулировать к объективной оценке знаний. На остальных этапах знания проверяет компьютерная программа или же экзаменатор через стекло и на мониторе оценивает практические клинические навыки. В экспертные комиссии для аттестации, формируемые Минздравом России, входят представители профессиональных некоммерческих обществ, работодателя, образовательных и научных организаций.

Получить допуск к определённой должности в ближайшем будущем станет возможно только после успешного прохождения первичных аттестационных испытаний. Соответственно подтверждать это будет официальный документ. Новая система допуска к профессии будет вводиться поэтапно до 31 декабря 2025 г.

В 2016 г. аккредитацию пройдут

выпускники стоматологических и фармацевтических факультетов. В 2017 г. к ним присоединятся все остальные медики-выпускники. С 2021 г. процедура аккредитации станет обязательной для практикующих врачей, и проходить она будет раз в 5 лет.

– Переход к системе аккредитации во многом поворотный момент для всей отрасли. И как показал успешно состоявшийся имитационно-репетиционный экзамен, мы справились с поставленной задачей. Результатом нашей работы станет повышение качества оказания медицинской помощи пациентам, – отметил председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов страны, ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко.

Кроме того, состоялось обсуждение результатов репетиционного экзамена, анализ ошибок, разбор спорных ситуаций. Все участники-эксперты получили пакет методических рекомендаций по оценке специалистов.

Алексей ПАПЫРИН,  
корр. «МГ».

Москва.

## Кагры

(Окончание. Начало на стр. 1.)

На разбор одной клинической задачи было отпущено 40 минут, в течение которых докладчик представлял своё решение и диагноз, отвечал на вопросы оппонентов и выслушивал рецензента, после чего следовали вопросы от экспертов. И коль скоро у одной задачи могло быть несколько вариантов решений, жюри оценивало не только правильность окончательных

## Диагностика по доктору Хаусу

выводов, но и ход мысли каждого «доктора Хауса». Экспертами были профессор и преподаватели НГУ, Московского государственного университета, Новосибирского медуниверситета, Первого Московского государственного



«Инфузории в тувельках»

медицинского университета им. И.М.Сеченова, ведущие специалисты новосибирских клиник и федеральных центров кардиохирургии и нейрохирургии, институтов Российской академии наук.

Поскольку состязания проводились на двух языках – русском и английском, то и победители определялись в каждой из двух языковых групп. В англоязычной лиге первые три места завоева-

ли команды «Берлин» (студенты Университетского комплекса «Шарите», Германия), «Memento mori» (Новосибирский государственный университет, Россия) и «Magic from Nis» (Нишский университет, Сербия). В группе русскоязычных команд победили студенты Первого МГМУ им. И.Н.Сеченова (команда «Инфузории в тувельках»), Казанского федерального университета (команда «Морфий») и Якутского Северо-Восточного федерального университета им. М.К.Аммосова («Команда А»).

Кроме собственно этапа «защиты диагнозов» программа турнира предусматривала участие студентов в работе школы молодых учёных «Мозг и нейронауки», а также посещение ряда медицинских центров Новосибирска.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

ФОТО  
Анастасии ФЁДОРОВОЙ.

Эксперты были строги, но доброжелательны

Официально

## Допуск иностранных медизделий в Россию ограничен

Правительство России внесло изменения в порядок допуска отдельных видов иностранных медицинских изделий при закупках для государственных и муниципальных нужд. Соответствующее постановление кабинета министров № 337 от 22.04.2016 «О внесении изменений в постановление Правительства РФ № 102 от 05.02.2015» подписал премьер-министр Дмитрий Медведев.

Новым постановлением утверждён перечень отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, в отношении которых устанавливается ограничение допуска при закупках для обеспечения государственных и муниципальных нужд. Документом вносятся изменения, которыми, в частности, предусмотрено, что:

– ограничения не применяются, если поданные заявки (окончательные предложения) содержат предложения о поставке медицинского изделия отечественных производителей, входящих в одну группу лиц, которые соответствуют признакам, предусмотренным ст. 9 Федерального закона «О защите конкуренции», при сопоставлении этих заявок (окончательных предложений);

– не допускается включение в один лот медицинских изделий, входящих в перечень, на который распространяются ограничения, и не входящих в него;

– при исполнении контракта не допускается замена медицинского изделия на медицинское изделие, страной происхождения которого не является государство – член Евразийского экономического союза, а также замена производителя медицинского изделия;

– применяются условия допуска для проведения закупок товаров, установленных Минэкономразвития России, в случае если заявка (окончательное

предложение) не отклоняется в соответствии с ограничениями.

Проект документа подготовлен Минпромторгом России в соответствии с Федеральным законом № 44-ФЗ от 05.04.2013 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

Принятые решения призваны способствовать развитию отечественного производства медицинских изделий.

### ВМЕСТО КОММЕНТАРИЯ.

Уральские поставщики медтехники пожаловались в региональный Союз промышленников и предпринимателей, что больницы предпочитают закупать импортную продукцию, и потребовали для себя гарантий сбыта.

Поводом для жалобы стал приказ № 655 Минпромторга России, предлагающий сократить к 2020 г. долю импортного оборудования и расходных материалов до 60% (сейчас она достигает 86%). По мнению участников союза, эта задача выполнима: показатели, заложенные в приказе, учитывают уже заявленные инвестиционные проекты российских компаний.

Формальных поводов для беспокоества в Свердловской области нет. По официальным данным, за прошлый год выручка уральских производителей медтехники увеличилась почти вдвое. В 2014 г. они заработали 67 млн руб., а в 2015 г. – 120 млн руб. (при этом общие затраты ЛПУ на медтехнику сократились с 609 до 287 млн руб.).

По мнению чиновников областного Минздрава, инвесторы начали проявлять интерес к сфере здравоохранения, прежде всего к производству расходных материалов, и примеров локализации производства медтехники становится всё больше. Однако и представители иностранных компаний, и их российские коллеги полагают, что государство должно гарантировать им сбыт. Многие предприятия выступают за то, чтобы вернуть госзаказ и распределительную систему.

С учётом высказанных претензий Свердловский областной СПП решил сформировать рабочую группу, в которую войдут поставщики техники, чиновники и врачи. Предполагается, что вместе они найдут способ увязать интересы производителей и потребителей. Тем более что ограничение на участие в государственных закупках распространяется лишь на некоторые виды иностранной медицинской техники. Например, ограничения вводятся, если у данного вида оборудования будет конкурентоспособный отечественный аналог.

Иван ВЕТЛУГИН.  
МИА Сити!

Решения

## Столичным детям сохраняют льготы

Департамент здравоохранения Москвы продлил период выписки рецептов на получение бесплатного питания льготным категориям граждан на молоко-раздаточных пунктах. Решение о продлении сроков выписки рецептов с 1 до 3 месяцев было принято по результатам встречи руководителя департамента Алексея Хрипуна со столичными педиатрами. Об этом заявила в ходе посещения городской детской поликлиники № 131 в рамках традиционного проекта «Обмен лучшими медицинскими практиками» главный специалист Департамента здравоохранения Москвы по первичной медико-санитарной помощи детям Лариса Картавецца.

Она отметила, что данное решение обсуждалось с родительской общественностью и получило поддержку, поскольку упрощает процедуру получения рецептов на посещение молочных кухонь.

До сих пор, как известно, заключение врача на получение бесплатного питания льготным категориям граждан на молоко-раздаточных пунктах оформлялось сроком на 1 месяц. Однако теперь при обращении в детскую поликлинику можно одновременно выписать

бесплатное питание сроком от 3 до 6 месяцев.

Детям в возрасте до 3 лет, кормящим и беременным женщинам увеличен период выдачи заключений сроком до 3 месяцев. Для детей из многодетных семей в возрасте до 7 лет, а также для детей-инвалидов и детей до 15 лет с некоторыми хроническими заболеваниями (хронический гломерулонефрит, злокачественные новообразования, гемобластозы) заключения можно оформить на полгода вперёд.

– Предвосхищая возможные вопросы, считаю важным пояснить, что, безусловно, за 3 месяца юные пациенты могут получить разные наборы льготного детского питания. Однако родители за один приход к педиатру могут получить необходимые заключения на пользование возможностями молоко-раздаточных пунктов, чтобы лишним раз не обращаться в поликлинику и сэкономить своё время, – подчеркнула Л.Картавецца.

В ближайшей перспективе оформление заключений будет осуществляться с использованием программно-технических средств ЕМИАС, что значительно сократит время выдачи рецепта. Молочно-раздаточные пункты детских городских поликлиник работают ежедневно с 6:30 до 12:00, без выходных.

Вадим СУХОРОКОВ.  
МИА Сити!

Москва.

Перемены

## Вышли на финиш

В Якутске в конце года откроют первый в республике перинатальный центр на 130 мест. В настоящее время строительство медицинского учреждения вошло в заключительную стадию.

Объект начали возводить в конце 2014 г., на это было выделено 3,2

млрд руб. Медики уверены, что с вводом нового перинатального центра в разы увеличится количество выживших детей с пороками развития и уменьшится процент инвалидности среди недоношенных детей. Сегодня в республике ежегодно рождается более 16 тыс. детей, и уже сейчас отмечается

тенденция снижения младенческой смертности.

Отметим, что в Якутии только в последние годы введены в строй противотуберкулёзные учреждения для детей и взрослых, городской дом ребёнка, новая поликлиника, гемодиализный центр. Возводятся кардиологический центр (вторая очередь) и онкологический диспансер.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ»

Якутск.

Назначения

## В помощь тяжелобольным

Новым директором Центра паллиативной медицины Департамента здравоохранения Москвы назначена руководитель организационно-методического отдела московского хосписа № 1 им. В.В.Миллионщиковой Анна Федермессер. Она широко известна своей успешной работой и в качестве президента благотворительного фонда, занимающегося помощью многим столичным хосписам.

– В Москве сделано очень многое для развития паллиативной медицинской помощи. Сегодня нужно добиться максимальной синхронности и системности всех служб, которые работают с такими пациентами, – отметила А.Федермессер. – Это необходимо, чтобы каждый пациент и его родные знали, куда они могут обратиться за такой помощью. Не должно быть так, чтобы в хосписах и отделениях паллиативной медицинской помощи различалось качество обезболивания, был разный режим посещений близкими, разные представления о качестве жизни и этике общения с пациентом и его семьёй, – подчеркнула она.

– Пациентам и их родственникам крайне важно, чтобы все хосписы и паллиативные отделения работали по единому

высокому стандарту качества, чтобы каждый нуждающийся в паллиативной помощи пациент и члены его семьи могли получить качественную медицинскую, социальную, юридическую и психологическую поддержку, а также своевременное обезболивание как в стационаре, так и дома, – уверен глава департамента Алексей Хрипун. – Ведомство приняло во внимание многолетний положительный опыт работы московского хосписа № 1 им. В.В.Миллионщиковой и деятельность его главы на поприще благотворительности, назначая руководителя организационно-методического отдела хосписа А.Федермессер на должность директора Центра паллиативной медицины.

Среди первоочередных задач, стоящих перед новым руководителем, – развитие выездных патронажных бригад, расширение возможностей для оказания паллиативной помощи как на дому, так и в стационаре, а также развитие помощи пациентам в тяжёлых состояниях с исходными неонкологическими диагнозами, в том числе пациентам, нуждающимся в длительной искусственной вентиляции лёгких.

Валентин СТАРОСТИН.  
МИА Сити!

Москва.

Криминал

## Фальсификаторы взялись за импортозамещение



Арбитражный суд оштрафовал на 500 тыс. руб. ООО «Конмет» за продажу фальсифицированного медицинского изделия.

А началась эта история с обращения клинической больницы № 1 города Стерлитамака Республики Башкортостан в Росздравнадзор. У врачей этого учреждения возникли сомнения в подлинности поставленных в больницу медицинских изделий, предназначенных для лечения переломов черепно-лицевой кости. В результате территориальный орган службы по Республике Башкортостан провёл внеплановую проверку поставщика медизделий – ООО «Конмет».

Чтобы подтвердить или развеять сомнения медиков, образцы медицинского изделия – имплантата костного матрикса, синтетического – были направлены во Всероссийский научно-исследовательский и испытательный

институт медицинской техники Росздравнадзора для проведения экспертизы качества, эффективности и безопасности. Результаты испытаний подтвердили, что поставленные в больницу имплантаты являются фальсификатом. В связи с этим территориальный орган Росздравнадзора по Республике Башкортостан возбудил в отношении ООО «Конмет» административное дело по ст. 6.33 КоАП РФ («Обращение фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий») и передал материалы проверки в суд.

Рассмотрев предоставленные документы и доказательства, Арбитражный суд Республики Башкортостан признал претензии Росздравнадзора обоснованными.

Алексей ПИМШИН.  
МИА Сити!

Уфа.

В рамках пленума правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ в Челябинске собрались самые известные и маститые хирурги из всех регионов России и ближнего зарубежья. Впервые специалисты такого уровня встретились в столице Южного Урала для масштабного анализа итогов работы хирургической службы.

Этот город был выбран местом проведения пленума неслучайно. Хирургическая школа Челябинской области является одной из самых сильных в стране и заслужила признание как в ближнем, так и в дальнем зарубежье. Регион обладает серьёзной научной базой для обучения молодых специалистов и проведения исследований, а также внедрения новых методов лечения и диагностики.

– Хирургической школой мы можем по праву гордиться, – сказал заместитель губернатора Челябинской области Евгений Редин. – Основы её были заложены ещё в 1944 г., когда в наш город был эвакуирован Киевский мединститут. Продолжая традиции видных учёных и практиков этого прославленного вуза, мы сейчас наладили надёжную систему здравоохранения, а хирурги делятся наработанным опытом.

– Для нашего региона большая честь принимать этот крупный форум, встречать специалистов экстра-класса, объединять коллег из разных регионов нашей огромной страны и ближнего зарубежья, – подчеркнул министр здравоохранения Челябинской

## Тенденции

# Традиции киевских хирургов живы

Сегодня они являются примером для наших врачей



Хирурги приветствуют Дмитрий Альтман (слева) и Валерий Кубышкин

области Сергей Кремлев. – Уверен, интенсивный обмен опытом, дискуссии и лекции будут максимально полезны для каждого участника и, как итог, принесут пользу нашим с вами пациентам.

Особое внимание на совещании было уделено обсуждению

эффективных методов устранения осложнений, которые возможны при проведении лапароскопических операций на печени, желчевыводящих путях и поджелудочной железе.

Во время пресс-конференции, которой открылось совещание, главный врач Челябинской об-

ластной клинической больницы Дмитрий Альтман сообщил журналистам о второй успешной пересадке печени.

Напомним, что первая подобная операция была проведена в ЧОКБ 5 сентября 2015 г. при участии московских коллег. К ней южноуральские врачи готовились около года. В том числе и во время стажировки у главного трансплантолога Минздрава России Сергея Готье в Федеральном научном центре трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова.

Первой пациенткой с пересаженной печенью на Южном Урале стала 62-летняя женщина с первичным билиарным циррозом. Шансов выжить без операции у неё практически не было.

– На прошлой неделе мы совершили вторую трансплантацию печени, – сообщил Д.Альтман. – Пока всё идёт хорошо. Мы отслеживаем состояние и нашей первой пациентки. Она жива и здорова. Но пока нам сложно сказать, насколько такие операции будут массовыми.

По словам Дмитрия Алексан-

дровича, несмотря на особое значение подобных операций, они влекут за собой ряд крайне сложных вопросов. В частности, возникает проблема донорства и другие морально-этические вопросы, связанные с принятием решения о проведении трансплантации. С другой стороны, пересадка печени – единственный способ спасти пациента с циррозом или гепатоцеллюлярной недостаточностью, когда детоксикационная функция печени нарушена полностью.

Но у Челябинска есть все шансы совершить прорыв в этом направлении. Так считают и столичные светила в области хирургии.

– Печень, желчные протоки, которые выводят все токсические продукты из печени в кишечный тракт, поджелудочная железа – это чрезвычайно тонкие структуры. И операции на этих органах крайне сложны, – добавил главный внештатный специалист – хирург Минздрава России академик РАН Валерий Кубышкин. – И то, что Челябинск стал правообладателем технологии в части трансплантации печени, говорит о высоком интеллектуальном уровне южноуральских врачей. Потому что трансплантология – это интеллект медицины.

Если удастся поставить операции по пересадке печени на поток, это позволит спасти 20 жизней в год. Каждая трансплантация в среднем позволит продлить жизнь пациенту на 11 лет, причём в лучшем качестве, чем с больной печенью.

Наталья МАЛУХИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

## Современные технологии

# Новые и классические подходы к опухолям

Молодое направление в медицине быстро развивается

Научно-практическая конференция «Современный взгляд на диагностику и лечение нейроэндокринных опухолей» состоялась в Ростове-на-Дону. Форум был организован Ростовским научно-исследовательским онкологическим институтом совместно с Ростовским государственным медицинским университетом, Ассоциацией эндокринологов и специалистов хирургического профиля Ростовской области. Конференция стала наглядной школой для специалистов Южного, Северо-Кавказского, Крымского и Центрального федеральных округов.

Диагностика и лечение нейроэндокринных опухолей – молодое направление в российской медицине. Изучением проблемы начали заниматься крупные онкологические центры в Москве, Санкт-Петербурге, Казани. На Юге России основоположником исследований в этой области стал Ростовский научно-исследовательский онкологический институт. За последний год РНИОИ проводит третью конференцию, посвящённую этой теме. На этот раз научный форум собрал врачей сразу трёх специализаций: онкологов, эндокринологов и хирургов.

– Повышенное внимание к нейроэндокринным опухолям сегодня наблюдается во всём мире. Это не случайно. Терапия данной группы заболеваний отличается от классических подходов в онкологии.

Именно в этой нозологии на первый план выходит мультидисциплинарный подход, что позволяет достоверно улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов, – отметил директор РНИОИ профессор Олег Кит.

Статистика показывает, что лечение нейроэндокринных опухолей в учреждениях с мультидисциплинарным подходом в 5 раз эффективнее, чем в учреждениях общей лечебной сети, в том числе онкодиспансерах. За последние 2 года в ростовском онкоинституте лечение получили порядка 100 пациентов с этим заболеванием, которые были вылечены без осложнений. В РНИОИ применяется инновационный подход, соответствующий мировым практикам лечения нейроэндокринных опухолей.

