

# Медицинская

23 марта 2016 г.  
среда  
№ 19 (7639)

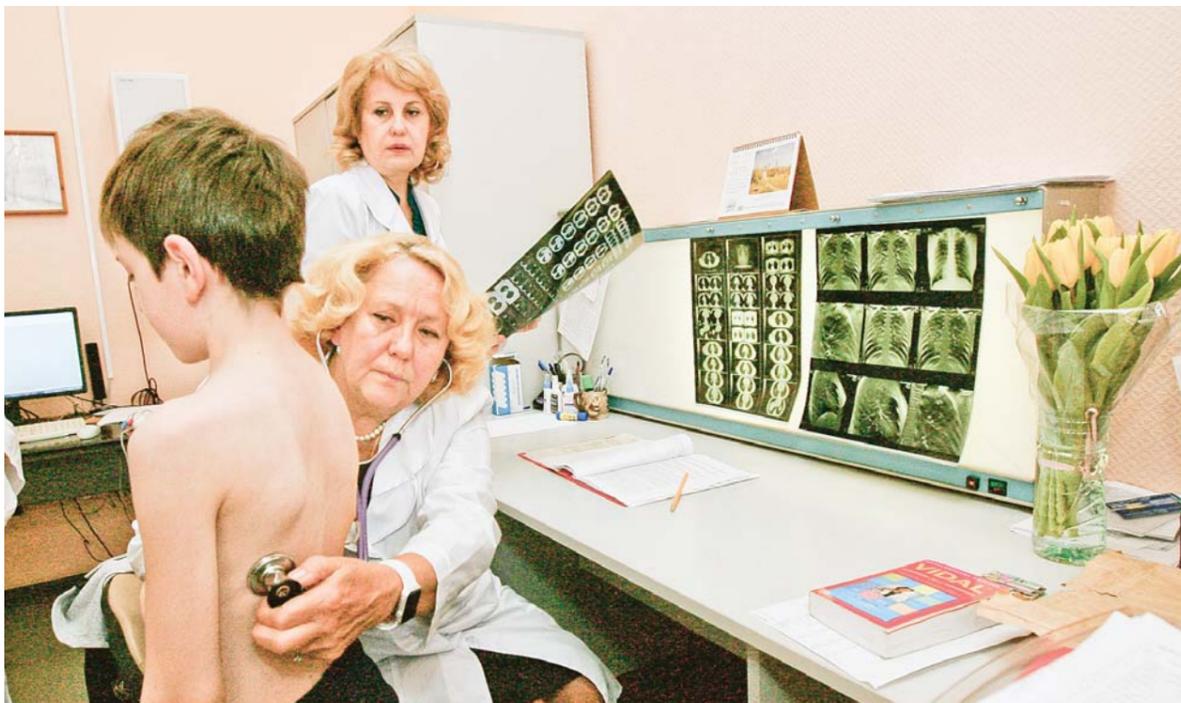
# Газета®

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)

24 марта – Всемирный день борьбы с туберкулёзом

## В тёплых стенах — с душевным теплом

Тяжёлую болезнь у детей лечат профессионалы высокого уровня



В третьем тысячелетии туберкулёз по-прежнему остаётся весьма серьёзной проблемой во всём мире. Распространение палочки Коха продолжается среди населения, в том числе детей. Будучи нераспознанным и нелеченым, это заболевание может иметь фатальные последствия. Однако предотвратить его и вылечить пациента можно.

Это подтверждают специалисты детско-подросткового отделения НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, куда на госпитализацию поступают маленькие пациенты из всех регионов России, причём с наиболее сложными диагнозами – генерализацией туберкулёзного процесса (милиарный туберкулёз, туберкулёзный менингит), латентными формами заболевания, туберку-

**Заведующая детско-подростковым отделением В.Аксёнова вместе с коллегой доктором медицинских наук Н.Клевно обследуют юного пациента**

лёзом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ, ШЛУ-ТБ), а также сочетанным с ВИЧ-инфекцией. Они получают как терапевтическую, так и хирургическую помощь.

Лечебно-диагностический процесс здесь организован на самом высоком уровне, при этом к каждому ребёнку медицинский персонал относится тепло, душевно – как к близкому родственнику. Это вполне объяснимо. Ведь детям здесь приходится задерживаться надолго. Длительность процесса излечения занимает от 6 месяцев до года, а при МЛУ-ТБ и 2 года. В тёплых стенах старинного московского особняка ребятам созданы все условия для полноценной

жизни. В отделении имеется библиотека, выделены учебные комнаты, где учителя проводят обучение в рамках школьной программы. Каждый ученик приходит на урок с ноутбуком и имеет возможность продолжать дистанционное обучение, поддерживая связь с преподавателями той школы, где до этого учился.

Бесспорно, в последние годы наша страна достигла заметного прогресса в борьбе с туберкулёзом у детей. И, тем не менее, надо откровенно сказать: детский туберкулёз угрожает нам скрытой эпидемией. Значит, требуются более активные действия.

Материал об этом читайте на стр. 7.



**Вероника СКВОРЦОВА,**  
министр здравоохранения РФ:

Основным фактором, влияющим сейчас на показатели общей смертности, является фактор старения населения.

Стр. 4



**Евгений ЖИБУРТ,**  
заведующий кафедрой трансфузиологии и проблем переливания крови Института усовершенствования врачей НМХЦ им. Н.И.Пирогова:

На исследования по применению донорской крови в целях продления молодости очень высок запрос социума.

Стр. 11



**Борис ЦЫГАНКОВ,**  
заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова, главный специалист-психиатр ЦФО, профессор:

Непрерывное медицинское образование за рубежом из моральной ответственности превратилось в обязательство через механизмы лицензирования и сертификации медицинских работников.

Стр. 12

### Профилактика

## Всё о болезнях почек

В подмосковном городе Ногинск прошла акция, посвящённая Всемирному дню почки, организованная Минздравом Московской области, областным центром медицинской профилактики, Московским областным научно-исследовательским клиническим институтом им. М.Ф.Владимирского и Ногинской ЦРБ. В ней приняли участие ведущие специалисты отдела нефрологии НИИ уронефрологии и репродуктивного здоровья человека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, которые провели консультирование жителей Ногинска.

Всего в рамках акции было обследовано более 120 человек.

Состоялась научно-практическая конференция на тему профилактики, раннего выявления и лечения заболеваний почек. С докладом выступил заведующий отделением хронического гемодиализа отдела оперативной нефрологии и хирургической гемокоррекции МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского В.Суслов. Сообщения специалистов кафедры нефрологии и гемодиализа Института профессионального обра-

зования Первого МГМУ им. И.М.Сеченова М.Швецова и С.Нагайцевой были посвящены вопросам раннего выявления заболеваний почек и диспансерного наблюдения пациентов с хронической болезнью почек в первичном звене здравоохранения.

В работе конференции приняли участие более 100 врачей.

**Юрий ШАЛЯГИН,**  
заведующий отделом Московского областного центра медицинской профилактики.

Ногинск.

### Начало

## Новая лаборатория гарантирует

Новый лабораторный комплекс открыт в городе Находка Приморского края. Он состоит из двух отделений: бактериологического и клинико-диагностического. Здесь на новом оборудовании будут работать специалисты, которые ранее трудились в пяти подразделениях городской больницы города.

Строительство лаборатории велось в рамках краевой программы «Развитие здравоохранения Приморского края на 2013-2020 гг.», а также согласно конкретному поручению губернатора края Владимира Миклушевского.

Реализовать масштабный проект, объединив под одной крышей профильные подразделения находкинской городской больницы, удалось благодаря совместным усилиям администрации Приморского края и лечебного учреждения. Как отметили в Департаменте здравоохранения, создание единой лабораторной службы – гарантия качества проводимых исследований.

Находкинская городская больница теперь выполняет практически весь комплекс лабораторных работ, включая диагностику методом полимеразной цепной реакции.

Медучреждение направляло своего сотрудника, который занимается иммунологией, в Москву для обучения методам ПЦР-диагностики. Также получен новый иммуноферментный анализатор. Кроме того, здесь начали проводить исследования на гормоны, что раньше было доступно только в частных лабораториях. За счёт большого биохимического анализатора значительно расширен перечень биохимических анализов.

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

Приморский край.

**АРЕНДА**  
**МЕДИЦИНСКОЙ АППАРАТУРЫ**  
**И ТЕХНИКИ**

**МЕДИЦИНСКАЯ**  
**МЕТРОЛОГИЯ**

+7-495-609-66-89 | [Info@medmetr.ru](mailto:Info@medmetr.ru)

## Новости

## Мальчик будет ходить...

Свердловская область стала третьим регионом России после Республики Саха (Якутия) и Ростовской области, где оказывается помощь детям с таким тяжёлым и редким заболеванием, как синдром Моркио. Специалисты педиатрического отделения Свердловской областной детской клинической больницы № 1 начали проводить лечение пациента с этим диагнозом.

В 5-летнем возрасте мальчика обследовали в московском Медико-генетическом научном центре, где и определили мукополисахаридоз IV A типа (синдром Моркио) – наследственное заболевание, характеризующееся значительными деформациями скелета, которое замедляет рост и часто лишает возможности нормально ходить. В 2012 г. в Германии ребёнку провели декомпрессию шейного отдела позвоночника, но навык самостоятельного ходить был утерян. Единственным эффективным лечением стал препарат, который должен вводиться внутривенно на протяжении всей жизни. Закупить данный препарат силами родных пациента возможности не было. Родители обратились в Министерство здравоохранения области. После оформления всех необходимых документов препарат был закуплен и недавно ребёнок стал получать ферментозаместительную терапию.

– Раньше лечить таких пациентов в Свердловской области не могли. Сегодня мы сделали большой шаг навстречу таким детям и их родителям. Очень надеемся, что в будущем при более раннем начале лечения мы сможем избежать таких сильных деформаций со стороны скелета, и пациенты смогут вести активный образ жизни, – отметила заведующая педиатрическим отделением № 1 больницы Людмила Бахарева.

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.

## Студенты сдали 50 литров крови

Челябинский государственный университет присоединился к Всероссийской акции «День донорского совершеннолетия». Сотрудники Челябинской областной станции переливания крови, проводившие мероприятие, подсчитали, что студенты вуза пополнили банк крови почти на 50 л.

Студентов и сотрудников ЧелГУ принимала выездная бригада медиков. Как сообщили на станции переливания, в этом вузе уже сложились традиции поддержки донорского движения: университет активно участвует в акциях станции по несколько раз в год, и всегда мероприятия проходят с аншлагом.

Сегодня по медицинским показаниям из 124 желающих поделиться своей кровью смогли 94 человека. Всем донорам студенческий профсоюз университета подготовил подарки. А достигшим 18-летнего возраста студентам на момент проведения акции сотрудники областной станции переливания крови вручали свидетельство о донорском совершеннолетии.

– Мы благодарны не только участникам сегодняшней акции, но и тем, кто откликнулся на наш недавний призыв пополнить запасы эритроцитарной массы с отрицательным резусом. Только за один день, 4 марта, 47 южноуральцев, обладателей отрицательных групп, сдали около 24 л крови, – рассказала главный трансфузиолог Минздрава Челябинской области, главный врач областной станции переливания крови Галина Рудакова. – Тем не менее, мы вновь приглашаем южноуральцев посетить Челябинскую областную станцию переливания крови, особенно имеющих кровь I группы с положительным и всех групп с отрицательным резус-фактором.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

## Мастер-классы в Нарткале

В Нальчике завершилась Северо-Кавказская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы колопроктологии». В конференции принял участие директор клиники колопроктологии и малоинвазивной хирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова профессор Пётр Царьков. Для обмена опытом собрались хирурги учреждений здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, других регионов СКФО. Мастер-классы из операционной ЦРБ города Нарткала транслировались в зал Кабардинского театра и сопровождались комментариями и разъяснениями профессора.

– Конференция затрагивала главным образом область онкологических заболеваний прямой кишки. Данное заболевание ежегодно в мире диагностируется у более чем миллиона человек, половина из них погибает. Выживаемость напрямую зависит от методики оперативного лечения. В республике ежегодно диагностируется до 200 случаев, мы хотим внедрить наиболее современные методы лечения, которые не только продлевают жизнь пациенту, но и максимально повышают её качество, – сказал главный хирург Минздрава республики, главный врач ЦРБ Нарткалы Рустам Калябаев.

Пётр Царьков не только поделился опытом проведения подобных операций, но и дал ценные рекомендации по организации лечения людей, которым показана операция при опухоли прямой кишки. Он провёл 5 операций, в том числе правостороннюю геликоэктомию с расширенной лимфодиссекцией D-3; пациенты чувствуют себя удовлетворительно.

Лилия ШОМАХОВА.

Кабардино-Балкарская республика.