Активная работа в этом направлении здесь началась в 2013 г. Тогда в институте была создана рабочая группа исследователей по теме «Нейроэндокринокарциномный рак». Сегодня в каждом отделении института есть ответственный по НЭО.

В работу по диагностике и лечению данного вида опухолей активно включилась лаборатория иммунофенотипирования РНИОИ, сертифицированная по системе GLP. Это увеличило скорость и качество диагностики больных НЭО, а также позволило более чётко проследить динамику лечения. В институте создан банк и архив нейроэндокринных опухолей.

Ведутся научные исследования на эту тему.

– Наш институт совместно с РОНЦ им. Н.Н.Блохина создал регистр, который приводится в соответствие с международными стандартами. Идёт работа по интеграции регистра в общероссийский. Мы активно сотрудничаем с Всероссийским обществом МОЛНЕО, – говорит старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук, ответственный секретарь конференции Владимир Трифанов.

Чтобы эффективно диагностировать и лечить заболевание, онкологи РНИОИ предпочли сотрудничество эндокринологом Ростовского медицинского государственного университета.

– Врачи разных специализаций должны быть информированы об особенностях этого заболевания. Успех лечения зависит от оснащённости учреждения, профессионализма команды и последовательности терапии. Сегодня ростовский онкоинститут создал такую команду с медицинским университетом, – сообщила проректор по научной работе Ростовского ГМУ профессор Наталья Волкова.

На конференции в Ростове были представлены научные доклады: учёных РНИОИ (О.Кит, В.Трифанов), РостГМУ (Н.Волкова, М.Поркшеян, А.Помазков, М.Черкасов, А.Хиндиайнен, Д.Пиховкин, Т.Печников), РОНЦ им. Н.Н.Блохина (В.Делекторская, Н.Орёл) и ЦНИИОИЗ (О.Зеленова). Новые знания и опыт в области нейроэндокринных опухолей, полученные на конференции, позволяют специалистам Юга России улучшить результаты лечения больных с данной патологией.

Алла МЫСНИК,  
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

## Деловые встречи

В Екатеринбурге завершила работу Международная конференция «III Евро-Азиатский неонатальный форум». Его организаторами выступили Министерство здравоохранения Свердловской области и Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов».

# Неонатологов собрал Урал

Они поделились опытом выхаживания недоношенных детей

Совместно с коллегами из регионов РФ и ведущими мировыми экспертами специалисты областного перинатального центра обсудили вопросы современных аспектов профилактики ретинопатии недоношенных, лечения неонатального шока, новые технологии респираторной терапии, вопросы энтерального питания и внедрения современных технологий доказательной медицины.

Представители Свердловской ОДКБ № 1 поделились практическим опытом выхаживания больных с хирургической патологией, организацией помощи недоношенным детям. В своих докладах они раскрыли темы исследования новорождённых и роли обучающей медицинской сестры в подготовке специалистов для отделения реанимации новорождённых, особое внимание было уделено безопасности новорождённого в условиях перинатального центра.

В рамках конференции на базе областного перинатального центра прошёл мастер-класс по функциональной эхокардиографии в отделении реанимации новорождённых. Неонатолог и детский кардиолог Йоген Сингх (университетский госпиталь, Кембридж, Великобритания) со-

вместно с профессором Самиром Гупта (Стоктон, Великобритания) в реальном времени продемонстрировали технику оценки гемодинамики критически больных новорождённых детей с помощью новых технологий и ответили на вопросы специалистов.

Мероприятие посетили представители Великобритании, Германии, Израиля, Литвы, Новой Зеландии, российские специалисты из более чем 30 городов – от Южно-Сахалинска до Санкт-Петербурга и Калининграда.

– Неонатальный форум – пример нового формата для обмена теоретическими знаниями и практическим опытом, а заинтересованность данным мероприятием такого внушительного списка участников – это закономерный интерес к достижениям Свердловской области в выхаживании новорождённых детей, – отметила начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области Светлана Татарева.

Елена ЛЬВОВА,  
МИА Cito!

Екатеринбург.

На пресс-конференции в Москве были озвучены результаты федерального исследования «Индекс женского здоровья», которое провёл Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ). На вопросы отвечали женщины репродуктивного возраста (18-44 года).

Как показывают результаты исследования, практика прохождения профилактических осмотров у гинеколога в нашей стране в целом существует: врачей посещает большинство (86%) женщин. Серьёзнее всего к своему здоровью относятся девушки в возрасте 18-24 лет (среди них эта доля достигает 39%, а среди 35-44-летних – 24%). Половина опрошенных приходит на профилактический приём каждый год, 6% – каждые 2 года, 3% – реже одного раза в течение 3 лет.

Тем не менее, почти все, бывающие у гинеколога реже, чем раз в полгода (а их – больше половины) признают тот факт, что их поведение противоречит рекомендациям врачей: 89% из них согласны, что профилактические осмотры необходимо проходить каждые 6 месяцев. Каждая вторая объясняет отсутствие посещения врача тем, что чувствуют себя здоровой. Также в качестве «оправдания» они приводят доводы о наличии постоянного полового партнёра (39%), нехватке времени (38%), невозможности найти квалифицированного врача-гинеколога (21%) и т.д.

Кроме того, лишь каждая седьмая женщина, находящаяся в репродуктивном возрасте, идёт к гинекологу только в случае возникновения проблем со здоровьем. 40% ждут несколько дней, не пройдут ли тревожные симптомы сами собой, а 26% готовы терпеть достаточно долго, пока ситуация серьёзно не ухудшится.

И только 33% записываются на приём сразу же при обнаружении каких-либо непривычных ощущений.

– Культура заботы о женском репродуктивном здоровье начала формироваться не так давно. Сегодня она всё ещё остаётся на низком уровне по ряду причин. В том числе и потому, что женщины нерегулярно посещают гинеколога, а если и приходят к нему, то стесняются говорить о своих проблемах, – комментирует главный

## Острая тема

# Индекс женского здоровья – каков он?

## Результаты опроса ВЦИОМ вызывают тревогу



Пора нашим женщинам осознать, что постоянный профилактический осмотр у гинеколога – очень серьёзное мероприятие

научный сотрудник центра женского здоровья Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, профессор Ирина Кузнецова. – А ведь профилактический осмотр – не просто рядовое мероприятие. На приёме у врача можно получить рекомендации по подготовке к беременности, корректной диете и образу жизни, а также по профилактике заболеваний репродуктивной системы.

Известно, что одной из наиболее распространённых опухолей является миома матки. Её обнаруживают у 30-35% женщин репродуктивного возраста, то есть примерно у каждой третьей. Несмотря на то, что миома – это доброкачественная опухоль, она

становится основной причиной проведения гистерэктомии – операции по удалению матки, что приводит к бесплодию.

Согласно «Индексу женского здоровья», уровень информированности об этой патологии высок: 94% опрошенных слышали о ней, однако лишь 15% хорошо известны симптомы. Назвать наиболее эффективный и безопасный метод лечения данного заболевания участникам опроса оказалось довольно затруднительно, что это можно определить только в каждом конкретном случае.

– Сейчас при лечении миомы матки подход «нет органа – нет проблемы» остался в прошлом, – говорит профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного

факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, президент МОО «Общество врачей, занимающихся изучением и лечением миомы матки», доктор медицинских наук Александр Тихомиров. – Современная медицина может предложить пациенткам 4 подхода к лечению: радикальный (удаление матки), консервативно-пластический (удаление узлов), аппаратные методики и медикаментозное лечение.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ».

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

## Решения

В рамках госпрограммы «Развитие здравоохранения» между бюджетами 12 субъектов РФ распоряжением Правительства РФ распределены субсидии из федерального бюджета в размере 5189,5 млн руб. Средства предназначены для финансирования в 2016 г. расходных обязательств при строительстве (реконструкции) объектов государственной собственности субъектов Федерации и муниципальной собственности.

## Объекты здравоохранения будут под контролем

Распоряжением кабинета министров № 764-р., проект которого внесён Минздравом России, субсидии направляются на финансирование капитальных вложений в строительство и реконструкцию учреждений здравоохранения в республиках Кабардино-Балкарской, Карачаево-Черкесской, Тыва, Чувашия, Красноярском крае, Магаданской, Омской, Псковской, Рязанской, Тамбовской, Челябинской областях, Москве.

Ещё одним распоряжением № 763-р в рамках госпрограммы «Развитие Северо-Кавказского федерального округа» на период до 2025 г. между бюджетами 5 субъектов этого региона распределены субсидии в размере 1248,8 млн руб. Средства пойдут на строительство и реконструкцию 7 объектов: центральной районной больницы им. З.Ш.Магомаевой в селе Ботлих и участковой больницы в селе Гурбуки (Республика Дагестан), онкологического диспансера и республиканской многопрофильной детской больницы в Черкесске, Республиканской детской клинической больницы во Владикавказе, Республиканской клинической больницы им. Ш.Ш.Эпендиева в Грозном и поликлиники в Юго-Западном районе Ставрополя.

Иван ВЕТЛУГИН.  
МИА Сити!

## Инициатива

# Чтобы медикам жилось комфортно

## Об этом беспокоится сам губернатор

Проект «Губернаторская ипотека» в Ульяновской области стартовал в сентябре 2015 г. по инициативе главы региона для оказания содействия работникам бюджетной сферы в приобретении жилья.

Сотрудникам государственных и муниципальных учреждений из областной казны выделяется единовременная социальная выплата в размере 100 тыс. руб. при приобретении жилья в ипотеку. Застройщики, в свою очередь, компенсируют затраты на оплату процентов по ипотеке таким образом, что в первый год кредита процентная ставка составит 0%, во второй – 5%, в третий – 10%.

– Мы должны создать в регионе максимально комфортные условия для проживания работников бюджетной сферы. В первую очередь это касается медиков, поскольку сеть учреждений здравоохранения продолжает активно развиваться, нам требуются новые высококвалифицированные кадры. В ближайшее

время начнут работу высокотехнологичный перинатальный центр в Ульяновске, а также центр медицинской радиологии в Димитровграде. В связи с этим одной из первоочередных задач является обеспечение данной категории работников качественным и доступным жильём. Реализация этой программы позволит медикам, купившим жильё в кредит, уменьшить ежемесячный платёж, сократить переплату по процентам за весь срок кредитования. А застройщики, в свою очередь, получат дополнительный стимул для развития жилищного строительства, – отметил губернатор Сергей Морозов.

По информации Министерства здравоохранения региона, участниками данной программы уже стали более 20 медиков. Все они получили денежные сертификаты.

– В соответствии с поручением губернатора мы продолжаем активно работать над решением проблемы нехватки специалистов. В 2015 г. дефицит врачебных

кадров сократился на 7% по сравнению с уровнем прошлого года, а среднего медицинского персонала – на 5%. Это было бы невозможно без тех мер социальной поддержки, которые реализуются в регионе. Благодаря федеральной программе «Земский доктор» на работу в сельские учреждения здравоохранения привлечено 65 специалистов с высшим профессиональным образованием. С 2016 г. в Ульяновской области стартовала инициативная программа «Земский фельдшер», в рамках которой медицинским специалистам в возрасте до 50 лет, прибывшим в 2015-2016 гг. на работу в ФАПы Ульяновской области, предоставляются по 500 тыс. руб. на приобретение жилья. В настоящее время участниками программы стали три фельдшера. Они трудоустроены в Николаевский, Инзенский, Карсунский районы. Уже подобраны варианты жилья, оформляются необходимые документы на получение выплат, – под-

черкнул заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

По информации профильного ведомства, для закрепления медицинских специалистов на территории региона с 2013 г. реализуется областной закон, в соответствии с которым врачам, принятым на работу с 1 января 2010 г., предоставляется единовременная денежная выплата в размере 10 тыс. руб. и ежемесячная – в размере 1 тыс.

Кроме того, медикам с высшим образованием, проживающим в сельской местности, дополнительно предусмотрены ежемесячные денежные компенсации расходов на коммунальные услуги и единовременная выплата: за первый год работы – 20 тыс. руб., за второй – 40 тыс., за третий – 60.

Виктория ГУРСКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

## Новости

В рамках обучающего проекта Минздрава Челябинской области «Диабет. Твоё здоровье – в твоих руках» более чем 180 людей с диабетом в Аргаяшском районе получили консультации, связанные с ежедневными инъекциями инсулина и постоянным самоконтролем.

# Глюкометры в подарок

Как известно, эпидемия диабета стремительно разрастается и становится одной из самых актуальных проблем в мире: согласно оценкам международных организаций, болезнь входит в тройку наиболее частых причин преждевременной инвалидности и смерти.

В этот день нуждающиеся в медицинской помощи жители района могли пообщаться с эндокринологом, психологом и терапевтом. Пациентам рассказали, что нужно делать, чтобы снизить воздействие факторов, негативно влияющих на состояние организма, и минимизировать влияние болезни на качество жизни.

– Сегодня все желающие прошли обучение навыкам самоконтроля и са-

мостоятельного ведения заболевания, – рассказала главный специалист Минздрава Челябинской области по профилактической медицине Ольга Агеева. – Кроме того, мы рассказали пациентам, как правильно адаптировать лечение к конкретным условиям жизни, школьному обучению, рабочему режиму, физической активности и занятиям спортом.

Любой посетитель мероприятия смог измерить свой вес, узнать уровень гликемии и артериального давления. Кроме того, больные диабетом бесплатно получили глюкометры от организаторов акции.

Мария ХВОРОСТОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

В столице состоялось торжественное мероприятие, посвящённое 240-летию Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского. Почётными гостями в этот день стали министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, министр здравоохранения Московской области Нина Суслонова, видные общественные и государственные деятели.

Торжественное заседание, посвящённое юбилею, открыл директор МОНИКИ, профессор Филипп Палеев. Он рассказал об истории института, и тех достижениях, которых добилось это уникальное медицинское учреждение за время своего существования.

Ещё в 1772 г. на месте, где сейчас располагается МОНИКИ, в небольшом купеческом доме был организован первый противочумный карантин. А уже через 3 года Екатерина II издала Указ о создании «особой больницы и богадельни», после чего 19 июня 1776 г. на 3-й Мещанской улице на месте противочумного карантина была торжественно открыта больница на 150 коек. Именно с этого события берёт своё начало Екатерининская больница, которая на протяжении 240 лет непрерывно оказывает самую высококвалифицированную медицинскую помощь населению. Не прерывалась лечебная дея-

Вехи

# Новая жизнь Екатерининской больницы МОНИКИ – 240 лет!



Вероника Скворцова поздравляет Филиппа Палеева

От лица губернатора Московской области Андрея Воробьёва и её правительства поздравила МОНИКИ первый заместитель председателя правительства Московской области Ольга Забралова.

Министр здравоохранения Московской области Нина Суслонова также присоединилась к тёплым словам, сказанным в адрес коллектива института, всех его сотрудников.

Народный артист СССР, депутат Государственной Думы РФ Иосиф Кобзон зачитал поздравление от руководства нижней палаты парламента. В качестве подарка Иосиф Давыдович исполнил для собравшихся несколько известных песен.

Программу праздничного мероприятия завершили выступления выпускников музыкальных заведений Москвы.

Наля САФИНА,  
Юрий ЛУНЬКОВ (фото),  
корреспонденты «МГ».



Здесь всё дышит историей

тельность и в годы Великой Отечественной войны: в этот период сотрудники клиники перешли на работу во фронтовые и тыловые госпитали, а на базе института был развёрнут эвакуогоспиталь.

– Сейчас МОНИКИ – это уникальное учреждение, где неразрывно развиваются наука, лечение и процесс обучения, – подчеркнул Ф.Палеев, – тот

самый формат, который сегодня признан во всём мире как наиболее эффективный для развития медицины.

Филипп Николаевич выразил благодарность губернатору Московской области Андрею Воробьёву за вклад в здравоохранение Московской области и поблагодарил гостей, пришедших на юбилей.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, поздравляя коллектив больницы, отметила, что именно здесь к работе были привлечены женщины ещё в середине XIX века, а во второй половине XX века впервые открылось образовательное учреждение для фельдшерниц. Также здесь была создана первая клиническая база Москвы. В прошлом веке отсюда вышли наши великие учёные и клиницисты. Н.А.Семашко, Н.Н.Бурденко, А.В.Вишневский.

– Дорогие друзья, я хочу вам пожелать, прежде всего, крепкого здоровья, уверенности в своём профессиональном предназначении, в том, что институт ждёт блестящее будущее! Мы очень гордимся вами! – напутствовала юбиляров В.Скворцова. В завершение своего выступления она вручила руководителю клиники Филиппу Палееву почётный знак «Отличнику здравоохранения». За добросовестный труд в области здравоохранения почётной грамотой Минздрава России также был награждён ряд сотрудников института.



Академик РАН Николай Палеев (слева) и член-корреспондент РАН Геннадий Оноприенко – ветераны института

## Итоги и прогнозы

Медицинский совет Кемеровской области подвёл итоги года работы государственно-муниципального сектора здравоохранения в 2015 г. Было отмечено, что по большинству показателей планируемые значения в отрасли достигнуты или изменены в лучшую сторону.

Несмотря на то, что за счёт снижения рождаемости показатель естественной убыли населения увеличился с 1,4 случая на 1000 до 2, по сравнению с предыдущим годом члены совета констатировали снижение смертности кузбассовцев от всех причин. Так, младенческая смертность уменьшилась на 6,9%, смертность от болезней системы

## Что отметил медсовет

кровообращения – на 5,6%, от дорожных аварий – на 15,7% (этому, в частности, способствовала работа 17 травмоцентров, расположенных вдоль федеральной и региональных трасс). Смертность от туберкулёза по сравнению с 2013 г. уменьшилась на 29,1%.

Дальнейшее развитие получила система оказания медицинской помощи населению удалённых, главным образом, сельских территорий. Благодаря использованию передвижных ФАПов и лечебно-диагностических комплексов ЦРБ, а также выездной

работе мобильных врачебных бригад, первичную медико-санитарную помощь и первичную специализированную помощь получили 198 тыс. сельских жителей. Из них 40 тыс. были осмотрены специалистами областных медицинских учреждений.

Высокотехнологичную медицинскую помощь получили 15 362 жителя области, это на 625 человек больше, чем в 2014 г.

В целом структура оказания медицинской помощи была смещена в сторону амбулаторно-поликлинического звена. Доля рас-

ходов на стационарное лечение в общем объёме финансирования территориальной программы составила 53,9%. Расходы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях – 31% при целевом показателе «дорожной карты» 30,9%, доля расходов на дневной стационар – 7,4% при плане 5%.

Продолжился рост ожидаемой продолжительности жизни кузбассовцев. За 5 лет она увеличилась на 2,1 года и составила 68 лет в среднем, в том числе 61 год – у мужчин, и 73 года – у женщин.

Заместитель губернатора по вопросам здравоохранения Алексей Сергеев подчеркнул, что в ближайшие планы развития отрасли входит передача муниципальных полномочий в здравоохранении на уровень субъекта, с прямым подчинением Департаменту охраны здоровья населения. В числе первоочередных задач были названы завершение оптимизации оказания медицинской помощи и сокращение неэффективных расходов, усиление мер по антикризисному управлению в каждой медицинской организации и в отрасли в целом.

Валентина АКимова,  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

По себе я понял: жизнь прожить – не поле перейти... Вот так работаешь на одном месте годами и, кажется, знаешь, кто с тобой рядом. Но в какой-то момент вдруг открываешь в коллеге такую глубину невероятных размеров...

В центральной городской больнице Долгопрудного Московской области всем знаком врач-травматолог Аркадий Мадюдя. До недавних пор он долгое время возглавлял травматологическое отделение ЦГБ, совершая со своими коллегами то одно, то другое медицинское чудо.

Не надо быть врачом, чтобы понимать, с какими порой замысловатыми переломами после тех же ДТП поступают в больницу пациенты. И сколько надо мастерства, даже фантазии, чтобы привести их в порядок, вернуть к нормальной жизни!

Время меж тем летит, и недавно Аркадий Фёдорович оставил заведование отделением. Наступающим летом исполняется нашему доктору 80 лет. И если кто-то подумал, что врач ушёл на заслуженный отдых, то спешу сообщить – это не так. Аркадий Фёдорович продолжает деятельность в соответствии со статусом своего диплома и сертификата в детской поликлинике, он трудится врачом-травматологом, продолжая показывать «высший пилотаж».

Недавно у двухлетнего сына моих знакомых случился перелом лучевой кости, да такой, что для его вправления был предложен внутривенный наркоз. Родители от него отказались и... обратились к доктору Мадюде. Результат – и кость на месте, и наркоз давать ребёнку не понадобилось. Как говорится, ловкость рук – и всё в порядке! Как же дошёл до «такой жизни» Аркадий Фёдорович? Сбор «анамнеза» у юбиляра прояснил, что вся жизнь его состоит из чудес, что все эти годы сама судьба упрямо ведёт его по трудному и тернистому пути врача...

Родился будущий доктор на Украине. В 1944 г. после освобождения от фашистов населённого пункта, в котором жил Аркадий, он (мальчику тогда было 7 лет) нашёл гранату, которая тут же взорвалась в его руках. Аркаша, к счастью, остался жив, но получил при взрыве 26 ран (!) и пробыл без сознания 5 суток. Врачи не опускали рук, и их усилия и молитвы бабушки сделали своё дело.

В 1945 г. мальчик пошёл в 1-й класс. Учился хорошо, но в медицинстит с первой попытки не поступил. Желание помогать людям всегда довлело над Аркадием, вот и в тот момент сочинение-то он написал, но проверить его не успел, потому что проверял работу симпатичной соседки...

И что вы думаете он сделал дальше? При имеющемся заключении медицинской комиссии

Рядом с нами

# Останавливающий болезнь

## Таким является ученик великого Илизарова из Подмоскья



военкомата «годен к нестроевой в военное время» Аркаша добился для себя военной службы во флоте и прослужил полагающийся ему срок. Далее – учёба в медицинском институте, и после 4-го курса студент Мадюдя начал оперировать. А ещё в институте Аркадий увлёкся классической борьбой. Звёзд особым в спорте не заработал, но вот с одним из студентов старшего курса довелось бороться не раз. Чаще побеждал тот, старшекурсник, но и Аркадию доводилось праздновать победы... Об этом эпизоде его жизни можно было бы и не писать, если бы не фамилия того старшекурсника – Анатолий Кашпировский.

После окончания вуза поехал Аркадий в родной Тульчин, где после 3 лет работы стал заведующим хирургическим отделением. Там же доктор Мадюдя узнал об аппарате Илизарова и самом Гаврииле Абрамовиче. Аппарат вскоре был приобретён больницей. Оценив его возможности и узнав, что в Курган требуются врачи, Аркадий Фёдорович написал письмо о желании работать у Илизарова и вскоре получил на него положительный ответ.

Раздумий не было, и вот он с семьёй в Кургане. Кстати, любопытная деталь. Доктор Мадюдя приехал к Илизарову в один день с доктором Шевцовым, ставшим впоследствии генеральным директором института им. Илизарова... Так вот, Владимир Иванович тогда был распределён на работу в поликлинику, а Мадюдя – ординатором в стационар, в гнойное отделение.

С большой теплотой вспоми-

нает Аркадий Фёдорович свою работу в Кургане под началом великого Илизарова. И то сказать, какие интересные случаи для жаждущего настоящей работы врача, а какие пациенты! Доктор Мадюдя был лечащим врачом легендарного спортсмена Валерия Брумеля, композитора Дмитрия Шостаковича, племянника Генерального секретаря ЦК КПСС Л.Брежнева. Работа в институте Илизарова, конечно же, предполагала защиту научной диссертации, и тут всё как будто бы складывалось, как нужно... И вот, когда было сделано около 80% научной работы, случилось непредвиденное. Жену Аркадия Фёдоровича одолели... комары. Да-да, те самые, кровопийцы зауральские. Уж кто-кто, а я, автор этого эссе, с ними хорошо знаком. Вопрос был поставлен ребром, и пришлось пойти согласиться на незапланированный отъезд из Кургана.

Договорённость о следующем месте работы была у Аркадия Фёдоровича с отделением травматологии городской больницы Днепрпетровска. Но к месту назначения он не доехал, «застряв» в Ивантеевке Московской области. Травматологического отделения в городской больнице не было, но... разве он не ученик Илизарова?! Накопленные знания доктор Мадюдя применил здесь с большой пользой. Чтобы не быть голословным, приведу несколько чудесных исцелений, сотворённых этим врачом в то время.

Мальчик Н., 8 лет, играл на стройплощадке, и по недосмотру водитель автомобиля КамАЗ дважды переехал ему голень.

Тут, как говорится, всё просто, перспектива одна – ампутация ноги. Но ведь собрал доктор кости той голени, сшил нервы и сосуды! Потом вырос тот парень здоровым человеком, достигнув роста 2 метра 5 см!

Девочка Юля Г., 5 лет, получила травму «благодаря» игре с электрической розеткой. У неё сгорели все пальцы обеих рук. В какие только больницы не обращались её родители, жившие в Подмоскье! Наконец, на доктора Мадюдю их вывел главный ортопед-травматолог Московской области профессор П.Фищенко. Аркадий Фёдорович взялся за дело, и уже через полтора года Юля смогла держать во вновь сформированной кисти карандаши и начала рисовать. Сейчас ей уже 23 года, она окончила библиотечный техникум и успешно работает по своему профилю, поддерживая связь с чудо-врачом.

Мужчина Ж., 40 лет, с ростом 180 см и весом 20 кг... Причиной такого дисбаланса явился хронический остеомиелит. Кто только не лечил этого пациента, но дело шло к летальному исходу. И вот на пути болезни встал доктор Мадюдя. Аркадий Фёдорович не только остановил процесс, но и поставил пациента на ноги, победив недуг.

Но как же, зададитесь вопросом вы, обстоят дела с научной деятельностью у этого замечательного врача? Тема диссертации, выбранная самим Г.Илизаровым для врача А.Мадюди, звучала так: «Сочетанные ложные суставы, осложнённые остеомиелитом». Напомню, работа была выполнена в Кургане на 80%, и её мечтал завершить врач-практик... Связь с Гавриилом Абрамовичем доктор держал, и была даже договорённость о возвращении в Курган. Но... Помешала смерть Илизарова, а потом, когда на защите диссертации настоял профессор П.Фищенко, случилась другая беда – диссертация, случайно оказавшаяся в макулатуре, сгорела дотла. Попереживав по поводу её утраты, Аркадий Фёдорович не стал восстанавливать научную работу. Так и остался талантливый ученик Илизарова без научной степени... Но возьму на себя смелость сказать, что каждый особый случай с пациентом подтверждает эту степень, а благодарность вновь обретших здоровье людей её многократно усиливает! Чтобы добавить обоснованности в такое своё утверждение, приведу ещё случай из практики врача травматолога-ортопеда Мадюди.

В ЦГБ Долгопрудного приехала делегация врачей из США. Гости подарили отделению травматологии ящик эндопротезов и инструменты для их установки. Руководитель американской делегации, сам врач-травматолог, присутствовал на обходе больных. Когда он увидел пациента Василия А., 23 лет, упавшего на стройке с высоты 9-го этажа, то... пришёл в восторг. Диагноз у пациента был таков: тяжёлая сочетанная травма, переломы бёдер, перелом правой голени, открытый перелом левой голени. Пациенту проведено оперативное лечение с использованием аппаратов Илизарова. Больной уже выздоравливал, и американский гость назвал заведующего отделением Мадюдю «пионером травматологии», подарив тому серебряный доллар. Ирония судьбы заключалась в том, что этим же вечером Аркадия Фёдоровича вызвали в приёмное отделение к тому самому американскому травматологу, представшему на этот раз в качестве больного. Он упал и получил переломы костей предплечья со смещением. Доктор Мадюдя репорировал перелом, и когда иностранный пациент увидел контрольный рентгеновский снимок, то воскликнул: «О чудо, я уже настроился на операцию... Как вам удалось устранить такое смещение отломков, доктор?»

После репозиции переломов практически не было видно. Через 2 месяца заведующий травматологическим отделением ЦГБ Долгопрудного получил от иностранного врача-пациента приглашение на работу в США.

«У нас в стране в то время был бардак, – вспоминает Аркадий Фёдорович, – но я... не поехал... Дурак, конечно!..»

Такая вот самокритика... И подобных примеров в практике Аркадия Фёдоровича больше сотни.

Вот такой доктор живёт в городе Долгопрудном... Как говорится, знай наших! Хочу пожелать Аркадию Фёдоровичу долгих лет и плодотворной жизни, а власть имущим почаще проявлять внимание и уважение к таким людям.

При подготовке этого материала «за бортом» осталось много интересных фактов о достойном ученике великого Илизарова... Но мне кажется, что я ещё вернусь к нему. Да и о самом его учителе Г.Илизарове я знаю кое-что, о чём прежде не говорилось.

**Александр КЛИМАЙ,**  
врач-терапевт,  
почётный член Российского  
союза писателей.

## Новости

Этого события жители Икрянинского района ждали 2 года. В торжественной церемонии открытия обновлённого родильного отделения принял участие астраханский губернатор Александр Жилкин. «Мы получили очередной хороший медицинский объект, – отметил глава региона. – Теперь местные женщины могут спокойно планировать расширение семьи».

Роддом в Икряном закрылся на ремонт в 2014 г. По мнению губернатора, быстрым ремонт назвать нельзя. «Икрянинская больница всегда была для нас почему-то

## Село Икряное приросло роддомом

проблемной, – отметил Александр Жилкин. – Даже в эффективные и спокойные годы устойчивого финансирования, когда в здравоохранение направлялись серьёзные финансовые потоки, ситуация с ремонтом роддома здесь оказалась вялотекущей, проект затянулся». По словам главы региона, проблема была управленческого характера. «После смены главного врача новому руководителю удалось выстроить новую модель управления, изменить систему

и быстро завершить ремонт», – сказал он.

– Сегодня родильное отделение полностью готово к оказанию квалифицированной медицинской помощи, весь штат укомплектован, – заявил главный врач Икрянинской районной больницы Андрей Кашин. Проведена большая работа: полностью заменены системы канализации и водоснабжения, электропроводка. Отремонтированы операционная и коридоры, установлена противо-

пожарная сигнализация. Сегодня в родильном отделении 10 коек, в гинекологическом – 18. Также имеются операционный блок и палата для реанимации новорождённых.

С начала апреля в отремонтированном роддоме уже успешно прошли 16 родов. Женщины оценили новые комфортные условия – индивидуальные родовые залы, одноместные палаты совместного пребывания «Мать и дитя».

Ежегодно в икрянинском родильном отделении проходило более 300 родов. После ремонта появилась возможность увеличить их число и даже оказывать медицинскую помощь жительницам ближайших районов.

Депутат Госдумы Астраханской области Геннадий Орденков на торжественной церемонии открытия от имени одной частной компании вручил главному врачу сертификат на 500 тыс. руб. на приобретение необходимого современного оборудования.

**Анна ЛЮБЕЗНОВА,**  
внешт. корр. «МГ».

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 30 (1969)

(Продолжение. Начало в № 30 от 29.04.2016.)

## Силикаты и карбоноиды

### Асбестоз

Слово «асбест» происходит от греческого слова «неистребимый». Ежегодно в мире извлекается около 6 млн т этого минерала. Асбест – это собирательное название тонковолокнистых минералов класса силикатов, куда входят хризотил, амозит, антофиллит, крокидолит. Асбест огнеупорен, прочен, является диэлектриком, благодаря чему широко используется в строительстве (асбоцементные изделия – трубы, панели, шифер) и промышленности (асбопластики, из которых делают массу технических изделий, в частности тормозные колодки), а также для обеспечения противопожарной безопасности (асботекстильные изделия).

Асбестозу подвержены как рабочие, занятые добычей, обработкой и изготовлением из асбеста промышленных изделий, так и работающие с этими изделиями люди. Более того, описаны случаи асбестоза при совсем незначительном контакте – у маляров судоверфей, которые работали в одном помещении с изолировщиками, и домохозяйек, которые всего-навсего чистили и стирали рабочую одежду мужа. Источником бытовых контактов с асбестом чаще всего служит материал, которым обрабатывают стальные перекрытия многоэтажных зданий в целях обеспечения противопожарной безопасности.

Асбестозу подвержены как рабочие, занятые добычей, обработкой и изготовлением из асбеста промышленных изделий, так и работающие с этими изделиями люди. Более того, описаны случаи асбестоза при совсем незначительном контакте – у маляров судоверфей, которые работали в одном помещении с изолировщиками, и домохозяйек, которые всего-навсего чистили и стирали рабочую одежду мужа. Источником бытовых контактов с асбестом чаще всего служит материал, которым обрабатывают стальные перекрытия многоэтажных зданий в целях обеспечения противопожарной безопасности.

Асбест используется на протяжении многих веков, поскольку он является огнеупорным в качестве изоляционного материала, битумного покрытия, в промышленных конструкциях, аудиопродукции, тормозных сцеплениях и рулях, а также во множестве других изделий, которые потенциально опасны. Широкое использование асбеста началось в 1940-х годах. Начиная с 1975 г. его стали вытеснять синтетические материалы – стекловолокно и шлаковата. Тем не менее асбест до сих пор используется для изготовления тормозных колодок и фрикционных накладок диска сцепления, для теплоизоляции водопроводных труб, водогрейных и отопительных котлов – и на предприятиях, и в жилых домах. Существует несколько типов асбеста: серпентин (змеевики) или белый асбест (наиболее часто используется в промышленности его разновидность хризотил) и амфиболы, или голубой асбест, такие как крокидолит и амозит.

Наибольшим патогенным действием обладают производимые за рубежом (преимущественно в Канаде) амфиболовые асбесты (в РФ производится хризотилитовый асбест). Асбест содержит многие волокнистые минералы, состоящие из гидратных силикатов. Волокна асбеста дают двойное лучепреломление в поляризованном свете, что может быть использовано при микроскопической диагностике. Нередко они встречаются в комбинации с силикатами и содержат кальций, железо, магний и соду.

Волокна асбеста, несмотря на большую длину (5–100 мкм), имеют малую толщину (0,25–0,5 мкм), поэтому они глубоко проникают в альвеолы в базальных отделах лёгких. Волокна обнаруживаются не только в лёгких, но в брюшине и других органах. Волокна повреждают стенки альвеол и бронхиол, что сопровождается мелкими гемorragиями, которые служат основой для образования внутри макрофагов гемосидерина. Комплексы, состоящие из асбестовых волокон, покрытых иногда протеинами, но чаще всего гликозаминогликанами, на которых оседают железосодержащие зёрна гемосидерина, получили название асбестовых телец. В оптическом микроскопе это красноватые или желтоватые продолговатые структуры, имеющие форму колец или нанизанных жемчужин, напоминающих вид «элегантных гантелей». В электронном микроскопе их вид ещё более специфичен: наружные контуры представлены шероховатостями, напоминающими ступеньки лестницы, их ось содержит параллельные линии. Эти тельца (длиной 10–100 и шириной 5–10 мкм) обнаруживаются в мокроте и помогают дифференцировать асбестоз с фиброзирующим альвеолитом. Гистологически в лёгких наблюдается интерстициальный фиброз. Макроскопически лёгкие на поздних стадиях имеют вид мёдовых сот. Фиброз и эмфизема лёгких выявляются преимущественно в базальных отделах лёгких.

### Клиника

Беспокоят одышка, непродуктивный кашель, боль в грудной клетке при дыхании, «асбестовые» бородавки на пальцах рук и

ног. Определяются хрипы в нижних отделах лёгких. Выявляется вторичная лёгочная гипертензия, рестриктивные нарушения вентилиации и снижение диффузионной способности лёгких.

### Диагностика

Основным методом диагностики асбестоза является рентгенологический – обзорная рентгенография лёгких в прямой и боковой

проекциях. По показаниям назначают томографию лёгких и компьютерную томографию с высоким разрешением.

Рентгенологически асбестоз относится к интерстициальным формам пневмокониозов с формированием межучного, перибронхиального и периваскулярного диффузного фиброза. Заболевание сопровождается фиброзом париетальной и висцеральной плевры – у больных асбестозом определяются плевральные бляшки – локальные утолщения или обызвествления париетальной плевры (обычно это нижние отделы рёберной плевры, диафрагмальная плевра и место перехода рёберной плевры в средостенную).