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

## Перемены

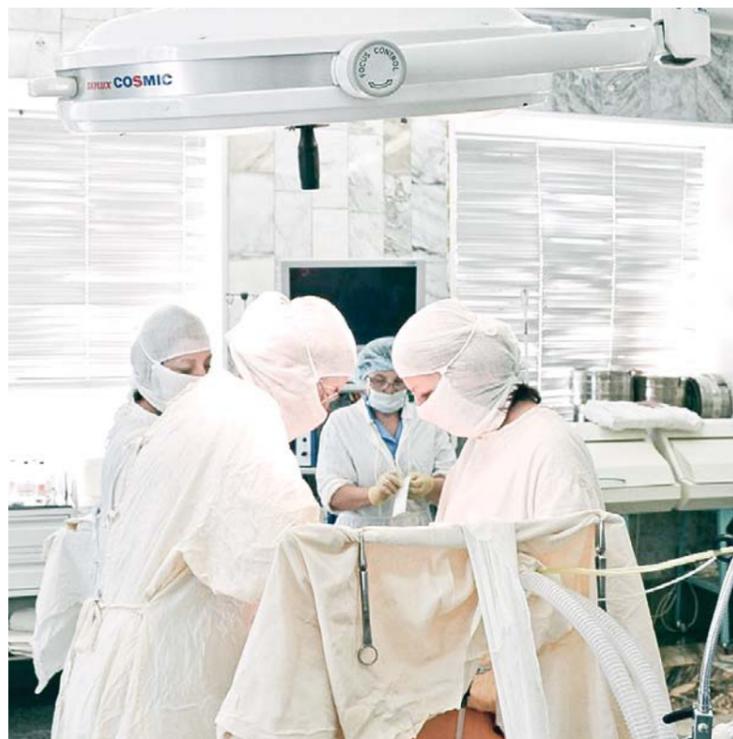
Женские тайны  
становятся понятнее

В Омске намерены проводить значительно больше гинекологических операций

У медиков отделения гинекологии Западно-Сибирского центра ФМБА России праздничное настроение. Ещё бы не радоваться – в этом структурном подразделении федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения, основная база которого находится в Омске, наконец-то появилась собственная полноценная операционная!

– Пренатальная, что скрывать, была вроде «подсобки», где мы проводили только незначительные, типа амбулаторных, операции. А для осуществления серьёзных оперативных вмешательств наших пациенток приходилось доставлять в главный операционный блок стационара, – рассказывает заведующая отделением, врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, кандидат медицинских наук Оксана Калинина. – А это было не только неудобно, но и снижало эффективность и качество лечения, да и не вполне отвечало санитарным нормам и требованиям. К тому же, замечу, гинекология – это очень щепетильная, интимная область медицины, и женщины очень страдали, когда их отправляли в общий оперблок, а затем возвращали в отделение на погляденье, скажу так, всем. Что тоже не назовёшь благом для реабилитационного периода...

Оксана Борисовна совершенно права. Диагностика и лечение внутриматочных патологий, да ещё с оперативными вмешательствами как традиционным лапаротомным, так и лапароскопическим доступом, вообще органосохраняющие операции



В новой операционной сейчас уже выполняются самые сложные операции

на матке и придатках и всём том, что относится к репродуктивным функциям женщины, – это святое. Почему не было, нет, и не может быть в медицине тайн выше, чем связанных с гинекологией. А сколько их хранят коллеги Оксаны Калининой врачи акушеры-гинекологи Елена Смирнова, Евгений Маевский и многие другие, не исключая и медицинских работников среднего звена, – и подсчитать, наверно, невозможно. Достаточно сказать, что ежегодно в отделении выполняется до 1500 различных операций.

Вернее – выполнялось. Теперь,

после расширения и полной реконструкции бывшей «подсобки» – малой операционной, уже почти оснащённой современным оборудованием, их число значительно увеличится. Ведь в гинекологическом отделении центра ФМБА в Омске лечатся девушки и женщины не только из Омской области, а чуть ли не со всей Зауральской территории нашей страны. Почему центр и именуется – Западно-Сибирский.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

## Современные технологии

Аритмию вылечат за один  
«ледниковый период»

Первый «на службе» в России инновационный криобаллон разработки одной из ирландских компаний продемонстрирован в Санкт-Петербурге на состоявшемся здесь XII Международном конгрессе по электростимуляции и клинической электрофизиологии сердца «Кардиостим-2016». Принцип его работы заключается в воздействии низкими температурами на те участки миокарда, которые являются источниками возникновения аритмии. При помощи холодной терапии реально вылечить аритмию за одну операцию, что доказали в конце прошлого года хирурги НИИ кардиологии из Томска, выполнив первое в стране вмешательство на сердце с использованием криобаллона.

Сегодня аритмология – это отдельная технологически ёмкая дисциплина. Вот почему на берегах Невы внимание отечественных специалистов в области клинической кардиологии, электрофизиологии, интервенционной и хирургической аритмологии было приковано не только к вопросам диагностики и лечения жизнеопасных нарушений ритма сердца у взрослых и детей, хронической сердечной недостаточности, тахикардий, но и к последним новинкам из ряда высоких технологий, представленным на со-

стоявшихся в рамках конгресса симпозиумах «Лёд и пламя: криоабляция и радиочастотная абляция в лечении пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий», «Электроника в медицине: мониторинг, диагностика, терапия».

Среди интереснейших инноваций – уникальная система удалённого мониторинга пациента, благодаря которой врач получает полную информацию о работе имплантированных устройств из любой точки земного шара, где есть мобильная GSM-связь,

и может отслеживать состояние своего подопечного на расстоянии. В мире системой удалённого доступа мониторинга пользуются более 1 млн пациентов, 1,4 тыс. из них – россияне.

Экспертами на конгрессе отмечалось: в последнее время внимание специалистов к системам удалённого наблюдения за имплантированными устройствами значительно выросло, чем продиктовано даже создание специальной рабочей группы Всероссийского научного общества аритмологов под руководством кардиохирурга профессора Сергея Яшина (Санкт-Петербург). Она занимается разработкой практических рекомендаций по удалённому мониторингу пациентов с имплантированными кардиостимуляторами.

Владимир КЛЫШНИКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Официально

## Посещение больных предусмотрено законом

Петиция о допуске родственников тяжелобольных людей в реанимацию вызвала живое обсуждение в социальных сетях. Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай пояснил, что ещё в 2014 г. Минздрав направил в регионы письмо с просьбой создать условия для посещения больных родственниками, в том числе в отделениях анестезиологии-реанимации.

Кроме того, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» одним из основных принципов является приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи. А он реализуется, в том числе, путём создания условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации с учётом его состояния, соблюдения противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации.

В соответствии с частью 3 статьи 51 этого закона одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю предоставляется право на бесплатное совместное нахождение с ребёнком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в течение всего периода лечения независимо от возраста ребёнка. При совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребёнком до достижения им возраста 4 лет, а с ребёнком старше данного возраста – при наличии медицинских показаний плата за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания, с указанных лиц не взимается.