Среди других рентгенологических изменений в ткани лёгких при асбестозе следует выделить эмфизему лёгких, остаточные явления перенесённых острых пневмоний, внутригрудную лимфоаденопатию.

По мере нарастания фиброза происходит облитерация целых ацинусов и формируется соотовое лёгкое с классической рентгенологической картиной: очаговые тени различной формы и величины вперемежку с мелкими полостями диаметром 7–10 мм.

Рентгенологическая диагностика асбестоза осуществляется в соответствии с отечественной (1996) и международной (2000) классификациями пневмокониозов и стандартами рентгенограмм пневмокониозов (ILO, 2000).

В отсутствие жалоб и других рентгенологических изменений поражение плевры не считается признаком асбестоза. Возможен также небольшой плевральный выпот (правда, чаще он наблюдается при асбестозе). Жидкость представляет собой стерильный серозный (реже геморрагический) экссудат. Иногда выпот бывает двусторонним. В дальнейшем он либо медленно нарастает, либо самостоятельно рассасывается.

### Лечение

Специфического лечения асбестоза нет. Проводят симптоматическое лечение – такое же, как и при других видах диффузного интерстициального пневмосклероза.

**Профилактика** при асбестозе складывается из мер медицинского характера (предварительные и периодические медицинские осмотры), санитарно-гигиенических и инженерно-технических мероприятий. При работе с асбестосодержащей пылью (асбест 10% и более) периодические медицинские осмотры проводятся 1 раз в 12 месяцев, при содержании асбеста менее 10% – 1 раз в 24 месяца.

### Талькоз

Тальк химически представляет силикат магния, имеющий вид волокон, пластинок или аморфной массы. В породе, содержащей тальк, может содержаться примесь других минералов: серпентина, тремолита, известняка, натурального кварца. Тальк используется в резиновой, парфюмерной, радиотехнической, пластмассовой, шинной и других отраслях промышленности.

**Патологоанатомическая картина.** При талькозе развивается межучный склеротический процесс в лёгких с поражением альвеолярных перегородок перибронхиальной и периваскулярной ткани. Может наблюдаться скопление тальковой пыли, гистиоцитарных и лимфоидных элементов с многочисленными гигантскими клетками. В протоплазме последних определяются частицы талька. Тальковые узелки не имеют тенденции к слиянию, в них слабо выражен гиалиноз соединительной ткани.

**Клиническая картина** при талькозе отличается скудностью проявлений: непостоянный сухой кашель, умеренная одышка, жёсткое дыхание, изредка единичные сухие хрипы. Рентгенологически на фоне усиленного и деформированного лёгочного рисунка в средних и нижних отделах лёгких можно видеть отдельные мелкие очаговые тени, расширение и уплотнение корней.

Морфологически этому соответствует чаще умеренный интерстициальный периваскулярный и перибронхиальный фиброз, вызванный отложением значительных количеств тальковой пыли. Местами соединительная ткань имеет вид тяжёлой или миллиарной, неправильной формы участков. Пневмокониоз от воздействия талька большей частью отличается относительно доброкачественным течением и мало склонен к прогрессированию. Функциональные нарушения обычно нерезко выражены.

экспираторная), беспокоит больных на фоне разной степени выраженности физической нагрузки, редко в покое. Интенсивность одышки усиливается по мере развития заболевания сердечно-сосудистой системы, при ожирении. Второй по частоте и постоянству жалобой при известняково-доломитовом пневмокониозе является кашель.

Иногда он предшествует одышке, особенно у курящих больных. Кашель сухой, редко с выделением небольшого количества слизистой мокроты. Беспокоит больных преимущественно по утрам, при физической нагрузке, при резком изменении температуры окружающей среды (например, при выходе на улицу в зимнее время из тёплого помещения). Половину больных известняково-доломитовым пневмокониозом беспокоит также боль в грудной клетке. Она обычно неинтенсивная, в виде ощущений покалывания, давления в нижних и среднебоковых отделах грудной клетки, иногда без определённой ло-

# Пылевые заболевания лёгких в свете современных представлений

## Пневмокониоз от воздействия косметической пудры

Очень близкое к тальковому пневмокониозу заболевание, которое изредка обнаруживается у работников парфюмерной промышленности, в частности, от вдыхания косметической пудры при её размолве и фасовке (косметическая пудра состоит из талька, белой глины, окиси цинка, отдушек). Пневмокониоз обнаруживается у лиц со стажем работы в контакте с пылью не менее 10–15 лет и характеризуется одышкой, кашлем, болями в груди, нарушением функции ФВД. Рентгенологически чаще преобладают узелково-интерстициальные изменения, а в более поздних фазах болезни с прогрессированием процесса происходит слияние очагов и формирование обширных фиброзных полей.

Лечение пневмокониоза от воздействия талька и пудры симптоматическое.

## Известняково-доломитовый пневмокониоз

Известняк – это осадочная порода, состоящая преимущественно из карбоната кальция в форме минерального кальция. Химический состав: CaO – 46,19; MgO – 36,08; CO<sub>2</sub> – 16,21; Fe<sub>2</sub>O<sub>3</sub> – 0,5; SiO<sub>2</sub> – 1,5 вес. %. Известняки могут классифицироваться либо в соответствии с содержащимися в них примесями (доломитовый известняк, который содержит значительное количество карбоната магния; глинистый известняк с высоким содержанием глины; силикатный известняк, содержащий кварц или песок, и т.д.), либо в соответствии с геологической формацией, в которой они залегают (например, мрамор, являющийся кристаллическим известняком). Залежи известняка широко распространены по всей поверхности земли и разрабатываются открытым способом. С самых давних времён известняк используется как строительный камень. Он также измельчается для использования в виде флюса при плавке, для очистки и для производства извести. Известняк используется как забутка и баланс при сооружении дорог и железнодорожных путей и смешивается с глиной для производства цемента.

В Самарской области основным промышленным предприятием по добыче известняково-доломитовых пород является Сокское карьероуправление. Основная промышленная площадка карьера располагается на северном склоне Соколовых гор (восточный отрог Жигулёвских гор), на левом берегу реки Сок, при впадении её в Волгу. В состав Сокского карьероуправления входят несколько цехов: горный, разрабатывающий, три карьера (Центральный, Западный, Восточный), цех погрузки, бульдозерный и др.

Возможность развития известняково-доломитового пневмокониоза впервые описана в 1977 г. В.Данилиным и В.Косаревым.

Установлено, что известняково-доломитовая пыль, содержащая двуокись кремния в незначительных количествах, но растворимая в биосредах, при длительной экспозиции способна вызывать развитие патологического процесса в лёгких за счёт своей фиброгенности и токсико-химического действия. Доказано, что по степени выраженности патогенных свойств данный вид пыли относится к классу малофиброгенных.

Известняково-доломитовый пневмокониоз, как и другие лёгочные заболевания, характеризуется триадой жалоб, наиболее ранней из которых является одышка. Она носит смешанный характер (инспираторная и

кализации, обычно связана с актом дыхания. Наличие других жалоб у больных пневмокониозом, как правило, свидетельствует либо об осложнениях пневмокониотического процесса, либо о сопутствующих заболеваниях других органов и систем организма.

Объективные физикальные признаки пневмокониоза также весьма скудны. При осмотре больного могут лишь обнаруживаться признаки эмфиземы лёгких в зависимости от её выраженности (от сглаженности над – и подключичных ямок до «бочкообразной» грудной клетки) и дыхательной недостаточности (цианоз, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания).

При перкуссии – признаки хронической эмфиземы лёгких. Коробочный оттенок перкуторного звука обычно определяется в верхних отделах грудной клетки спереди и в среднебоковых отделах. При топографической перкуссии в редких случаях при выраженной эмфиземе лёгких определяется смещение нижних границ лёгких на 1–2–3 см со смещением вниз печени, что делает её доступной для пальпации. В этих случаях необходимо определять размеры печени для исключения её заболеваний. Подвижность лёгочного края при известняково-доломитовом пневмокониозе обычно остаётся нормальной, редко уменьшается на 1–2 см.

При аускультации, как правило, выслушивается жестковатое везикулярное дыхание, крайне редко сухие, незвучные, свистящие, непостоянные хрипы. Обычно бронхофония, как и голосовое дрожание, не изменены. При неосложнённом известняково-доломитовом пневмокониозе и при отсутствии сопутствующих заболеваний признаки патологических изменений со стороны других органов, не связанных с дыхательной недостаточностью, не определяются.

Известняково-доломитовый пневмокониоз в большинстве случаев представлен интерстициальной формой. Крайне редко на фоне интерстициальных изменений на рентгенограммах встречаются единичные узелковоподобные затенения, преимущественно в прикорневых отделах. Интерстициальные изменения в лёгких при известняково-доломитовом пневмокониозе наиболее часто рентгенологически проявляются тонкими линейными или сетчатыми затенениями (кодовой группы S) с локализацией в прикорневых, нижних, средних отделах лёгочных полей, преимущественно справа (категории 1, 2).

Реже интерстициальные изменения носят тяжистый характер, в единичных случаях – груботяжистый (категории t и u). Для известняково-доломитового пневмокониоза также характерны следующие рентгенологически выявляемые признаки: расширение, уплотнение и деформация «корней» лёгких; плевральные изменения в виде плевроперикардальных и плевродиафрагмальных спаек; повышение прозрачности лёгочных полей, преимущественно в верхних отделах лёгких.

По характеру течения известняково-доломитовый пневмокониоз относится к доброкачественным, медленно прогрессирующим. Прогрессированию процесса способствует продолжающийся контакт с пылевым фактором в процессе работы, пылевое загрязнение окружающей среды, воздействующее на больных вне производства, особенно если они проживают в промышленной зоне карьеров. Способствуют прогрессированию известняково-доломитового пневмокониоза также курение и воспалительные заболевания верхних дыхательных путей, бронхов и лёгких.

К клиническим особенностям известняково-доломитового пневмокониоза, как и дру-

гих этиологических видов пневмокониозов, относятся: хронический бронхит, хроническая эмфизема лёгких, дыхательная недостаточность, хроническое лёгочное сердце. Эти клинические проявления заболевания развиваются по мере прогрессирования основного процесса – пневмосклероза или при присоединении различных осложнений как со стороны лёгких, так и со стороны других органов и систем, прежде всего сердечно-сосудистой системы.

При бронхоскопическом исследовании практически у всех больных выявляется атрофический процесс слизистой оболочки бронхального дерева в сочетании с трахеобронхиальной дискинезией разной степени выраженности. При гистологическом исследовании биопсийного материала атрофический бронхит проявляется выраженными изменениями эпителия, его дистрофией: уменьшением размеров клеток, пикнотизацией их ядер, плоскоклеточной метаплазией, уменьшением количества бокаловидных клеток, а также избыточным разрастанием соединительной ткани с лимфоцитарной инфильтрацией и большим количеством фибробластов в подслизистом слое.

### Оливиновый пневмокониоз

Это заболевание встречается редко и особого практического значения не имеет. Минерал оливин – ортосиликат магния и железа распространён в природе как порода и часто встречается в технических продуктах (мартемовские и доменные шлаки, шлаки от выплавки ферромарганца и других сплавов). Применяется оливин в огнеупорной и керамической промышленности, в литейных цехах.

Оливиновый пневмокониоз редко прогрессирует далее I стадии и по форме относится к мелкосетчатому фиброзу интерстициального типа с мелкоочаговыми образованиями в средних и нижних отделах лёгких, нередко у больных процесс сопровождается плевральными спайками. Функции дыхания обычно незначительно снижены. Морфологически на фоне воспалительных изменений в бронхах наблюдается утолщение межальвеолярных перегородок за счёт разрастания грубоволокнистой соединительной ткани. Местами отмечается эмфизема.

### Нефелиноз

Нефелиноз – заболевание бронхолёгочной системы, возникающее при длительном воздействии пыли нефелина, которая представляет собой алюмосиликат натрия и калия. Нефелиноз может наблюдаться у работающих в стекольном, керамическом производстве, алюминиевой и кожевенной промышленности. В клинической картине нефелиноза нередко наблюдаются явления умеренно выраженного хронического бронхита. Рентгенологически нефелиноз характеризуется развитием нерезко выраженного пневмофиброза. Течение заболевания благоприятное, без тенденции к прогрессированию.

### Муллитоз

Муллит образуется при температуре обжига огнеупорных глин не ниже 1300°C. Огнеупорные глины являются полиминеральными породами из основообразующих (коалинит, слюда, кварц) и неосновообразующих минералов, содержащихся в них в незначительном количестве (органическое вещество, карбонаты кальция, магния, железа, пирит, водные окислы железа и титана). В результате обжига теоретически возможный выход муллита – 55-66% в зависимости от вида глин. Содержание диоксида кремния составляет 0,5-40%.

Муллитоз относится к **благоприятно протекающей форме пневмокониозов**. Стаж работы в условиях воздействия муллитовой пыли в высоких концентрациях до развития пневмокониоза – 10-25 лет и более.

**Основные синдромы муллитоза** – хронический бронхит, пневмофиброз, эмфизема лёгких. Основные жалобы – одышка при физической нагрузке и сухой кашель, покалывающие боли в грудной клетке, преимущественно в межлопаточной области.

**Объективно** у части больных отмечается акроцианоз. При обследовании – коробочный оттенок перкуторного звука над нижнебоковыми отделами лёгких. Дыхание чаще жёсткое.

**Рентгенологические признаки** определяются выраженностью фиброзного процесса в лёгочной ткани. На рентгенограммах выявляется картина интерстициального фиброза с преобладанием фиброза в нижнебоковых отделах. Лёгочный рисунок усилен, деформирован по линейному и сетчатому типу в средних и нижних отделах. По мере прогрессирования превалирует очаговый мелкоузловой процесс на фоне диффузного пневмофиброза. В тех случаях, когда в муллитовой пыли содержится большое количество свободного диоксида кремния, возможно развитие узелковой формы пневмокониоза, который по клинической и рент-

генологической картине напоминает силикоз и может быть отнесён к силикосиликату. Возможно уплотнение междолевой плевры.

По мере нарастания пневмофиброза на рентгенограмме усиливаются проявления сетчатого фиброза, появляются грубостые уплотнения лёгочного рисунка в нижних отделах за счёт перибронхиального и периваскулярного фиброза. В верхних отделах лёгких развивается диффузная эмфизема. Корни лёгких расширены, уплотнены. Характерная особенность муллитоза – частое осложнение туберкулёзом, формирование хронического лёгочного сердца в выраженных стадиях пневмокониотического процесса.

### Цементный пневмокониоз

Различают разные виды цемента в зависимости от его состава: портландцемент, шлако-портландцемент, пуццолановый цемент и др. Все они по химической структуре являются силикатами, но наряду с этим содержат примесь и свободной SiO<sub>2</sub>. Воздействие цементной пыли имеет место в производстве цемента, реже при его применении – засыпка в бункеры в больших количествах и другие процессы.

Длительное воздействие цементной пыли чаще всего приводит к развитию бронхита; пневмокониозы развиваются редко и только при особых условиях (большая запылённость, высокое содержание в пыли свободной SiO<sub>2</sub>). Пневмокониозы от вдыхания пыли цемента чаще относятся к интерстициальному типу, не склонному к прогрессированию (относительно доброкачественные силикатозы). Только в редких случаях – при изготовлении некоторых сортов цемента, содержащих большие количества свободной SiO<sub>2</sub> (пуццолановый, кислотоупорный, кладочный), речь может идти о пневмокониозе, близком к силикозу.

### Пневмокониоз от слюдяной пыли

Слюда относится к пластинчатым минералам и представляет собой водосодержащий алюмосиликат. Пневмокониоз от воздействия пыли слюды встречается редко и преимущественно в виде интерстициальной формы, не выходящей за рамки I стадии процесса. Морфологической основой пневмокониоза является распространённый межклеточный склероз с развитием соединительной ткани в альвеолярных перегородках, вокруг бронхов и сосудов, сопровождаемый эмфиземой. Одной из особенностей слюдяного пневмокониоза является образование в лёгких слюдяных телец, похожих на асбестовые, дающих положительную реакцию на железо. Слюдяной пневмокониоз обычно не проявляет наклонности к прогрессированию процесса после прекращения работы, так же как и к осложнению туберкулёзом.

### Карбокониозы

К карбокониозам в настоящее время относят пневмокониозы, вызванные вдыханием углеродсодержащей пыли. Наиболее распространённым видом пневмокониоза этой группы является антракоз, развитие которого обусловлено воздействием пыли каменного угля (антрацит, бурый уголь) или мягкого коксующегося угля. Пылевую обстановку на современной шахте определяет механизированный выемочный участок, где основными источниками пылеобразования и пылевыведения являются такие технологические процессы, как разрушение угля и породы, погрузка, зачистка угля, передвижка секций крепи и забойного конвейера, транспортировка угля и породы от забоя до поверхности.

Пыль угольных шахт смешанная, в ней практически всегда имеется примесь пород, содержащих свободную SiO<sub>2</sub>, часто в качестве сопутствующей породы присутствуют песчаники и глинистые сланцы, содержащие от 4 до 70% свободной SiO<sub>2</sub>. Следовательно, пневмокониоз шахтёров-угольщиков обусловлен воздействием угольной и породной кварцсодержащей пыли и по своей этиологической природе является антракосиликозом. На развитие патологического процесса в лёгких оказывают также влияние присутствующие в забоях раздражающие газы (при проведении взрывных работ, использовании дизельной техники) и неблагоприятные микроклиматические условия (сквозняки, обводнённость).

### Антракоз

Антракоз – это пневмокониоз, возникающий при воздействии на лёгочную ткань угольной пыли. Антракоз характеризуется ранними рентгенологическими изменениями. Для стран, в экономике которых ведущее место принадлежит угледобывающей промышленности, заболеваемость антракозом (антракосиликозом) имеет огромное социальное-экономическое и медицинское значение, поскольку его распространённость среди шахтёров составляет в среднем 12%, причём среди тех, кто более 20 лет занят добычей антрацита, болеют около половины.