Таким образом, в отношении взрослых пациентов законодательством закреплено право их посещения во время нахождения в медицинских организациях, в отношении детей – не только посещения, но и совместного нахождения с ними родственников во время всего периода лечения, включая нахождение в отделении анестезиологии-реанимации (с учётом вышеуказанных условий).

– Обратим внимание, что при организации посещений и совместного с родственниками пребывания (для детей) необходим учёт состояния пациента, соблюдение противоэпидемического режима и интересов иных лиц, работающих и (или) находящихся в медицинской организации, – подчеркнул О.Салагай. – Конкретные меры, направленные на реализацию указанного права граждан, принимаются региональными органами власти в сфере здравоохранения и находящимися в их ведении медицинскими организациями. В отношении федеральных медицинских организаций – федеральными органами, в ведении которых находятся данные организации.

В случае, если данное право нарушается, гражданин может обратиться в страховую компанию, полис которой он имеет в рамках обязательного медицинского страхования, региональный департамент здравоохранения, территориальное управление Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Новые подходы

## В круглосуточном режиме и очень точно

Астраханские ЛПУ оптимизировали работу благодаря системе ГЛОНАСС. Стопроцентное оснащение подведомственных автомобилей этой системой мониторинга передвижения позволило значительно снизить издержки на топливо и количество аварийных ситуаций.

На сегодняшний день новое оборудование установлено на 387 транспортных средствах в 28 областных государственных лечебно-профилактических учреждениях. Полное оснащение навигационным оборудованием транспорта проходило в не-

сколько этапов в течение 2012-2015 гг. За время его использования удалось в значительной степени улучшить точность измерения пройденного расстояния, что, в свою очередь, позволило скорректировать расходы на горюче-смазочные материалы.

Круглосуточный контроль за машинами экстренной и неотложной помощи позволил в большей степени сократить время прибытия к месту вызова, ЧС, ДТП, оказания помощи с последующей госпитализацией.

Слаженная и оперативная работа особенно важна в период возникновения эпидемий и в

неблагоприятных климатических условиях. Единая диспетчерская служба регионального центра медицины катастроф и скорой медицинской помощи отслеживает в режиме мониторинга весь транспорт медицинского назначения на обширной территории.

Минздрав Астраханской области на сегодняшний день является единственным ведомством региона, где полностью налажен контроль за работой подведомственного транспорта, благодаря чему оптимизированы и затраты на его содержание.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,  
внешт. корр. «МГ».

Астрахань.

На контроль!

## Росздравнадзор увеличил штрафы

В 1,5 раза увеличилась сумма штрафов, наложенных Росздравнадзором в 2015 г. за выявленные в ходе проверок нарушения. Об этом сообщают в ведомстве.

В 2015 г. Росздравнадзор выписал более 116 млн руб. штрафов

за нарушения, выявленные в ходе проверок (в 2014 г. – 73 048 тыс. руб.). В целом выявлено 40 302 нарушения в сфере здравоохранения. При каждой проверке было зафиксировано в среднем около двух правонарушений.

По результатам проверок Росздравнадзором определено 116

351 тыс. руб. административных штрафов. Сумма уплаченных штрафов составила 108 728,27 тыс. руб. (93%), аннулировано 5 и приостановлено действие 13 лицензий.

Павел ГАЛКИН.

МИА Сити!

Москва.

Перспективы

## Серьёзная заявка на новый препарат

В Московском физико-техническом институте сообщили, что группе учёных под руководством заведующего лабораторией медицинской химии и биоинформатики Яна Иваненкова удалось синтезировать ряд новых молекул класса селеногидантоинов. Их ценность в том, что они обладают противоопухолевой и антиоксидантной активностью.

Селеногидантоины – это производные гидантоинов, у которых один из атомов кислорода заменён на селен. Сами гидантоины давно «популярны» в фармацевтике: они входят в состав многих лекарственных молекул, в частности, в препаратах, которые применяются при химиотерапии рака простаты и противосудорожных средствах.

Что же касается селеносодержащих лекарственных молекул, они также используются в производстве лекарств, в частности, антиоксидантов с широким спектром терапевтической активности. При этом вновь синтезированные соединения, подчёркивают московские химики, в перспективе могут стать основой более эффективных противораковых препаратов, чем все существующие сегодня.

Следующим шагом данной работы будет исследование фармакологического потенциала наиболее активных селеносодержащих молекул на тканях живого организма, говорят в МФТИ.

Елена ЮРИНА.

Москва.

Однако

## Стресс и спирт: что первично?



Российско-германское исследование, проведённое в Институте цитологии и генетики РАН, показало, что наши традиционные представления о причинах и механизме формирования алкогольной зависимости далеки от истины. В частности, стереотипное объяснение человека, будто он пьёт, чтобы загасить стресс и тревогу, – не более чем пустая отговорка.

Как сообщили в Сибирском отделении Российской академии наук, учёные выполнили серию экспериментов, в которых смоделировали поведение разных типов людей в отношении алкоголя. Только в данном случае участниками опытов были не люди, а две линии крыс – ручные (спокойные) и агрессивные (тревожные).

– Согласно гипотезе о снятии напряжения, индивидуумы с повышенной тревожностью могут быть более чувствительны к воздействию алкогольных напитков и чаще предпочтут алкоголь к их распитию. Однако это не всегда подтверждается данными, полученными на экспериментальных животных, – комментируют в ИЦиГ.

Крысам обеих групп предлагали утолять жажду водой и разбавленным спиртом, причём, алкоголь сначала ставили в клетку, затем на несколько дней убирали и вновь возвращали, а крепость напитка постепенно повышали с 2 до 5%, и затем до 10%. По результатам исследования оказалось, что агрессивные зверьки предпочитали

2%-ный спиртовой раствор, а спокойные налегали на более крепкий. Причём после семидневной отлучки от алкоголя именно у ручных крыс стали заметны проявления аддикции: как только в клетку возвращали «огненную воду», эти участницы эксперимента пили её в больших объёмах, чем прежде.

А теперь самое интересное. Как поясняют в институте, у ручных животных ослабление тревожно-подобное поведение и повышен уровень дофамина в прилежащем ядре, которое входит в мезолимбическую систему головного мозга. Алкоголь же вызывает искусственный всплеск гормона удовольствия. Следовательно, само состояние опьянения просто доставляет им кайф, а стресс тут ни при чём? Причём, подопытные крысы со спокойным психотипом показали склонность к алкогольной зависимости и явно отдавали предпочтение напиткам покрепче. Таким образом, результаты эксперимента свидетельствуют о повышенном потреблении алкоголя именно у животных с низким уровнем тревожности.

Что же касается агрессивной породы крыс, они обошли своих ручных собратьев только в объёмах потребления слабого алкоголя. Иными словами, чтобы снять напряжение и тревогу, злобным зверькам вовсе не нужны крепкие напитки.

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Президент РФ провёл в Ново-Огарёве рабочую встречу с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой. Главую государства интересовала «текущая ситуация» в отрасли по результатам прошлого года и по результатам работы за I квартал, фактически – 2 месяца.

### Смертность снижается

– Несмотря на известные финансово-экономические колебания, нам удалось удержать те позитивные тенденции, которые до этого в течение ряда лет развивались, – отметила В.Скворцова. – Важным положительным результатом явилось дальнейшее и очень существенное снижение младенческой и материнской смертности. Младенческая смертность снизилась на 12%, даже больше за 2015 г., достигнув 6,5 на тыс. родившихся живыми, а в январе – ещё на 4,6%, до 6,2. Это абсолютный исторический минимум.

– А сколько она составляла в 2014 г.? – поинтересовался В.Путин

– 7,4. Важно при этом сказать, что более чем в половине регионов – в 44 из 85 – показатели младенческой смертности ниже средней по России, и есть показатели лучшие в мире. Скажем, в Томской области – 1,7, в Тамбовской и Тульской – 2,3, в Кабардино-Балкарии – 2,9. То есть у нас около 20 регионов имеют показатели ниже 3,5-4. Это действительно очень хорошие показатели.

Материнская смертность тоже снизилась более чем на 11% и достигла исторического минимума.

Конечно, мы надеемся, что в 2016 г. выстроим 32 перинатальных центра в 30 регионах, за этим следим очень строго. Это даст дополнительный мощный импульс дальнейшему развитию.

Хотелось бы также отметить, что продолжительность жизни россиян увеличилась – до 71,2 года, причём в большей степени увеличилась у мужчин – на полгода за 2015 г. Смертность трудоспособного населения существенно снизилась – в среднем на 4,5%. Это больше 21 200 человек, и прежде всего это мужчины в возрасте от 35 до 60 лет.

Основным фактором, влияющим сейчас на показатели общей смертности, является фактор старения населения. И в этой связи мы провели очень жёсткий анализ, каким образом увеличить шаг в снижении смертности, с тем, чтобы старение не явилось препятствием к снижению смертности, а мы могли эти два процесса – увеличение продолжительности жизни и снижение смертности – ускорить. У нас есть большой ресурс, в этом направлении мы работаем.

### Приходят высокие технологии

По высокотехнологичной помощи. Нам удалось достаточно резко увеличить её объём. В 2013 г. у нас объём был 505 тыс. человек. Сейчас уже больше 816 тыс. При этом хотелось бы отметить, что более разнообразной стала высокотехнологичная помощь, она пополняется действительно высокими технологиями, самыми современными.

Хотелось бы сказать, что в этом году мы впервые вышли на более чем 120 тыс. стентирований, причём уже более 20% больных с острым коронарным синдромом, в экстренном порядке в течение первых 3 часов с момента госпитализации стентируются.

– Хорошо, что сейчас в регионах это появилось...

– И если брать, скажем, такие плановые виды помощи, как трансплантация, то более 80% трансплантаций почек проходит уже в региональных клиниках.

Наряду с высокотехнологичной

### В центре внимания

# Минздрав России: удалось удержать позитивные тенденции

## Что происходит в сфере здравоохранения за последнее время?



Во время рабочей встречи В.Путин и В.Скворцовой в Ново-Огарёве

мы большое внимание уделяли повышению доступности первичной и скорой медицинской помощи. Это была достаточно серьёзная проблема, особенно в регионах с низкой плотностью населения и плохой транспортной инфраструктурой. Поэтому мы полностью пересмотрели те нормативы, которые работали до 2015 г., подняли требования к доступности. Они основываются теперь не только на численности проживающего населения в том или ином населённом пункте, но и предельном времени ожидания медицинской помощи, на возможностях транспортной инфраструктуры. То есть, фактически это комплексный подход, который позволил нам создать геоинформационную карту для всей страны, для каждого региона. Это позволяет нам на примере каждого региона анализировать доступность медицинской помощи и проводить работу над ошибками.

### Село становится ближе

– А что делается для увеличения доступности на селе?

– Хотела бы сказать, что, в стране открыто несколько модульных производств. Это достаточно дешёвые, но очень качественные ФАПы и фельдшерские пункты разного метража с учётом проживания фельдшера. Мы строим достаточно много, около 500 ФАПов в год, причём это налажено практически во всех регионах.

Конечно, трудно компенсировать тот износ, который накопился за десятилетия по старой инфраструктуре. Но именно поэтому мы сейчас фактически точно для каждого региона определяем, где нам нужно обновить инфраструктуру, а где обойтись мобильными передвижными комплексами, если они будут приходить регулярно – не реже двух раз в год – для тотального профилактического обследования населения.

Кроме того, конечно, особое внимание – экстренной медицин-

ской помощи, чтобы независимо от того, где бы человек ни проживал, он мог менее чем за 20 минут вызвать и получить скорую помощь. Наши геоинформационные ресурсы как раз позволяют, прежде всего для сельской местности, спланировать развитие инфраструктуры и активность на местах.

Также надо сказать, что мы в 2015 г. впервые начали прикреплять наше население не к конкретным медицинским организациям, а к конкретным врачам или фельдшерам, если речь идёт о сельской местности. Это позволило нам, начиная с марта 2015 г., мониторить работу каждого из 60 тыс. участков и анализировать работу каждого участка по числу смертей за неделю, количеству вызовов скорой помощи, в том числе необоснованных, количеству экстренных госпитализаций. И в ближайшее время мы опубликуем рейтинг качества работы терапевтических участков. Это позволяет нам точно «дотягивать» определённые районы и принимать меры вместе с регионами, для того чтобы повысить качество и доступность медицинской помощи.

На наш взгляд, здесь есть достаточно серьёзные подвижки, хотя, конечно, на сегодняшний день система пока не совершенна, и можно привести массу негативных примеров. Постараемся постепенно, шаг за шагом их исправить.

### Насколько доступны лекарства?

В отношении доступности лекарственных препаратов. За январь и февраль цены на жизненно важные препараты повысились на 0,4%. В несколько большей степени они поднялись на дешёвый сегмент.

– Это же в основном отечественные препараты? Почему именно на них идёт повышение?

– Если вспомнить первые 2 месяца прошлого года – там повышение было 5,5%, то есть больше чем в 10 раз. В принципе, если опять-таки сравнивать это с рыночным сегментом, – там повышение существенно превышает. То есть 0,4% – это достаточно стабильная цена, которая на потребительской возможности населения никак не сказывается.

Мы отдельно, очень внимательно контролируем ассортиментную доступность, потому что были сигналы, что в конце года случались перебои с определёнными лекарствами именно из этого сегмента.