**Патологическая анатомия.** Для антракоза характерно отложение в лёгких угольной пыли (пигмента), придающего им серо-чёрную окраску, интенсивность которой зависит от количества в них пыли и стадии заболевания. На ранних стадиях скопление угольного пигмента наблюдается, прежде всего, в нижних долях лёгких. В дальнейшем он равномерно распределяется по всем долям, а при развитии эмфиземы нижние доли лёгких становятся более светлыми. В альвеолярных перегородках наблюдается разрастание соединительной ткани с небольшим скоплением клеточных элементов. Также наблюдаются скопления клеток с частицами угольной пыли – так называемые антракотические узелки, которые могут сливаться в антракотические узлы. В местах отложения большого количества пыли иногда наблюдается омертвление и размягчение лёгочной ткани, что приводит к формированию так называемых антракотических каверн.

К ранним рентгенологическим изменениям относится сетчатая перестройка лёгочного рисунка. Позже появляются узелки – очаговые тени диаметром 1–5 мм. Обязательное для антракоза (антракосиликоза) не характерно и встречается примерно у 10% шахтёров с большим стажем работы на добыче антрацита. Узловой антракоз характеризуется образованием в верхних отделах лёгких крупных узлов – размерами от 1 см до целой доли лёгкого, значительным снижением диффузионной способности лёгких и высокой летальностью, при антракозе образование узлов наблюдается довольно редко – всего в 5–15% случаев в зависимости от типа угля. Причина перехода антракоза в узловую форму точно неизвестна. Однако ни одна из теорий не доказана, а некоторые исследователи считают, что определяющим фактором является только количество поглощённой пыли. В финале заболевания лёгкие приобретают вид мёдовых сот, наблюдается формирование лёгочного сердца. Больные погибают либо от лёгочно-сердечной недостаточности, либо от присоединения интеркуррентных заболеваний. Основными методами профилактики антракоза и антракосиликоза являются инженерно-технические мероприятия, направленные на борьбу с пылевыведением при очистных и проходческих работах.

Борьба с пылью проводится в следующих направлениях – нагнетание в угольные пласты воды и специальных растворов, совершенствование системы орошения при работе угольных комбайнов, разработка новых методов разрушения угля и породы, применение индивидуальных средств защиты в виде респираторов. Сроки периодических медицинских осмотров работающих в условиях воздействия угольной и других видов углеродсодержащей пыли: при добыче и переработке угля – 1 раз в 12 месяцев, при производстве и применении чёрной сажи, искусственного графита, кокса, при обработке и применении природных и искусственных алмазов – 1 раз в 24 месяца.

### Металлокониозы

Металлокониозы – это собственно профессиональные заболевания, развивающиеся вследствие длительного вдыхания производственной металлической пыли и характеризующиеся развитием пневмофиброза (пневмосклероза). Бериллий и его сплавы широко используют в космической и авиационной технике, ракетно-, приборостроении, электронной и станко-инструментальной промышленности, для изготовления неискрящих резов.

Высокая температура плавления бериллия и его оксидов позволяет применять их при конструкции механизмов, развивающихся высокие скорости, а также при изготовлении тиглей и специальной керамики. Бериллий используется в атомной технике, производстве рентгеновских трубок, радиоламп, изготовлении флюоресцирующих составов. Предельно допустимая концентрация (ПДК) бериллия в воздухе рабочей зоны составляет 0,001 мг/м<sup>3</sup>.

Потенциально опасные производства: горнорудная, горнодобывающая, производство строительных материалов, машиностроение (литвё, шлифовка, полировка), металлургия, станко-, приборо-, авиа-, ракетостроение и др.

Потенциально опасные профессии: шлифовщики, полировщики, наждачники, заточники, сталеваляры, стерженщики, заливщики, дробеструйщики, обрубщики и др.

Основными причинами металлокониозов являются мелкодисперсная (до 5 мкм) производственная металлическая пыль и – реже – пары металлов (сурьмы, никеля, железа, алюминия, титана, молибдена, марганца и др.). «Чистые» металлокониозы встречаются сравнительно редко, так как в условиях производства пыль металлов обычно содержит различные примеси, в том числе и диоксид кремния. В связи с этим пневмокониозы, обусловленные вдыханием таких видов пыли, по существу, должны быть отнесены к смешанным формам пневмокониоза.

При длительном вдыхании пыли металлов наблюдаются умеренно выраженные диффузные интерстициальные или мелкоочаговые процессы с отложением пыли и клеточно-пролиферативной или соединительнотканной реакцией интерстиция лёгких.

### Сидероз

Сидероз – это пневмокониоз, обусловленный воздействием пыли оксидов железа. Встречается редко, в основном у рабочих доменных печей и агломерационных фабрик при длительной работе в условиях значительной запылённости. Возможно развитие сидероза и у рабочих заводов по производству сурика.

Сидеросиликоз наблюдается в основном у работников железорудной промышленности (железорудные шахты). Наибольшее пылеобразование отмечается при подземных горных разработках железной руды: бурение шурфов и скважин, взрывные и проходческие работы, транспортировка руды. Содержание соединений железа в пыли рабочей зоны колеблется от 40 до 70% и более, а диоксида кремния – от 7 до 28%.

Пневмокониозы, развивающиеся от вдыхания смешанной пыли с высоким содержанием свободного диоксида кремния (более 10%), чаще наблюдаются у шахтёров угольных (антракосиликоз) и железорудных (сидеросиликоз) шахт, у рабочих фарфоро-фаянсовой и керамической промышленности, при производстве шамота и других огнеупорных изделий (силикосиликатоз). По клиническому течению и рентгенологическим изменениям эти пневмокониозы близки к силикозу.

**Клиника** сидероза скудная. Субъективные и объективные признаки патологических изменений в лёгких отсутствуют. Рентгенографически в лёгких отмечаются умеренно выраженный интерстициальный фиброз и рассеянные контрастные мелкоузелковые тени с чёткими контурами, обусловленные очаговыми скоплениями металлической железосодержащей пыли. Так как пыль оксидов железа в чистом виде без примесей в производственных условиях встречается редко, большее практическое значение имеет сидеросиликоз, который относится к группе пневмокониозов от воздействия смешанной пыли соединений железа и диоксида кремния.

Клиника сидеросиликоза, как и других пневмокониозов, весьма скудная: боли в груди, сухой небольшой кашель, умеренная одышка при отсутствии изменений периферической крови и биохимических показателей, характеризующих активность процесса. Рентгенологически же при этом выявляются диффузное разрастание фиброзной соединительной ткани и распространённые по всем лёгочным полям узелковые тени (типа q, r), обусловленные в значительной степени скоплением в лёгких рентгеноконтрастной пыли соединений железа.

Отличие от силикоза при сидеросиликозе, вызванном пылью с небольшим содержанием диоксида кремния, отсутствует склонность к сливанию узелков, умеренно выражены эмфизема, изменения в корнях лёгких и плевральные сращения. При своевременном отстранении этих больных от контакта с пылью рентгеноморфологические изменения в лёгких не прогрессируют, общее состояние и показатели ФВД длительно остаются удовлетворительными.

Прогрессированию процесса способствует присоединение туберкулёза, который при сидеросиликозе встречается значительно чаще (до 30% случаев и более), чем при других пневмокониозах, развивающихся вследствие воздействия малофиброгенной пыли. Вероятность развития туберкулёза повышается при продолжении контакта с пылью после установления диагноза сидеросиликоза. Преобладают очаговые формы специфического процесса с отсутствием или слабой выраженностью симптомов интоксикации. При недостаточном упорном лечении процесс может прогрессировать с формированием узловых и массивных форм сидеросиликоз-туберкулёза, нередко с неблагоприятным медицинским и трудовым прогнозом.

Значительные дифференциально-диагностические трудности представляет диссеминированный туберкулёз лёгких. Следует подчеркнуть, что появление обызвествлений в лёгких или медиастинальных лимфатических узлов является почти патогномичным для осложнения процесса туберкулёзом и, как правило, не наблюдается при неосложнённых формах сидеросиликоза.

(Продолжение следует.)

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

Самарский государственный медицинский  
университет.

**Специалисты знают, какую колоссальную угрозу жизни и здоровью пациентов, страдающих предсердной тахикардией, представляют ишемические инсульты кардиоэмболического происхождения. Когда развивается такой инсульт, то эмболы, оторвавшиеся из тромбированного ушка левого предсердия, в большинстве случаев не оставляют больным шансов выжить.**

Первыми в Северо-Западном регионе поставили современную защиту ушку левого предсердия, не прибегая к помощи антикоагулянтов, хирурги Северной столицы из городской больницы № 40 во главе с заведующим отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения кандидатом медицинских наук Сергеем Власенко. Вслед за москвичами и новосибирцами, которые ещё несколько лет назад вооружились интервенционной методикой в профилактике опасных тромбозомболических осложнений, петербуржцы недавно прооперировали пятерых пациентов с высоким риском кровотечений – четырёх мужчин и одну женщину в возрасте от 42 до 70 лет, выполнив в условиях рентгенооперационной чрескожную окклюзию ушка левого предсердия.

– Для снижения риска тромбообразования при хронической форме фибрилляции предсердий кардиологи назначают варфарин и другие препараты, разжижающие кровь. Вот только некоторые сопутствующие заболевания – язвенная патология или, например, геморрой, являются противопоказаниями для применения, – рассказывает С. Власенко. – По нашим подсчётам, подобных больных, подверженных жесточайшим аллергическим реакциям, кому совершенно не подходит варфаринотерапия, а значит, в большинстве своём потенциальных кандидатов на имплантацию окклюдера в стране насчитывается около 2 млн. человек, в Петербурге их – многие сотни. Почти все они живут со своего рода мимой замедленного действия у себя в организме. При отборе пациентов с мерцательной аритмией на

### Ориентиры

# Запечатать вход в турбулентную зону

Мировой опыт по предупреждению мозговых катастроф у больных с фибрилляцией предсердий освоили петербургские хирурги



В рентгенооперационной городской больницы № 40

операцию в нашей больнице им проводилась эхокардиография, и в 90% случаев мы находили тромбы. Так как сердце сокращается «вразнобой», в ушке левого предсердия образуется турбулентный кровоток, легко возникают тромболитические массы, которые в любой момент могут элиминироваться в большой круг кровообращения, но чаще всего мишенью оказывается головной мозг.

Предупредить «минирование», не допустить тромбозомболических осложнений, остановить

инсульт раньше, чем он возникнет, и призвано эндоваскулярное вмешательство под контролем чреспищеводного УЗИ сердца. Суть его состоит в хирургической изоляции так называемой зоны турбулентности от кровотока путём установки в устье «ушка» левого предсердия надёжной заглушки – зонтичного устройства из сплава титана и никеля, именуемого окклюдером.

Первую операцию, длившуюся около часа, петербургские хирурги, прошедшие заочное обучение у французских коллег, произвели

под кураторией заведующего кардиохирургическим отделением нарушений ритма сердца Новосибирского НИИ патологии им. Е.Н. Мешалкина кандидата медицинских наук Сергея Артёмовича. А все последующие выполняли уже без постороннего ока, каждый раз укладываясь в 40 минут. Осуществив катетеризацию по проводнику бедренной вены в правые отделы сердца, хирург прокалывает специальной иглой толщу межпредсердной перегородки, проводит средство доставки устройства в левое пред-

сердие, после чего приступает к установке самораскрывающейся системы в анатомическое образование.

Открытие «сложенного зонтика» – сложный этап операции, в каком-то смысле её терновый венец, потому что предвидеть как «взойдёт» система, заранее невозможно. Чтобы удостовериться в надёжной фиксации и отсутствии всякой возможности дислоцироваться, оператор продельвает несколько траекторных движений. Во время одного из вмешательств устройство встало немного под углом, и специалисты выполняли манипуляцию сызнова. Обратимость ситуации, когда врачу предоставляется возможность совершенно спокойно вынуть неотцентрированный окклюдер и повторить фиксацию, нельзя не оценивать по достоинству.

Что же до прооперированных в городской больнице № 40 пациентов с мерцательной аритмией, то они, в свою очередь, отдадут должное не только мастерству местных хирургов, но и щедрости медицинского учреждения. Ещё бы! При стоимости окклюдера в несколько сот тысяч рублей, больные на его приобретение не потратили ни копейки. Поскольку хирургическая альтернатива варфаринотерапии пока не включена в перечень высокотехнологичных вмешательств, то оплачиваются операции из бюджета Курортного района, жителей которого и обслуживает больница. Стоимостное выражение экономической целесообразности каждой из них соответствует примерно 10-12 годам лечения современными пероральными антикоагулянтами.

Как сообщил «Медицинской газете» заместитель главного врача больницы по медицинской части кандидат медицинских наук Дмитрий Лисовец, до конца года эффективную первичную профилактику ишемического инсульта хирургическим путём получат ещё четверо пациентов с фибрилляцией предсердий.

**Владимир КЛЫШНИКОВ,**  
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора.

### В клиниках и лабораториях

# Радикально, но бережно

Так кемеровские хирурги подходят к лечению рака молочной железы

**В маммологическом отделении Кемеровского областного клинического онкологического диспансера стала успешно применяться биопсия сторожевого (сигнального) лимфоузла – диагностическая методика, позволяющая проводить органосохраняющие операции без потери качества лечения.**

По словам главного врача диспансера кандидата медицинских наук Сергея Коломийца, операция по поводу рака молочной железы состоит из двух этапов. Первый – удаление самой железы, частичное или полное. Именно оно наносит женщинам серьёзную психологическую травму. Но форму груди в последующем можно восстановить. (В Кемерово первичные реконструкции с использованием собственных тканей пациенток онкохирурги начали проводить ещё в 2009 г.). Гораздо более тяжёлые последствия может

иметь второй этап операции, о котором женщины, как правило, не задумываются: вмешательство на лимфатическом аппарате молочной железы и верхней конечности со стороны поражённого органа.

Традиционные методы диагностики не дают чёткого ответа на вопрос, куда именно «разлетелись» из опухоли раковые клетки, и «разлетелись» ли вообще. Поэтому в большинстве клиник России таким больным проводят полное удаление подмышечных и подключичных лимфоузлов, воссоздать которые невозможно. В результате возникают проблемы в виде болевого синдрома, отёка и снижения подвижности руки, что может привести к инвалидности.

Кемеровские онкологи с февраля 2015 г. начали во время операций вводить пациентам лимфотропный препарат, предварительно «пометив» его изотопом технеция (Tc-99), который является источником гамма-излучения.

– Как правило, лимфа протекает в один-два, редко три подмышечных лимфоузла, – поясняет заведующий маммологическим отделением онкодиспансера Александр Антонов. – Наша задача найти их с помощью гамма-детектора и удалить. Пока больная на операционном столе, биоматериал срочно направляется на гистологическое исследование. Если гистологи подтверждают метастатическое поражение этих лимфоузлов, мы удаляем всю подмышечно-подключичную лимфосистему. А если ответ «чисто», сохраняем нормальную анатомию общей лимфатической системы.

С применением данной методики в Кемерово прооперировано уже около 40 пациенток. В течение года ни у одной из них не возникло рецидива заболевания.

**Валентина АКИМОВА,**  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

### Новости

**В Астрахани прошла научно-практическая конференция Южного федерального округа «Неотложная кардиология», которая собрала специалистов (кардиологов, терапевтов, рентгеновских хирургов, анестезиологов-реаниматологов, врачей скорой помощи) из Астрахани, Москвы, Ростова, Краснодар. Врачей объединила проблема совершенствования медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией.**

# Все грани неотложной кардиологии

Как отметил председатель Общества специалистов по неотложной кардиологии, руководитель отдела неотложной кардиологии Российского кардиологического научно-производственного комплекса Минздрава России Михаил Руда, неотложная кардиология – это один из наиболее быстроразвивающихся разделов медицины, в практику постоянно внедряется множество новейших научных разработок. За прошедшие годы качество оказания медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией существенно повысилось.

– В Астраханской области снижение смертности от болезни системы кровообращения по сравнению с аналогичным периодом прошлого года произошло за счёт снижения смертности от острого коронарного синдрома – на 20,4% или на 185 случаев, хронической ишемической

болезни сердца – на 5,3% или на 208 случаев, прочих цереброваскулярных болезней, а так же их последствий – на 29,3% или на 152 случая. Показатель числа сохранённых жизней по ишемической болезни сердца составил «плюс» 208 человек, – отметила главный кардиолог Астраханской области Лилия Хилова.

После пленарного заседания состоялись секционные заседания по актуальным вопросам неотложной кардиологии, а также школы «Нарушения ритма сердца – фибрилляция предсердий», «Острый коронарный синдром», «Тромбозомболия лёгочной артерии», «Нарушения ритма сердца – угрожающие жизни и неотложные состояния», прошли клинические разборы.

**Анна ЛЮБЕЗНОВА,**  
внешт. корр. «МГ».

Астрахань.

Тенденции

# Без новейших технологий не обойтись

Выявление больных на ранних стадиях становится привычным делом

В Ульяновской области внедрены передовые методики по выявлению онкологических заболеваний. Они обсуждались на межрегиональной конференции «Ультразвуковая диагностика: проверенные решения и новейшие технологии», которая прошла на базе областной клинической больницы.

В обсуждении приняли участие 115 человек. В их числе ведущие специалисты Волгоградского государственного медицинского университета, Главного клинического госпиталя МВД России, Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова и другие эксперты. В ходе конференции специалисты обсудили вопросы применения контрастных веществ в клинической практике, а также методики диагностирования гинекологических заболеваний. Эксперты провели мастер-классы по проведению новейших ультразвуковых исследований.

– Благодаря внедрению новых медицинских технологий и методик показатель выявления больных злокачественными новообразованиями на ранних стадиях в регионе значительно улучшился. Если в 2014 г. он составлял 45,7%, то в 2015 г. – 51,7%.

Для более эффективной профилактической и диагностической работы во всех поликлиниках области открыты первичные онкологические кабинеты. За каждым из 39 кабинетов закреплены ответственные врачи и медицинские сестры, – отметил заместитель председателя пра-



вительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь. – Кроме того, мы проводим выездные акции «Онкодесант». Многопрофильная бригада специалистов онкологического диспансера выезжала в Тереньгульский, Карсунский, Радищевский, Инзенский, Новомаляклинский, Майнский районы. Всего проконсультировано 858 человек, 80 из них направлено на уточняющую диагностику в онкологический диспансер, у 15

обнаружены злокачественные новообразования. Все эти меры позволяют нам более эффективно выполнять поставленную в майском Указе Президента РФ задачу по снижению заболеваемости и смертности населения от этой патологии.