На сегодняшний день из отечественных дешёвых препаратов у нас выпадения, с точки зрения международных непатентованных наименований (МНН), нет вообще, и ассортимент стабильный. Но на 2,5% снизилось количество торговых форм. Это никак не снижает качество помощи, потому что достаточно большое количество аналогов по всем МНН, которыми легко заменить отсутствующие препараты.

Если говорить об импортных препаратах дешёвого сегмента – там выпадение более существенно, снижение на 18% и в ассортиментном, и в ценовом выражении. Имеется в виду в целом рынок дешёвых препаратов. Но поскольку мы держим весь спектр МНН стабильным, то, по сути, речь идёт о перераспределении рынка дешёвых препаратов с акцентом на отечественные.

По данным маркетинговых компаний, которым мы специально заказывали исследования, какого-то сокращения коммерческого рынка препаратов нет.

### Развивать фармацевтику на собственной базе

– Мы несколько лет назад создали целую программу развития отечественной медицинской и фармацевтической промышленности. Как она работает?

– Это программа Министерства промышленности и торговли РФ, но мы при этом очень тесно общаемся. За последние 3 года было развито около 70 отечественных производств. Сейчас уже речь идёт о полноценном производстве, о глубокой локализации и об оригинальных препаратах. Поэтому положительная динамика налицо.

Я докладывала вам по перечню жизненно важных препаратов – их 23,5 тыс. торговых наименований, 646 международных непатентованных наименований. Если взять весь спектр торговых препаратов – 81% уже в том или ином виде производится на территории Российской Федерации. Из них по полному циклу, имею в виду производство субстанции или изменение субстанции, – где-то 67%. Пока ещё достаточно большая доля, так скажем, поверхностно локализованных производств.

Нас волнует одна проблема, которая сводится к тому, что население сейчас меньше тратит собственных ресурсов для получения лекарств в амбулаторном сегменте: по данным социологических опросов, примерно на 11%. И в этой связи падает приверженность к лечению, в том числе пациентов из тех групп, которые должны принимать постоянную терапию в течение 1-2 лет: после операций на сосудах, в том числе аортокоронарного шунтирования, стентирования, или после инфарктов и инсультов. В этой связи мы разработали программу и провели пилотный проект по частичному государственному возмещению стоимости этих лекарств.

– Правильно. Людям просто тяжело.

– Да. Хотелось бы помогать. Тем более что экономия будет очень большая. Просто отсутствие повторных таких тяжёлых заболеваний, на которые мы тратим несколько сот тысяч рублей на одного пациента. Поэтому здесь будет и прямая экономия, и не-прямая.

– В чём заключается предположение?

– В том, чтобы предусмотреть уже в бюджете 2017 г. небольшую сумму денег в Фонде обязательного медицинского страхования, для того чтобы дифференцированно, в зависимости от собственной мотивации человека на постоянное лечение, компенсировать часть стоимости лекарств.

– Сколько это примерно?

– Если говорить о тех 120 тыс., которые прошли стентирование, то 100% лечения на один год стоит 4,7 млрд. Это для страны в целом не очень большая сумма денег, но она решает проблему. Мы на 50%, как минимум, уменьшим повторные сосудистые события...

– Подготовьте это предложение. Уже сейчас нужно его обсуждать, имею в виду, что работа над бюджетом 2017 г. практически начинается...

Подготовил  
Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

### На вес золота

В последние годы в нашей стране неуклонно увеличивается количество людей с избыточным весом и ожирением. Можно прямо сказать, что россияне «разносятся». Это беда для заболевшего, но также серьёзная проблема и для государства, поскольку сопряжена с существенным экономическим и социальным ущербом. Когда-то многие посмеивались над жироющей Америкой, теперь и до России докатывается эта волна.

Когда Американская медицинская ассоциация официально признала ожирение болезнью, врачи выразили надежду, что такое признание поможет изменить мышление общества и каждого человека. Благодаря принятым сенатом законам, из госбюджета стали выделяться десятки миллионов долларов на развитие программ по борьбе с лишним весом. В результате пациенты получают от страховых компаний компенсацию на лечение избыточного веса. В свою очередь государство финансирует специальные программы, направленные на похудение нации. Это позволяет разрабатывать новые методы терапии и профилактики ожирения, ведь законом предусмотрен целый комплекс мер по пропаганде здорового питания и активного образа жизни.

А буквально несколько лет назад мы стали свидетелями необычной акции. Власти Объединённых Арабских Эмиратов вместо траты денег на неэффективную социальную рекламу заявили о решении компенсировать золотом усилия тех, кто примет решение похудеть и избавиться от лишних килограммов в соотношении: 1 кг веса – 1 г драгметалла. В конкурсе, который проходил под девизом: «Ваш вес в золоте», мог принять участие любой обладатель излишнего жира. На следующий год муниципалитет акцентировал внимание уже на семьях, страдающих ожирением, и мероприятие получило слоган: «Ваш ребёнок из золота». Драгоценный металл был разделён между 2648 победителями, которые сбросили больше всего веса. Популярный конкурс продолжается.

Подобные начинания есть и в России. В Кузбассе, ведущем угольном регионе страны, нечто похожее провели в минувшем году. Только там победителям губернатор Кемеровской области Аман Тулеев предложил раздавать... высококалорийный уголь. Естественно, в тоннах и использовать его по своему усмотрению. Может, и руководители других регионов предложат свои меры мотивации к отказу от лишних килограммов, чтобы их земляки становились стройными и здоровыми, жили дольше и приносили больше пользы государству?

### От «ПримаВеры» – к восхождению «Авроры»

Серьёзность и масштабность рассматриваемой проблемы обсуждалась на прошедшем в рамках конгресса научном симпозиуме «Стратегия управления ожирением. Эстафета национальных программ: от завершения «ПримаВеры» к восхождению «Авроры» под председательством вице-президента РАН, директора Эндокринологического научного центра Минздрава России, президента Российской ассоциации эндокринологов, академика РАН Ивана Дедова и директора Института диабета Эндокринологического научного центра, члена-корреспондента РАН Марины Шестаковой. Ведущие специалисты сосредоточили внимание коллег на проблеме ожирения в России и представили результаты крупнейшей в стране и мире наблюдательной программы безопасного снижения веса «ПримаВера».

В очередной раз врачи отметили, что ожирение – это колоссальная медико-социальная проблема, которая становится в России всё более острой и носит угрожающий

По статистическим данным, около 5% взрослого населения нашей страны страдают эндокринными заболеваниями, нарушениями обмена веществ, расстройствами питания. Распространённость болезней эндокринной системы за последние 5 лет возросла почти на 15%, причём наибольшее увеличение происходит за счёт сахарного диабета 2-го типа и ожирения.

Актуальным вопросам этиопатогенеза, диагностики и лечения эндокринных патологий был посвящён прошедший в Москве VII Всероссийский конгресс эндокринологов «Достижения персонализированной медицины сегодня – результаты практического здравоохранения завтра». Особой приметой стало то, что в этом году состоялся форум «Хирургия эндокринных органов: междисциплинарное сотрудничество», уделивший

внимание так называемой эндокринной хирургии. Были представлены современные инновационные достижения, прозвучали доклады об эволюции молекулярной диагностики эндокринных заболеваний, обсуждались вопросы повышения доступности и качества медицинской помощи пациентам. Участие в форуме учёных, ведущих клиницистов, педагогов, организаторов здравоохранения страны и мира, вне сомнения, придало конгрессу высокую образовательную и практическую ценность. И теперь, получив свежие знания в области фармакоэкономики, познакомившись с лучшим опытом своих коллег и повысив тем самым профессиональный уровень, свыше 1,5 тыс. врачей из разных уголков страны смогут применить новейшие методики и технологии в своей медицинской практике.

### Проблемы и решения

# Беда под названием «ожирение»

Специалисты выступают за междисциплинарный подход в оздоровлении нации



И.Дедов и М.Шестакова во время проведения симпозиума

характер как для здоровья общества в целом, так и для экономики. С каждым годом количество тучных людей только растёт. У 2 из 3 человек, страдающих ожирением, развивается тяжелейшее заболевание – сахарный диабет 2-го типа. 35% случаев ишемической болезни сердца и 15% случаев развития инсульта обусловлены ожирением и избыточным весом.

– Конечно, – подчеркнул И.Дедов, – чтобы сохранять нормальный вес, важно правильно питаться и больше двигаться. Сегодня у нас нет сомнений, что ожирение надо рассматривать как болезнь, которую необходимо лечить. В этот момент больных необходимо поддержать, пока они не прошли точку невозврата. Особенно тех, кто не может самостоятельно справиться с аппетитом. Это и доказала наблюдательная программа «ПримаВера». И это очень серьёзный результат, который достигнут впервые в мире.

Во многих случаях единственно эффективным, а главное, безопасным методом нормализации веса – медикаментозное лечение под наблюдением врача. Именно это и доказала успешно проведённая наблюдательная неинтервенционная программа «ПримаВера», которая длилась с 2012 по 2015 г. Впечатляют её масштабы: объединив 100 тыс. пациентов и более 3 тыс. врачей из 142 городов России, она помогла пациентам победить в борьбе с избыточными килограммами. Больные принимали безопасный лекарственный препарат для снижения веса в течение 6 месяцев (59,3% пациентов) и 12 месяцев (37,7%).

В рамках программы осуществлялся строго индивидуальный подход к каждому участнику. Роль врача в этом процессе очень значима, поэтому комплексная коррекция веса велась под постоянным наблюдением докторов с регулярным мониторингом артериального давления, пульса,

окружности талии.

Результаты программы действительно впечатляют: почти 59% пациентов полностью избавились от диагноза «ожирение», 12,6% – от диагноза «морбидное ожирение», более 28% вернулись к своему идеальному весу. 83% пациентов достигли клинически значимого снижения веса на 10% и более. Очень важно отметить, что в общей сложности участники программы сбросили 1,5 млн кг избыточного веса, а окружность их талии уменьшилась на 872 км, что соответствует расстоянию от Москвы до Казани!

Полученные результаты подтверждают, что безопасное, контролируемое снижение веса уменьшает риск преждевременной смерти на 20%, риск развития сахарного диабета – на 58%, а риск появления артериальной гипертензии – более чем на 15%. Как видим, программа «ПримаВера» стала успешным инструментом для управления процессом снижения веса. В клиническую практику она позволила внедрить алгоритмы лечения таких пациентов и эффективные методы оценки проводимой терапии.

– Ожирение, – отметил на прошедшей после симпозиума пресс-конференции И.Дедов, – становится проблемой государственного масштаба. Возможно, пора подумать о национальной программе для борьбы с этой бедой. Необходимо актуализировать серьёзные последствия ожирения и избыточного веса, пока мы не дошли до ситуации, которая характерна для США и других стран, где ожирение стало проблемой здравоохранения номер один.

Продолжением реализации системы мониторинга эффективности и безопасности терапии ожирения и избыточного веса сибирскими держащими препаратами в рутинной практике станет всероссийская наблюдательная программа «Аврора». Она будет посвящена получению клинко-эпидемиоло-

гических данных об особенностях терапии пациентов с ожирением и сахарным диабетом 2-го типа.

### На федеральном уровне

Специалисты бьют тревогу: России пора срочно обеспокоиться своим весом! Нет, вовсе не политическим или экономическим. Речь о сугубо медицинском аспекте, в частности, о физических кондициях сограждан, страдающих ожирением.

Известно, что в конце прошлого года медицинская общественность страны во главе с президентом Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, академиком РАН, заслуженным деятелем науки РФ Николаем Ющуком инициировала движение по объявлению 2017 г. Годом борьбы с ожирением. Эту инициативу поддержал заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья академик РАН Николай Герасименко. Предполагается, что на рассмотрение парламентариев вопрос будет вынесен осенью 2016 г.

Чем руководствовались представители медицинского братства, желая вывести проблему на государственный уровень?

Думается, нелишне ещё раз напомнить о серьёзной медико-социальной угрозе ожирения. Не случайно за счёт масштабов распространения оно признано ВОЗ неинфекционной эпидемией XXI века. По данным отчёта Организации экономического сотрудничества и развития, с 80-х годов прошлого века отмечается значительный рост числа людей с этим заболеванием. В период с 1980 по 2008 г. в таких странах, как США и Великобритания, количество тучных людей увеличилось вдвое.

Мировые и российские эксперты отмечают, что ущерб от ожирения сопоставим с ежегодными потерями экономики вследствие вооружённых конфликтов или курения. Интенсивный рост больных связан с образом жизни, демографическими, социально-культурными, биологическими причинами.

По данным ВОЗ, в 2014 г. более 1,9 млрд взрослых людей имели избыточный вес, из них свыше 600 млн человек страдают от ожирения. Ежегодно от болезней, связанных с избыточным весом и ожирением умирают 2,6 млн человек. По опубликованным в 2013 г. данным ООН, по состоянию на 2008 г. Россия находилась на 19-м месте в рейтинге самых полных наций мира. Но уже в 2014 г., по данным национального исследовательского центра «Здоровое питание», наша страна заняла 4-е место. От избыточного веса у нас страдает каждый третий человек трудоспособного возраста.

54% мужчин старше 20 лет имеют избыточный вес, 15% – ожирение. Почти у 59% российских женщин наблюдается избыточный вес, а у 28,5% – ожирение.