Начальник отделения ультразвуковой диагностики Главного клинического госпиталя МВД России, ассистент кафедры лучевой диагностики МГМСУ им. А.И.Евдокимова, кандидат ме-

дицинских наук, заслуженный врач РФ Надежда Постнова рассказала о возможностях применения в клинической практике соноэластографии – одной из самых передовых и наиболее перспективных технологий, с помощью которой можно оценить жёсткость тканей организма, не подвергая пациента операции.

– Мы провели эту конференцию в Ульяновске, чтобы более подробно ознакомить специалистов с современными ультразвуковыми технологиями, которые постепенно внедряются в практику работы российских врачей. Они, несомненно, обогащают медицину, но и требуют дополнительного обучения. Очень многое зависит и от той аппаратуры, на которой сегодня работают специалисты. Непрерывное обучение, обмен опытом с коллегами, применение современной техники очень важны для повышения качества оказания помощи пациентам. Для этого мы постоянно учимся, принимаем участие в различных конференциях, изучаем специализированную литературу. Я надеюсь, что, прослушав сегодняшние выступления, специалисты смогут использовать этот новый метод в своей практической работе, тем самым повысив качество ультра-

звуковой диагностики, – пояснила Надежда Постнова.

– Очень важно, что в нашем учреждении появились два новых УЗИ-аппарата. Это оборудование, кроме базовых возможностей, имеет и функцию проведения соноэластографии, – отметила заведующая отделением УЗИ Ульяновской областной клинической больницы, главный специалист Минздрава области по ультразвуковой диагностике Ирина Байрошевская. – Сегодня в рамках конференции московские профессионалы рассказали нам более подробно об этом развивающемся методе ультразвукового исследования, которое стали проводить в России год назад. За прошлый год в нашей больнице через эту процедуру прошли уже более 400 пациентов. Подобные аппараты также имеются в детской областной клинической больнице и онкодиспансере. Это позволит нам вывести на новый уровень качество диагностики рака в регионе.

Виктория ГУРСКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Фото  
Александра ХУДАСОВА.

Итоги и прогнозы



Дышите – не дышите...

## Зовут дела сердечные

Болезни сердечно-сосудистой системы – бич нашего времени

В Ростовском государственном медицинском университете прошла 5-я конференция общероссийской общественной организации «Общество специалистов по сердечной недостаточности». Главной темой форума были вопросы ведения пациентов с синдромом хронической недостаточности кровообращения, а также современный взгляд на эту проблему не только в медицинском, но и в социальном аспекте. Организаторами мероприятия выступили Минздрав России, Минздрав Ростовской области, РостГМУ, Ростовское областное отделение специалистов по сердечной недостаточности, а также Ростовское областное научное медицинское общество терапевтов.

Помимо ростовских докторов в форуме приняли участие более 500 ведущих кардиологов и терапевтов, приехавших из Москвы, Санкт-Петербурга, Ставрополя, Краснодара, Волгограда, Нижнего Новгорода, Перми и других городов и регионов нашей страны.

– Ростов-на-Дону избран местом проведения столь масштабного мероприятия неслучайно, – отметил, открывая конференцию, вице-президент Российского кардиологического общества, заведующий кафедрой госпитальной терапии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, академик РАН Юрий Беленков. – Здесь работает очень сильная команда кардиологов и терапевтов, в Ростовской области функционируют 6 первичных сосудистых отделений на базе многопрофильных стационаров и один региональный сосуди-

стый центр на базе областной клинической больницы № 1, и потенциал их деятельности весьма многогранен, – подчеркнул он.

Достаточно сказать, что в прошлом году областные кардиоспециалисты сделали более тысячи стентирований, а в нынешнем году планируется увеличить их до полутора тысяч, и каждый год лишь наращивать количество таких малоинвазивных операций. Терапевтические и кардиологические отделения стационаров Ростова-на-Дону оснащены современным оборудованием. Наряду с этим в Ростовской области активно развивается трансляционная медицина, полученные успешные научные результаты активно и быстро внедряются в клиническую практику.

– На этот раз на 5-й конференции Юга России было заслушано свыше 25 докладов по актуальным вопросам сер-

дечно-сосудистой патологии, и мы очень рассчитываем, что новые знания, полученные в ходе конференции, помогут её участникам эффективнее предупреждать развитие хронической сердечной недостаточности у больных, – сказал профессор кафедры внутренних болезней и клинической фармакологии факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова. – Ведь болезни сердца – бич нашего времени. Согласно статистике, у 59% населения есть признаки ишемической болезни сердца или инфаркта миокарда. У российских пациентов велик риск внезапной смерти, из 1 млн 100 тыс. россиян, погибающих ежегодно, 85% приходится на сердечно-сосудистую патологию. Предупреждение и лечение этих заболеваний – забота кардиологов и терапевтов не только России, но всего мира. На это и необходимо направить усилия нашей медицины. А потому роль обучающих семинаров, конференций, симпозиумов, «круглых столов» весьма велика для наших докторов. И эту возможность Общество специалистов по сердечной недостаточности старается не упускать, – заключил он.

Ян РИЦКИЙ,  
МИА Сито!

Ростов-на-Дону.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

До недавнего времени российской фармацевтическая школа была одной из самых консервативных в системе высшего образования. Однако те изменения, которые произошли в фармацевтической сфере за последнее десятилетие, диктуют совсем иные образовательные задачи. Одна из ключевых – подготовка профессионалов для фарминдустрии. Об этом говорили эксперты на «круглом столе» на тему «Кадры для фармацевтической промышленности. Кто будет делать лекарства?»

### Традиции и современность

Федеральная программа Фарма 2020 стала серьёзным стимулом развития системы фармацевтического образования, отметил Игорь Наркевич, ректор Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии (СПХФА). С 2011 г. в рамках рабочей группы, созданной при Минобрнауки России, разработано большое количество образовательных программ, направленных на подготовку специалистов для отечественного фармпрома. Особенно много таких проектов в области современной технологии создания лекарств. Расширены профили бакалавриата и магистратуры по таким специальностям, как химическая технология, биотехнология. Разрабатываются программы подготовки специалистов высшей квалификации на уровне аспирантуры, ординатуры.

Классические университеты и медицинские вузы, в составе которых есть фармацевтические факультеты, основательно поработали с образовательными программами. К традиционным специальностям добавляются специализации в области фармацевтики и лекарствоведения. К примеру, Санкт-Петербургский государственный университет разрабатывает сейчас магистерскую программу по фармацевтическому праву. Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова создаёт программу ординатуры по клиническому исследованию. СПХФА, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова и РХТУ им. Д.И.Менделеева совместно разработали программу по специальностям химическая технология, биотехнология и фармацевтика.

Кроме того, как сообщил И.Наркевич, существенно меняется программа подготовки провизоров и фармацевтов. Прежде всего, это обусловлено изменениями на рынке и в нормативно-правовом поле: появились новые требования не только к тем, кто работает на производстве, но и в аптеке. – Несмотря на прогнозы аналитиков о том, что фармацевтика – «умирающая» специальность, в ближайшие 20-30 лет она будет востребована, – уверен И.Наркевич. Как показывает мониторинг, в 2015 г. 95% выпускников СПХФА трудоустроились по специальности.

### «Круглый стол»

# Профессиональная мобильность Какие кадры нужны фармацевтической отрасли?

### Обучить и удержать

Разработка новой стратегии фармобразования осуществляется в тесном общении с работодателями. По словам И.Наркевича только так можно понять, кого, как и сколько готовить: «Когда налажен диалог между вузами и предприятиями, целый ряд вопросов становится более понятным за счёт чёткого формирования кадрового заказа, требований к уровню подготовки специалиста».

Эти программы наряду с сотрудничеством с ведущими фармацевтическими производителями позволяют сформировать профессиональные «лифты» у студентов. Причём СПХФА начинает работать также и с потенциальными студентами – абитуриентами и школьниками, которые ещё только выбирают, куда пойти учиться после школы. Таким образом, будущие студенты уже со школьной скамьи могут оценить свой интерес к отрасли и представить, куда пойти учиться и чем заниматься в жизни.

Реализация программы Фарма 2020 показывает, как можно решать проблему дефицита кадров – создать такую привлекательную отрасль, в которую молодёжь – студенты и абитуриенты – сами придут с энтузиазмом и интересом. У СПХФА сейчас около 50 баз практики на фармпредприятиях, расположенных от Калининграда до Кургана. В последние годы вместе со студентами на практику ездят и преподаватели. Многие работодатели оплачивают проживание и питание стажёров, а некоторые предприятия берут на себя оплату всего пакета затрат, включая билеты на проезд. В свою очередь, вуз приглашает работодателей на экзамены, государственную аттестацию, утверждает темы дипломных работ по заказу компаний и т.д.

Представители фармкомпаний, принявшие участие в «круглом столе», поделились опытом работы с молодыми специалистами. По словам Марии Гурулёвой, заместителя генерального директора по управлению персоналом научно-технологической фармацевтической фирмы «Полисан» главной проблемой становится удержание квалифицированных молодых сотрудников на предприятии.

Важную роль в этом играют и возможности для обучения, существующие на предприятии. Эту задачу приходится решать сейчас каждому производителю. Леон



Коган, директор по производству АО «Верофарм», отметил, что для него как для работодателя важно, чтобы каждый выпускник, придя к работе на производство, стал экспертом в своём деле – производитель готов вкладывать дополнительные ресурсы, чтобы обучить работника необходимыми на производстве навыками.

### На всех этапах производства

В ходе «круглого стола» также была затронута тема разработки государственных образовательных стандартов (ГОС). Как напомнил аудитор Сергей Пилипенко, заместитель директора Департамента государственной политики в сфере высшего образования Минобрнауки России, в 2015 г. были внесены изменения в Федеральный закон об образовании. В соответствии с ними государственные образовательные стандарты должны быть разработаны не с учётом, а на основе профессиональных стандартов.

Идея благая – придать большую вариативность и мобильность деятельности образовательных организаций и учебно-методических объединений, чтобы те могли быстро реагировать на изменения в профессиональных областях и удовлетворять запросы отрасли в подготовке специалистов.

– Качество ГОСов зависит от того, насколько точно они сформулированы и сопряжены с профстандартами. Но на сегодняшний день профстандартов по фармацевтике нет, – констатировал С.Пилипенко.

Процесс модернизации ГОСов в области фармацевтики должен начаться с 1 июля 2016 г. К настоящему времени разработано 5 профессиональных стандартов для специалистов в области промышленной фармацевтики, однако в силу межведомственной разобщённости они пока не приняты.

Говоря в целом о разработке профстандартов, С.Пилипенко

отметил, что эта работа интенсивно продолжается в рамках Национального совета при Президенте РФ по профессиональным квалификациям, где наряду с другими отраслевыми организациями действует Совет по профессиональным квалификациям в области фармацевтики (СПК). Минобрнауки координирует работу перестроенных

учебно-методических объединений вузов по направлениям подготовки специалистов. Всего создано 9 координационных советов по областям образования, в рамках которых и действуют эти объединения, в том числе и по направлению «фармация», которое возглавляет ректор Волгоградского медицинского университета, академик РАН Владимир Петров.

– Задача учебно-методического объединения и СПК – тесное взаимодействие, нахождение единого языка и формулирование требований к образовательным программам, – подчеркнул С.Пилипенко.

### Скрытые резервы

Сегодня при создании образовательных модулей и программ учитывается необходимость развивать компетенции, востребованные не только в производстве и в аптечном сегменте, но в работе на разных этапах жизненного цикла лекарственного препарата, – отметила Евгения Караваева, исполнитель-

ный директор Ассоциации классических университетов России, заместитель проректора МГУ им. М.В.Ломоносова.

– В советское время отечественная фармотрасль ориентировалась в основном на производство готовых лекарственных форм и аптечное обслуживание. В соответствии с этими задачами и осуществлялась подготовка кадров. Её структура была громоздкой и негибкой, – отметила эксперт.

По словам Е.Караваевой, с момента начала реализации стратегии Фарма 2020 многое уже сделано для того, чтобы дать возможность студентам получить актуальные знания. Сегодня основной вектор направлен на инновационное развитие отрасли, в соответствии с этими задачами формируется система подготовки кадров. В разработке образовательных модулей принимают участие специалисты СПХФА, МГУ, Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова и других ведущих медицинских университетов и классических университетов.

– Эта работа продолжается, в следующем месяце запланирована встреча, в ходе которой мы будем проводить «мозговой штурм», в дискуссии примут участие работодатели и ведущие профильные вузы. Основная цель мероприятия – проанализировать и оценить, какие направления ещё не задействованы, и выработать стратегию действий на ближайший период, – резюмировала эксперт.

### Кстати

Дан старт подготовке 5-й Всероссийской студенческой фармацевтической олимпиады (ВСФО), которая состоится в январе 2017 г. в Московской области.

Подготовительные мероприятия начались нетрадиционно: представители ведущих фармацевтических и аналитических компаний выступили с лекциями в Государственном гуманитарно-технологическом университете в Орехово-Зуево, на базе которого пройдёт олимпиада.

ВСФО является образовательным проектом Ассоциации российских фармацевтических производителей и проводится раз в 2 года. Ранее олимпиады прошли в Москве, Ярославле, Казани и в Санкт-Петербурге. В Олимпиаде 2015 г. приняли участие 140 студентов из 26 регионов России, а также из Белоруссии и Казахстана.

Проект направлен на определение лучших студентов фармацевтических и химико-технологических вузов и факультетов, подготовку кадров для фармпромышленности, а также содействует развитию социального партнёрства предприятий отрасли и вузов, позволяет оценить качество образовательных дисциплин и методик преподавания в вузах, и способствует развитию сферы высшего фармацевтического образования в соответствии с реальными потребностями отрасли.

Ирина СТЕПАНОВА,  
корр. «МГ».

### Статистика

## ЖНВЛП в аптеке

По итогам 2015 г. в продажах аптек было зафиксировано 538 международных непатентованных наименования (МНН), относящихся к Перечню ЖНВЛП (что соответствует 187 брендам). Объём продаж данных препаратов составил почти 200 млрд руб., или 1605 млн упаковок. Такие данные приводит аналитическое агентство DSM Group.

В стоимостном выражении объём аптечных продаж ЖНВЛП вырос менее существенно, чем по остальной перечню препаратов (5,6% – ЖНВЛП, 11,7% – не ЖНВЛП). В натуральном выражении картина несколько иная: в упаковках препараты ЖНВЛП сократились на 1,3%, тогда как объём реализации в аптеках препаратов, не включённых в список, снизился на 7,9%.

Средневзвешенная аптечная цена на ЖНВЛП по итогам 2015 г. оказалась равна

124,5 руб., при этом средняя цена одной упаковки отечественного препарата составила около 68 руб., а импортного – почти в 3 раза выше (180 руб.). Доля отечественных препаратов в натуральном выражении в 2015 г. составила 49,7%, в деньгах их доля составляет 27,2%.

В целом продажи всех МНН в рейтинге ЖНВЛП в 2015 г. выросли относительно 2014 г.

– За 12 месяцев 2015 г. цены в аптеках на ЖНВЛП выросли на 2,8%. Препараты, не входящие в список, по сравнению с декабрём 2014 г. увеличились в цене на 14,2%. Товаропроводящей цепочке приходится компенсировать потери прибыли, связанные с госрегулированием цен, – пояснил генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк.

Ирина АНДРЕЕВА.

### Фармаконадзор

Компания-производитель объявила о прекращении обращения и отзыве с мировых рынков препарата биопарокс (аэрозоль для высвобождения в полости рта и/или в носовой ход). Решение было принято после введения запрета на применение биопарокса на территории Европейского союза. Письмо о прекращении действия выданных в России регистрационных удостоверений и об отзыве разрешений на применение лекарственного препарата опубликовано на сайте Росздравнадзора.

## Ушёл с рынка

Действующее вещество биопарокса – фузафунгин до настоящего времени применялось в качестве местного антибактериального и противовоспалительного препарата при лечении инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей.

В связи с появлением сообщений о значительном числе реакций гиперчувствительности, в том числе анафилактических, после применения аэрозольных форм фузафунгина Европейское агентство по лекарственным средствам (ЕМА) начало проверку всех данных об эффективности и безопасности данного лекарственного средства.

Согласно заключению Комитета по оценке рисков в сфере фармаконадзора ЕМА, с учётом возможности жизнеугрожающих реакций, а также ограниченности данных о клинической эффективности фузафунгина польза от применения препарата не превышает связанных с этим рисков. По итогам проверки комитет рекомендовал отозвать подобные ЛС с европейского рынка. После этого производителем биопарокса было принято решение о прекращении продаж препарата во всём мире.

Анна КРАСАВКИНА.

Акции

# Британские врачи снова бастуют

Правительство и младшие врачи (junior doctors) продолжают противостояние

После тотальной забастовки медиков – ни одна из сторон не намерена уступить в споре о новых трудовых контрактах. При этом Национальная служба здравоохранения (NHS) Англии сообщила, что во время двух первых забастовок подряд медучреждения «превосходно» справились с работой.

В апреле нынешнего года младшие врачи бастовали 2 дня подряд – они впервые в истории английского здравоохранения отказались оказывать любую медпомощь, включая экстренную. Примечательно, что к концу второго протестного дня 78% младших врачей не работали.

В Британской медицинской ассоциации (BMA) заявили, что в ближайшее время выработают новую тактику борьбы, однако протесты против введения новых контрактов не прекратят. Среди рассматриваемых вариантов – возобновляемые забастовки и отказ от заполнения наиболее важных документов. Часть врачей даже выступали за массовые увольнения из службы здравоохранения.

Источники в правительстве Объединённого Королевства, в свою очередь, отметили, что уже ясно

дали понять – эскалация конфликта не остановит внедрение новых трудовых контрактов этим летом: «Правительство уверено в своей позиции, и мы дали это ясно понять BMA».

Тем не менее, английские больницы сообщили, что в работе клиник не наблюдалось серьёзных сбоев – контролировать ситуацию удалось благодаря привлечению врачей-консультантов и медсестёр.

По словам представителя NHS Энн Рейнсберри, это стало возможным благодаря тщательному планированию в преддверии забастовки: более 100 тыс. рутинных приёмов и около 13 тыс. операций были отложены, чтобы перераспределить медицинский персонал необходимым образом.

У NHS было 5 недель на подготовку к забастовкам. К оказанию экстренной и неотложной помощи были привлечены врачи-консультанты, занимающие более высокую позицию в британской системе здравоохранения, чем младшие врачи.

Именно этот шаг позволил ускорить рабочие процессы в больницах. Кроме того, граждане, похоже, вняли просьбам NHS обращаться за медпомощью только в самых необходимых случаях. Но

в то же время количество перенесённых процедур, в том числе касающихся терапии онкологических болезней, накапливается, и некоторые больницы опасаются резкого наплыва пациентов в ближайшие дни.

О вероятном наплыве пациентов предупреждают и пациентские сообщества – в общей сложности около 40 тыс. операций уже отложено из-за конфликта медиков и властей. Наряду с рутинными диагностическими тестами встречались сообщения об онкобольных, столкнувшихся с задержками при получении медпомощи.

Стоит напомнить, что термин junior doctors используется для обозначения выпускников медицинских школ, проходящих постдипломную подготовку в структуре NHS, и медиков, чей опыт работы составляет менее 10 лет.

При этом младшие врачи могут руководить врачебными бригадами, проводить операции и принимать жизненно важные для пациента решения. В Англии насчитывается более 55 тыс. младших врачей, что составляет примерно треть всех медицинских кадров на Туманном Альбионе.

Ян РИЦКИЙ.

По информации ВВС.

Эксперименты

# Нейробиологи против рассеянного склероза

Нейробиологи из Университета Калгари нашли вещество, которое может помочь больным рассеянным склерозом справиться с болезнью. Им оказался N-ацетилглюкозамин (флуорозамин), который пока ещё не одобрен для использования людьми, однако демонстрирует эффективность при экспериментах на мышах.

В результате рассеянного склероза у больного образуются множественные очаги аутоиммунного воспаления, где нормальная нервная ткань заменяется на соединительную.

Миелиновая оболочка образуется из глиальных клеток, к

которым относятся олигодендроциты. Определённые вещества, например, хондроитин сульфат протеингликаны, играют роль молекулярных сигналов, регулирующих регенерацию миелина на участках повреждения нервных волокон. Они способствуют подавлению развития и функций олигодендроцитов.

Учёные испытали 245 препаратов, чтобы найти те соединения, что позволяют олигодендроцитам расти и работать в присутствии протеингликанов. Они обнаружили, что N-ацетилглюкозамин в клетках подопытных мышей уменьшает синтез протеингликанов и восстанавливает функции глиальных клеток. Исследователи

продемонстрировали, что введение препарата способствует регенерации миелиновых оболочек и уменьшения пареза конечностей у грызунов, страдающих рассеянным склерозом.

В экспериментах нейробиологи использовали две группы животных по 7-8 особей в каждой. Учёные подчёркивают, что это предварительные исследования, и необходимы дальнейшие клинические испытания препарата, чтобы подтвердить безопасность и эффективность потенциального метода лечения, прежде чем проверять его действие на людях.

Кирилл ОРЛОВ.

По информации Nature Communications.

Испытания

# Двойной эффект

Экспериментальный противораковый препарат помогает обратить вспять интеллектуальные отклонения, связанные с синдромом ломкой X-хромосомы, который часто диагностируют у людей с аутизмом. Данное средство сейчас параллельно проходит первую фазу клинических испытаний против ретинобластомы.

Учёные, занимавшиеся изучением синдрома, вводили средство мышам в течение 2 недель. И оно

смогло справиться с негативным эффектом генетической мутации. Из-за мутации не вырабатывался

нормальный белок FMRP и не формировались новые нейроны. Поэтому грызуны не запоминали, к примеру, объект, который недавно изучали. Благодаря препарату животные начали запоминать вещи. Небольшая доза препарата (примерно 10% от той дозы, что сейчас проходит клинические испытания на людях) блокировала последнюю стадию цепной реакции, вызванной мутацией в гене FMRP.

Александр ЗЕНИН.

По информации CTV News.

Проверь себя

Учёные из Института прикладной экономики и социальных исследований Университета Мельбурна (Австралия) выяснили, какой рабочий режим лучше всего сказывается на здоровье и умственных способностях людей старше 40 лет. Оказалось, что оптимальной является трёхдневная рабочая неделя.

# Главное – КПД

В ходе исследования австралийские специалисты проанализировали рабочий график и мозговую активность около 3 тыс. мужчин и 3,5 тыс. женщин из Австралии. Их расчёты показали, что неполный рабочий день лучше сказывается на когнитивных способностях людей старше 40 лет.

Исследователи просили испытуемых выполнять несложные интеллектуальные упражнения. Лучшие результаты показали люди, которые работали около 25 часов в неделю.

– Влияние работы на интеллек-

туальные способности неоднозначно. С одной стороны, она стимулирует мозговую активность, с другой стороны, продолжительная рабочая неделя вызывает усталость и стресс, которые могут ухудшать когнитивные функции, – отмечается в докладе учёных. – Например, люди, работающие около 60 часов в неделю показывали худшие результаты во время испытания, чем их безработные ровесники.

Марк ВИНТЕР.

По информации ВВС.

А как у них?

# Лечение «под кайфом»

Закон, разрешающий тяжело больным пациентам использовать медицинскую коноплю, может быть принят в Германии уже в 2016 г.

Сейчас законопроект активно разрабатывается, заявила уполномоченная правительства ФРГ по наркополитике Марлене Мортлер. По словам Мортлер, «в будущем медицинская конопля должна быть более доступна для тяжелобольных пациентов, которым она действительно помогает». Соответствующий закон должен быть принят парламентом ещё в этом году, уточнила уполномоченная по наркополитике, представляющая консервативную партию Христианско-социальный союз.

Мортлер подчеркнула свою приверженность концепции общего запрета психоактивных продуктов конопли (марихуаны и гашиша),

поскольку они могут «вредно влиять на здоровье подростков, в частности, на развитие мозга».

Согласно действующему закону о наркотических веществах, культивирование, производство, торговля, приобретение и хранение любых частей конопли в ФРГ запрещается, исключение может быть сделано по разрешению Федерального института медикаментов и медицинской продукции в Бонне (BfArM). Таким образом, в отдельных случаях пациенты с тяжёлыми и хроническими заболеваниями, например, при рассеянном склерозе, получают право самостоятельно выращивать коноплю, несмотря на общий запрет.

Корней СЕЛИВАНОВ.

По информации Neue Osnabrücker Zeitung.

Однако

# Курсом психотерапии...

Американские исследователи утверждают, что психотерапия справляется с бессонницей лучше, чем снотворное. Учёные считают, что именно когнитивная поведенческая терапия, а не лекарства, должна быть терапией выбора при борьбе с нарушениями сна.

Они объясняют, что приём снотворного нередко сопровождается развитием побочных эффектов, поэтому поиск эффективного средства, способного бороться с бессонницей, очень важен. Нарушения сна могут стать причиной развития ожирения, сердечно-сосудистых заболеваний и проблем с психикой.

Учёные проанализировали данные исследований, посвящённых изучению использования когнитивной поведенческой терапии

при лечении бессонницы. Результаты одного из них свидетельствуют о том, что часовой сеанс терапии помог улучшить сон 73% пациентов, а в другом улучшении наблюдались у 86% человек. Психотерапия оказалась гораздо эффективнее популярных снотворных.

Впрочем, авторы подчёркивают, что основной сложностью было провести сеанс психотерапии. Для врачей было проще выписать снотворное, а пациентам – принять таблетки, чем проходить курс когнитивной поведенческой терапии. Исследователи также отмечают, что отказываться от снотворного не нужно – таблетки могут оказаться полезны в том случае, если другие подходы окажутся неэффективными.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации medicaldaily.com

Жизнь как она есть

## Лучший друг человека

Выгуливание собак улучшает здоровье у пожилых людей. При этом образуются прочные связи хозяев с питомцами, что увеличивает физическую и социальную активность хозяина. Об этом говорят исследователи из Университета штата Миссури (США). Они утверждают, что взрослые всех возрастов должны гарантированно, по крайней мере 150 минут в неделю, заниматься умеренной физической нагрузкой.

Как ни странно, но именно ходьба является простым способом для достижения этой цели. На самом деле, среди пожилых людей в возрасте от 60 лет и старше это наиболее распространённый вид досуга, физической активности, как отмечают авторы.

Выгул собак – это способ помочь пожилым людям оставаться активными и нужными, сообщает старший автор исследования Ребекка Джонсон, профессор из колледжа ветеринарной медицины в Миссури.

Р.Джонсон и коллеги проанализировали данные исследования за 2012 г., которое включало в себя обследование приблизительно 20 тыс. американцев в возрасте старше 50 лет, каждые 2 года.

В том же 2012 г. социологи включили в анализ раздел о взаимодействии человека и животных, чтобы исследователи изучили связи с другими данными о физической активности, частоте посещений врача и состоянии здоровья участников.

Обнаружено, что выгул собак был связан с более низким индексом массы тела, меньшим количеством визитов к врачу и более частой умеренной и интенсивной физической активностью. Прогулки с любимцами были также связаны с меньшим количеством ограничений в повседневной деятельности, а также с увеличением социальной пользы, так как это предлагают отличное средство для плодотворного общения владельцев домашних животных.



И чем чаще и продолжительнее были прогулки, тем лучше были результаты. Тем не менее тесную связь между простым владением собакой и улучшенными физическими моделями поведения или здоровья не обнаружено. Профессор Р.Джонсон, которая также является специалистом в области геронтологии, пришла к выводу, что результаты могут служить основой для медицинских работников, дабы последние могли рекомендовать прогулки с домашними животными для пожилых людей.

Борис БЕРКУТ.

По информации  
medicalnewstoday.com

Перспективы

## Классификация как основа лечения

Группа японских учёных из Университета Токио и Исследовательского института Рикен провела исследование геномов 300 пациентов, страдавших раком печени.

Это позволило им классифицировать изученные случаи на 6 типов. Авторы считают, что подобное разделение может сделать лечение рака печени более эффективным.

Исследователи показали, что данное заболевание может быть вызвано мутациями, затрагивающими около 40 генов, причём более 10 из них ранее не были ассоциированы с этим типом рака. Наиболее агрессивные формы рака печени оказались связаны с мутациями гена TP53, а 5-летняя вы-

живаемость пациентов с опухолями печени различалась от 0 до 80%.

Ведущий автор данной перспективной работы – Хидеаки Накагава объясняет, что велика вероятность того, что в недалёком будущем подходящую для пациентов терапию будут подбирать, основываясь на их геномных характеристиках. Перспективным учёные считают и создание таргетных препаратов для лечения рака печени – в настоящее время в клинической практике используется лишь одно подобное лекарство.

Примечательно, что данное исследование стало частью глобального проекта «Атлас ракового генома», в рамках которого планируется изучение 50 различных типов рака.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации japantimes.co.jp

Осторожно!

Международная федерация диабета (International Diabetes Federation, IDF) совместно с Международным альянсом «Диабет и Рамадан» выпустила брошюру, посвящённую питанию мусульман-диабетиков во время священного месяца Рамадан.

По оценке IDF, таких людей в мире около 148 млн.

Во время Рамадана, который длится 29-30 дней, мусульманам нельзя есть, пить, а также – по информации федерации – принимать

## Ислам и диабет

медикаменты с рассвета до заката. В некоторых районах этот период может составлять до 20 часов. IDF указывает, что, несмотря на необходимость соблюдения поста для всех верующих, есть определённые исключения, в том числе медицинские. В эту группу также могут входить и люди с диабетом.

Генрих ВЕРНЕР.

По информации idf.org

Ракурс

Джордж Фриман, парламентский заместитель министра по естественным наукам (Великобритания), призвал фармацевтические и биотехнологические компании поддержать членство страны в Европейском союзе. Призыв связан с грядущим референдумом по поводу выхода Соединённого Королевства из ЕС, который состоится 23 июня.

По словам Дж.Фримана, если британцы проголосуют за выход страны из Европейского союза, это будет иметь неприятные последствия для отрасли не только

## Быть или не быть в ЕС?

в масштабах страны, но в мировом масштабе. «Я и любой министр в Министерстве предпринимательства вместе с правительством и кабинетом глубоко убеждены, что в будущем нам будет лучше в Европейском союзе, и я вижу, что представители фармацевтической и биотехнологической индустрии явно хотят, чтобы мы заявили об этом».

Дж.Фриман также отметил, что

в фармотрасле в Соединённом Королевстве, объём которой оценивается в 60 млрд фунтов стерлингов (88 млрд долл.), заняты больше 70 тыс. человек. «В течение следующих нескольких недель и месяцев я буду искать поддержки от компаний в проведении митингов, которые дадут понять голосующим, что эта индустрия, ключевая для нашего роста в перспективе, поддерживает наше членство в ЕС», – подчеркнул он.

По словам Дж.Фримана, Великобритания также хочет остаться центром единой европейской системы регулирования лекарственного рынка. Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA), одобряющее лекарства для всех стран ЕС, базируется в Лондоне с момента своего создания в 1995 г. В конце февраля шведская ассоциация фармпроизводителей, вкладывающихся в исследования

и разработки, объявила, что в случае выхода Великобритании из ЕС регулятор может переехать в Швецию.

Как известно, в феврале нынешнего года Европейская федерация фармацевтических ассоциаций и фармпромышленности (EFPIA), куда среди прочих входят представительства крупнейших мировых фармацевтических холдингов, выступила против выхода Великобритании из ЕС.

Валентин СТАРОСТИН.

По информации  
InPharmaTechnologist.

Бывает и такое

Американские специалисты в области ментальных заболеваний описали весьма интересный клинический случай: причиной параноидального поведения пациента стала редко встречающаяся киста.

## Киста безумия

Сообщается, что на приём к психоневрологу пришла 43-летняя пациентка. Она жаловалась, что внезапно стала слишком подозрительной. После 20 лет брака она стала думать, что муж в течение длительного времени ей изменяет, стала проверять его телефон и личные вещи. Такое поведение насторожило пациентку, что и послужило причиной обращения к специалисту.

Доктор Онур Ноян и его коллеги выяснили, что ранее женщина никакими психическими расстройствами не страдала. Они также не были обнаружены у кого-либо из её родственников.

Медика обследовали пациентку и побеседовали с ней, обнаружив, что она перенесла психотический эпизод – ранее ничего похожего с ней не происходило. Врачи назначили ряд обследований, включая магнитно-резонансную томографию головного мозга.

Сканирование выявило в правой лобной доле головного мозга паци-

ентки крупную порэнцефалическую кисту. Киста была сформирована тканями головного мозга и заполнена спинномозговой жидкостью.

Подобные образования довольно редки, объясняют врачи. Обычно их обнаруживают у младенцев в течение первого года жизни. Люди с такими кистами редко доживают до 20 лет. Порэнцефалическая киста нередко вызывает инсульт вскоре после рождения или же становится причиной судорожных припадков и других расстройств.

Столь крупная порэнцефалическая киста у женщины старше 40 лет была обнаружена медиками впервые. Удалить её не представляется возможным, поэтому врачи назначили пациентке курс антипсихотиков, которые она должна будет принимать в течение всей жизни. В настоящее время она чувствует себя хорошо.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По информации livescience.com

Исследования

## Космическая печень

Исследовательская группа из Университета Колорадо (США) под руководством Карен Йоншер обследовала мышей, которые летали в космос на корабле Атлантис. Животные провели в космосе 13,5 дня.

Учёные изучили образцы печени, взятые у грызунов, и обнаружили ранние признаки развивающейся неалкогольной жировой болезни печени. Состояние органа сравнилось с состоянием печени мышей, оставшихся на Земле. Обе группы грызунов получали сходное питание.

Авторы полагают, что космический полёт каким-то образом влиял на работу клеток печени, активируя в них процессы, ответственные за развитие фиброза. Так как полёт длился всего 2 недели, у мышей развились только начальные стадии заболевания, поясняют учёные. Кроме этого у животных наблюдалась потеря мышечной массы. Для того чтобы вызвать у мышей фиброз, необходимо держать их на специальной диете в течение нескольких месяцев, однако космический полёт суще-



ственно ускорил процесс развития заболевания.

Специалисты надеются понять, с чем связано столь быстрое развитие заболевания печени. Это поможет разобраться с тем, что происходит с организмом человека во время длительного космического полёта. Для этого им необходимо обследовать животных, которые

провели в космосе гораздо большее время.

Ранее исследователи уже изучали, как влияют космические полёты на работу сердца и кровеносной системы, прочность костной ткани и функционирование головного мозга.

Ян РИЦКИЙ.

По информации sciencedaily.com

**В домашнем архиве Брянского доктора Петра Кузьмина бережно хранится выписка из приказа № 492/Н от 14.05.1945 по войскам 61-й армии 1-го Белорусского фронта: «Наградить орденом Отечественной войны II степени майора медицинской службы Кузьмина Савватия Андреевича, зам. начальника 3292 армейского госпиталя по медицинской части...»**

**В представлении на награждение, которое подписали в военном совете армии, отмечалось, что «майор медицинской службы Кузьмин С.А.... значительно улучшил организацию лечения раненых, ввёл новейшие комплексные методы лечения. За время его работы в госпитале в строй вернулись больше 3 тыс. бойцов и командиров...»**

Речь идёт об отце Петра Савватеевича, который, ещё будучи капитаном медицинской службы, в первый же день Великой Отечественной войны был назначен начальником Брянского военного госпиталя. О тех самых первых суровых днях и неделях сохранились и отцовские записки, сделанные в толстой потрёпанной тетради. Перелистаем эти страницы.

«Начальник должен знать, что надо делать, – пишет Савватий Андреевич. – А я не знаю...»

Но ведь надо действовать. И незамедлительно. Тогда капитан медицинской службы взял мобилизационный лист и в соответствии с поговоркой «Не боги горшки обжигают...» принялся за работу. Вскоре основной госпиталь удалось развернуть в мощное лечебное учреждение. И вовремя, потому что вместо ожидаемых 400 раненых прибыло аж 920! А в ближайшие дни госпиталь принял уже 4 тыс. раненых. Врачи и младший медицинский персонал потеряли всякую ориентировку во времени: день это или ночь? Сутками работали у операционных столов, в перевязочных. («В столовой я видел, как хирург уснул за столом...») Люди работали буквально на пределе человеческих сил, а комендант станции непрерывно сообщал по телефону, что «прибыл новый военно-санитарный поезд (ВСП) с ранеными...»

«На свой страх и риск по договорённости с комендантом станции сформировал «дикую летучку». Тащили этот состав 2 паровоза, и вместили в него 2490 раненых. Пошёл я на это только в надежде на то, что раненые простят мне такой поступок. В самом деле, что лучше: отправить их на такой «дикую летучку», но хорошо перевязанных, в тыл, где им смогут оказать надлежащую медицинскую помощь, или оставить здесь, где медицинский персонал уже не в состоянии физически им помочь?!»

...Оставив наготове дежурную бригаду, начальник госпиталя приказал всем остальным спать. После многих бессонных суток чудовищно уставшие люди отключились мгновенно. Уснул за столом в кабинете и капитан Кузьмин.

Утром он прошёл по палатам. Раненые – преимущественно тяжёлые, а медицинские сёстры буквально валяются с ног от усталости.

«Увиденное натолкнуло на мысль: из числа легкораненых выделить санитаров. Будущее показало, что принятое решение оказалось правильным. Простое вроде дело, а как-то раньше не подумался...»

...Первые фугасные бомбы упа-

ли и перевязочной... Богатов какое-то время молчал, потом властно скомандовал операционным сёстрам: «По местам! Продолжаем работу!»

А вот и эпизод, описанию которого в записках посвящено несколько страниц. Начальник Брянского военного госпиталя получает приказ сформировать ВСП, направить его в Гомель и, забрав раненых, эвакуировать их в Орёл. Однако гитлеровцы сумели уже прорвать-

реди – река, да и мост, наверное, уже взорван...»

Двинулись в обратном направлении, подобрав по пути бредущую колонну раненых. А вскоре машинист всё так же спокойно произнёс: «Немцы нас опередили. Вон на путях ждут...»

И тогда капитан медицинской службы скомандовал: «Дуй напролёт! Прямо на них!»

Набирая скорость, санитарный

Есть тут афоризмы, притчи и даже философские размышления. Призванный в армию ещё в 1929 г., Савватий Андреевич сумел в своё время экстерном (!) сдать экзамены за десятилетку и поступил в Военно-медицинскую академию рабоче-крестьянской Красной армии им. С.М.Кирова. Ему было что вспомнить и о чём поразмышлять. Есть в тетради и запись о том, какой строгий экзамен устроил

9 Мая – День Победы

# «Я видел, как хирург заснул за столом...»

Из записок начальника Брянского военного госпиталя



С.Кузьмин (крайний справа) среди коллег в послевоенные годы

ли на Брянск около моста через Десну, всего в 60-70 метрах от основного госпиталя.

«В это время хирург Богатов оперировал молодого бойца, – читаю строки дневника начальника госпиталя. – Вдруг страшный удар потряс здание, разбитые вдребезги стёкла посыпались в операционной

ся к Гомелю, и приказ оказался практически невыполнимым. И тогда начальник госпиталя решает отправиться за ранеными сам.

Ещё не доезжая Гомеля, услышали орудийные раскаты, а машинист, набивая трубку табаком, показал рукой на закрытый семафор: «Видно, сынок, мы запоздали... А впе-

поезд стал надвигаться на гитлеровцев.

«Мы проскочили опасное место под ураганным автоматным огнём и помчались к Новозыбкову. Выяснилось, что привезли около тысячи раненых».

Много ещё разных записей хранит эта фронтовая тетрадь.

капитану медицинской службы сам академик Николай Бурденко.

При приближении фронта к Брянску здесь разместили ещё несколько госпиталей, инспектировать которые и прибыл главный хирург Красной Армии. Понятно, что ничего не могло укрыться от проницательного взора светила медицинской науки. А уж как «стружку снимал» Николай Нилович! («Одного начальника госпиталя так обругал, что... Другого вообще обещал отдать под суд...»)

С замиранием сердца ожидал капитан медицинской службы Кузьмин своей очереди («до чего же строг на оценки старик...»). Однако вместо ожидаемого разноса, Савватий Андреевич удостоился похвалы маститого учёного. Академик остался доволен организацией работы в госпитале, по достоинству оценил служебное умение его начальника. Более того, перед отъездом один из сопровождавших главного хирурга специалистов шепнул Савватию Андреевичу: «Спасибо, вы исправили старику настроение...»

Вскоре после отъезда академика госпиталь был эвакуирован сначала в Курск, а потом в Свердловск. Однако капитан медицинской службы Кузьмин не захотел «окопачиваться» в тылу. Написал рапорт и, сдав госпиталь своему преемнику, ушёл на фронт. И возвращал в строй раненых уже в полевых условиях. Служил в военных госпиталях Калининского, 1-го Прибалтийского и 1-го Белорусского фронтов. Кстати, к последнему месту его фронтовой службы и относится та самая выписка из представления к награде: «Достоин награждения орденом...»

А после войны была медицинская служба на Камчатке и в Прибалтике. В отставку вышел в звании полковника медицинской службы. Но это уже другой рассказ.

Василий ШПАЧКОВ, соб. корр. «МГ».

Брянск.

Фото из домашнего архива врача.

Память

## С именем Вересаева

**Департамент здравоохранения Москвы присвоил городской клинической больнице № 81 имя известного писателя, переводчика и врача Викентия Вересаева.**

Сын польского помещика, основателя Тульской городской больницы, он сначала окончил историко-филологическое отделение Санкт-Петербургского университета, и только затем поступил на медицинский факультет Дерптского университета. Считая врачебную практику лучшим средством узнать жизнь людей, а медицину – источником знаний о человеке, В.Вересаев всю свою жизнь пытался совместить медицину с искусством художественного слова.

Получив звание «лекаря» в 1888 г., он возвращается в свой родной город Тулу, где практикует как земский врач. Спустя несколько месяцев получает должность ординатора в Боткинской больнице С-Петербурга.

Именно в эти годы он активно пишет заметки, рассказы, очерки, его имя часто мелькает в прессе. С выходом в свет «Записок врача» (1901 г.), где автор критически отзывался о состоянии медицины, начинается его литературная слава. В годы Русско-Японской, а затем и Первой мировой войн Вересаев работает военным врачом, всё увиденное и пережитое, свой практический опыт он излагает в литературной форме. В 1914-1917 гг. он руководит военно-санитар-



ным отрядом Московской железной дороги.

Вересаев прожил долгую жизнь, известен как писатель и переводчик с древнегреческого, в том числе «Илиады» и «Одиссеи» Гомера, изложенных знаменитым гекзаметром.

В 1943 г. за многолетние выдающиеся достижения в области литературы и искусства Викентий Викентьевич был удостоен государственной премии.

Умер В.Вересаев в Москве и похоронен на Новодевичьем кладбище.

Больница имени В.Вересаева – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, включающее стационар на 861 койку, поликлиническое отделение (около 45 тыс. прикрепленного населения) на 750 посещений в смену, консультативно-диагностическое отделение, роддом, 3 женские консультации.

Марк ВИНТЕР, МИА Сити!

Профессор Вивиан Наттон – один из ведущих мировых историков медицины, почётный профессор Лондонского университета (University College London). В прошлом году он стал профессором кафедры истории медицины, истории отечества и культурологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, и теперь ежегодно приезжает в Москву с лекциями для студентов и аспирантов.

– Профессор Наттон, наша предыдущая встреча состоялась почти 20 лет назад, когда вы читали лекции в Российском университете дружбы народов (см. «МГ» № 40 от 20.05.1998). Что привело вас в Москву на этот раз?

– Я был приглашён профессором Дмитрием Балалайкиным, поскольку он и сотрудники его кафедры интересуются историей античной медицины, а я являюсь экспертом в этой области. Меня также попросили рассказать студентам об истории медицины вообще. Будучи директором Вэлкомского института истории медицины в Лондоне, я много лет имел дело со студентами и знаю, что им нравится и что они могут делать.

– В кулуарах последнего конгресса Международного общества историков медицины (см. «МГ» № 82 от 31.10.2014) обсуждалась статья редактора журнала *The Lancet* Ричарда Гортона «История медицины на пути в морт». Его диагноз звучал неутешительно. Зачем и кому нужна история медицины?

– Ричард Гортон на протяжении многих лет был хорошим другом истории медицины, что не мешало ему критически оценивать нашу специальность. Насколько я понимаю, он озабочен опасностью, что история медицины либо станет занятием для старых врачей, у которых много свободного времени, либо ею займутся историки на исторических факультетах.

В целом история медицины не интересует современных врачей. Таков его диагноз, и он отчасти верен. Но только отчасти. Большинство преподавателей истории медицины, по крайней мере в Великобритании и США, вовсе не являются врачами пенсионного возраста. Наоборот, многие из них молоды и полны энтузиазма. Предыдущее поколение британских исследователей можно охарактеризовать как миссионеров. Мы создавали кафедры и отстаивали их значимость. Идти вслед за пионером труднее, чем самому быть пионером, потому что надо находиться в заранее заданных рамках. Второй пункт критики Гортона я считаю верным. Пропать между врачами, интересующимися историей медицины, и не врачами увеличивается. При этом сами врачи врачами становятся намного позже, и им труднее находить общий язык со студентами. Если наш предмет умирает (что, конечно, неправда, поскольку историю медицины изучает много студентов не медицинских специальностей), что мы можем сделать? Почему он умирает? В этом виноваты ныне живущие, а не те, кто умер.

– А нужна ли врачам история медицины?

– С точки зрения пионера, каковым я являюсь, этот предмет необходим как часть медицинского образования. Мне кажется, не имеет значения, кто его преподаёт – будь то специалист по античной медицине или по истории современной молекулярной био-



что написано в книгах. Например, что мы понимаем под диагнозом и прогнозом? Как мы наблюдаем? Обо всём этом можно узнать из старых текстов.

– Студенты часто жалуются, что у них есть более важные предметы для изучения, такие как анатомия и физиология. Что им возразить?

– Надо привлечь их внимание. Как? Это зависит от особенностей преподавателя и кафедры. Исходя из своего опыта, я считаю, что история медицины не должна преподаваться на 1-м курсе. Нельзя приступать к её изучению сразу со школьной скамьи. Нужно иметь

трудолюбие. Во-вторых, его приверженность размышлениям. Он называл это философией, мы назовём размышлением. Нельзя быть хорошим врачом, если ты не думаешь о больном. В-третьих, и это больше всего меня привлекает, его наблюдательность. Наблюдать, наблюдать и ещё раз наблюдать. Это залог хорошего врача. На этом Гален настаивает. Это его кредо. Говорим ли мы о Вильяме Гарвее, Клоде Бернаре или Иване Павлове, эти три момента остаются неизменными. Великие врачи всех времён наблюдали, размышляли и много работали. Нужно передать этот посыл студентам в раз-

тался с ней спорить и спросил, по какому же поводу я был у неё на приёме. Она ответила, что в связи с беременностью (перед этим к ней приходила моя жена, а имя Вивиан может быть как мужским, так и женским). Конечно, мы тотчас же сменили врача. Гален бы на её месте не оказался (смеётся).

– Сейчас много обсуждается вопрос о медицине и религии. Гален, как известно, был язычником, но очень ценился христианами...

– Думаю, сегодня найдётся немало людей, которые противопоставляют медицину и религию. Есть те, которые считают, что между ними нет ничего общего (бывает и так). И есть те, кто утверждает, что медицина и религия взаимосвязаны: бывают периоды, когда религиозные верования помогают

Профессор Вивиан Наттон:

## Врач должен наблюдать, думать, много работать

*Observation allied to thought has been and is essential to all doctors  
Vivian Nutt*

логии. Значимо то, может ли этот человек а) воодушевить студентов и б) научить их критическому подходу, определённому скептицизму, а также показать более широкий контекст, в котором существует современная медицина. Например, говоря об истории эпидемий, мы учитываем не только причины «чёрной смерти» или роль вируса Эбола, но и социальные проблемы, которые история медицины может чётко и ясно продемонстрировать и которые значимы по сей день. Как лечить эпидемию Эболы – сложный вопрос. Как предотвратить эпидемию – ещё более сложный. И история медицины может предложить некоторые ответы.

– В своей лекции вы упомянули, что ваша радиопередача о Галене заинтересовала министра здравоохранения Великобритании...

– Программа на волнах Би-Би-Си называется «В наше время», а её организатором является член палаты лордов Мелвин Брэгг. Я говорил в этой программе об античных идеях психиатрии. И в тот же день на вечернем заседании палаты выступил министр здравоохранения и поблагодарил лорда Брэгга, поскольку давно не слышал столько разумных вещей. Античные представления о психических болезнях, сказал министр, имеют прямое отношение к лечению в психиатрических больницах сегодня. Посмотрим, будут ли сделаны из этого практические выводы. Влиять на министра – это важнее, чем написать статью, которую, может быть, никто и читать не станет.

– То есть вы считаете, что историк медицины должен влиять на людей, принимающих решения?

– Да, влиять на них путём медицинского просвещения публики и путём информирования врачей о критических проблемах современной медицины с исторической точки зрения. История даёт нам контекст. Я и мои коллеги используем историю медицины для знакомства студентов с типами мышления, подходами к социальным проблемам, методикой проведения исследований. Мы также используем её для знакомства студентов с проблемой взаимоотношений врача и больного, потому что больной не всегда отвечает тому,

какие-то знания о медицине. Во-вторых, она должна каким-то образом оказаться интересной и значимой для студентов. Например, если говорить о биомедицинских исследованиях XXI века, то что такое научное исследование, как его проводить, какова роль личности учёного в исследовательской команде. Посмотрите, чем некоторые из вас будут заниматься. Или же вам как будущим врачам необходимо это знать, потому что через 20 лет изменится и общество в целом и медицина. Нужно уверить их в том, что мы скажем им что-то важное для их будущей карьеры. Конечно, нельзя рассчитывать, что каждый заинтересуется историей медицины. Но ведь и анатомия не всем интересна! Мне кажется, бессмысленно сокрушаться по поводу того, что студентам скучна история медицины. Это мы сделали её скучной. Это мы должны увлечь ею молодёжь. Не знаю, как в России, но у нас врачам моложе 40 лет очень трудно найти время на историю медицины. Семья, работа, наука – всё требует времени. Глупо полагать, что кто-то в возрасте 18 или 25 лет решит стать историком медицины. Но можно надеяться, что в 35-40 лет врач начнёт принимать участие в историко-медицинской работе и получит поддержку своих коллег. Многие из лондонских врачей-консультантов говорят, что те студенты, которые интересовались историей медицины, становились лучшими клиницистами.

– Как вы это объясните?

– Потому что мы учили их рассматривать вещи в широком контексте, а не давать прямолинейные ответы.

– Вы являетесь специалистом по античной медицине. Каково может быть её значение для медицины современной?

– Хорошая лекция о Галене должна выделить три момента. Во-первых, его невероятное

влекательной и привлекательной манере.

– Как вы определяете галенизм?

– Гален, из которого выхолостили всё хорошее (смеётся). Гален часто был провидцем. Для меня как историка галенизм является синонимом редукционизма. Вместо «возможно» и «вероятно» мы получаем однозначные ответы. А Гален никогда не любил однозначных ответов. Но спустя столетия его пример вдохновил людей вернуться к Галену экспериментатору, Галену мыслителю, Галену наблюдателю. Даже в галенизме были вещи, которые могли вдохновить.

– Но мы знаем, что у Галена было много ошибок, нелепых теорий. Знаем, что Везалий обнаружил у Галена более 200 анатомических ошибок...

– Да, Гален стал почти что святым. Но медицинская наука и наше понимание человеческого тела меняются так быстро, что сегодняшние догмы претерпят существенные изменения 20 лет спустя. Сравните наши знания о мозге или строении ДНК сегодня и 30 лет назад. Поэтому, вопрос об ошибках Галена, вероятно, неправомерен. Любопытно, что анализ Галеном современной ему медицины очень близок сегодняшнему анализу ДНК, поскольку Гален считал, что многие наши болезни зависят от нашей индивидуальности, от нашей восприимчивости. Пытаемся ли мы остановить болезни или же стать невосприимчивыми к болезням? На самом деле, не имеет значения, если человек ошибается, потому что это компенсируется другими вещами. Приведу пример. До рождения моей младшей дочери (а это было более 30 лет назад) у меня были проблемы со зрением. Я был на приёме у нашего семейного врача, которая, уткнувшись в бумаги, заявила, что видела меня неделей ранее. Я пы-

больному либо во время болезни, либо при подготовке к смерти. Бывает, что научная медицина вытесняет там, где религия бессильна. Есть также вопросы этики, этического поведения, где религия, философия, теология могут принести пользу. Мы организовали в Королевском медицинском обществе в Лондоне конференцию с участием философа и богослова, посвящённую состраданию в медицине.

Сострадание – религиозная добродетель. Какова его роль в лечении людей? Есть точка зрения, которой придерживается Гари Фернгрэн, что медицина и религия могут помочь друг другу (см. «МГ» № 64 от 29.08.2014). У меня немало других взгляды, но тем не менее я согласен со многими его утверждениями. Важно избежать крайностей в ту или иную сторону. Если медицина бессильна, есть ли место религии? Может ли религия помочь медицине? Какова роль медицины, когда имеешь дело со всеми бедами, которые поражают человечество, выносите религию за скобки? Что такое вера? По-моему, эти вопросы до сих пор не решены.

– Что такое медицинская наука? Говорят, всё, что было до XVII века, наукой не является...

– Я считаю, что античная медицина прекратила существование около 1850 г. Средневековая медицина продолжалась до 1945 г. Сейчас мы, возможно, находимся в постсовременной медицине, потому что возможности медицины и медицинская практика претерпели столь значительные изменения. Тем не менее если вы врач, то вам по-прежнему необходимо иметь дело с тремя константами, о которых я уже упомянул: много работать, думать и наблюдать. И не имеет значения, идёт ли речь о нарушениях ДНК, фармакологических эффектах или больных с канцерофобией. Мы, историки медицины, должны показать это врачам.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
доктор медицинских наук,  
корр. «МГ».

Москва.

Перевод автографа:

«Наблюдение, соединённое с размышлением, было и остаётся необходимым для всех врачей».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – И.СТЕПАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-04-00279 Тираж 28 977 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: 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.