Ожирение считается самостоятельным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, сахарного диабета 2-го типа и многих др. По данным ВОЗ, 44% случаев заболевания диабетом, 23% случаев ишемической болезни сердца и 7-41% случаев некоторых раковых заболеваний обусловлены избыточным весом и ожирением.

Отдельная проблема – рост распространённости этой беды среди подрастающего поколения. Большинство экспертов отмечает связь детского ожирения с уровнем урбанизации, а также с низкой физической активностью и изменением структуры питания. При равной степени увеличения массы тела дети и подростки имеют более высокий риск развития сердечно-сосудистых и эндокринологических заболеваний в будущем.

Не стоит забывать и о проблеме стигматизации. Полные имеют низкую самооценку, страдают от депрессий и других психологических проблем, являющихся причиной социальной дезадаптации. Следует иметь в виду, что большинство также мучаются не только от болезни, но и от большого количества дополнительных проблем: ограничения двигательной активности, предвзятого отношения окружающих, проблем в личной жизни и профессиональной деятельности.

Беда ещё в том, что основным барьером для снижения веса у россиян, по результатам исследования среди тучных людей, является отрицание проблемы и нежелание воспринимать её как медицинскую. Кто-то может высказать упрек: не время в условиях санкций и нестабильной политической ситуации заниматься решением такой проблемы. Возможно, пока действительно рано говорить о таких понятиях, как культура еды, «хорошая еда» и т.д., но не будет ли поздно завтра, когда государство получит целую армию ожиревших россиян, не способных не то что трудиться, но и обслуживать себя? Психологию людей надо менять сейчас.

Становится очевидным, что для улучшения медицинского прогноза развития последствий ожирения и снижения их социально-экономического бремени в РФ необходимо разработать стратегию лечения ожирения и его последствий, а также внедрять социально значимые инициативы по его профилактике и повышению выявляемости, популяризации проблемы среди населения и привитию культуры ЗОЖ.

В ряде регионов России реализуется комплексный подход к актуализации проблемы избыточного веса и его последствий среди населения и минимизации бремени ожирения, объединяющий образовательные мероприятия для врачей и пациентов и информационную социальную кампанию «Стройная Россия» с лозунгом: «Вес в норме – страна в форме».

Тут самое время вспомнить высказанное на пресс-конференции предложение И.Дедова о создании национальной программы борьбы с ожирением. Комментируя по просьбе «МГ» высказывание коллеги, Н.Ющук заметил:

– Как вы помните, 2015-й был обозначен в России годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. И он принёс добротный результат в виде тысячи спасённых жизней и укрепления здоровья россиян. Поскольку ожирение является одним из основных предотвращаемых факторов риска развития сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний, естественной мне видится преемственность государственных инициатив и, как следствие, объявление года борьбы с ожирением и вывод проблемы на уровень социальной значимости.

Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».

Фото  
Александра ХУДАСОВА.

## Острая тема

# Министерские фантазии не знают границ...

## Но они мешают подготовке будущего врача

Похоже, в наше время бурно расцветают фантазии министров. Так, в информационном пространстве на днях появилось следующее предложение одного из них – министра труда и соцзащиты М.Топилина: «Студент вышел на рынок труда и оказался зарегистрированным в службе занятости, а мы ещё должны из государственных денег платить пособие! Пусть вуз, который подготовил недееспособного студента платит...».

Нет границ изобретательности чиновников в изыскании денег для пополнения скудеющего бюджета. Можно только удивляться отсутствию чувства юмора в предложении на полном серьёзе заставить вузы оплачивать содержание своего безработного выпускника. Наверное, потому что уважаемый министр выдаёт желаемое за действительное. Окончание выше приведённого высказывания звучит так: «В вузах есть деньги, ведётся коммерческая деятельность».

Возможно, ведётся. Будучи преподавателем одного из медицинских вузов, сказать наверняка не могу, ведётся ли. А если и ведётся, то денег явно не хватает даже для обеспечения учебного процесса. Пример. Учебный процесс в последнее время осуществляется путём ответа на тесты и клинические задачи. Это так потому, что доступ к больным в клинических больницах закрыт или крайне затруднён. Реформа, больницы надо зарабатывать деньги. Не до студентов. Теперь акцент в обучении делается на решение тестов и ситуационных задач. Сидит группа студентов вместе с преподавателем и вдалеке от больных решает эти самые тесты и задачи. На их распечатывание нужны тысячи листов бумаги высокого качества и дорогой. По подсчётам, на обеспечение одной темы занятий на тесты и эталоны ответов набегает порядка 15-16 тыс. листов для группы в 10 человек. Учебных тем – 20. Плюс картриджи. Получается немалая сумма. «Богатый» вуз уклонился от расходов. Деньги – из кармана преподавателей. Вот вам и – «в вузах деньги есть».

О том, какие трудности теперь есть для проведения учебного процесса на клинических кафедрах,



«МГ» писала многократно. Перечисление только заголовков всех публикаций на эту тему заняло бы большую часть газетной полосы. В который раз скажем, что заказчик на врачебные кадры, а это органы здравоохранения в лице главных врачей клинических больниц, меньше всего озабочен тем, чтобы создать приемлемые условия для проведения учебного процесса на базе своих учреждений. Это учебные помещения в клинических (кафедральных) отделениях, это преподавание «на больных». Врач, обучавшийся на тестах и решении придуманных ситуационных задач, вряд ли будет нужен главному врачу, и может стать опасен больному человеку.

Для того чтобы выпускник сразу по окончании медицинского вуза не оказался безработным, необходим ряд условий.

Первое – абитуриент. Кто и почему выбирает своей будущей профессией врачевание, часто носит случайный характер. Чтобы поступить на физический, матема-

тический, химический факультет, надо от природы иметь соответствующие способности. Чисто человеческие качества отступают на второй план. Для будущего врача физико-математические способности не являются всенепременными. На первом плане – человечность, понимание того, что в тебе будет нуждаться больной человек, и кроме умения оказать помощь, надо уметь завоевать его доверие, показать, что его выздоровление для тебя – первостепенная задача.

Пресловутый ЕГЭ абстрагировал личность абитуриента. Мы не знаем, что побудило его подавать заявление о приёме в медицинский вуз. Отбор будущих студентов происходит по формальным критериям. Может быть стоит предложить абитуриенту на бумаге изложить мотивы своего выбора профессии врача. По тексту можно составить представление о целом ряде характеристик молодого человека. И опытные преподаватели-клиницисты определили бы, насколько

выбор осознан, а мотивы зрелые, продуманные. А если нет, посоветовать выбор другой профессии, не требующей нужных для врача качеств.

Второе – качество подготовки будущего врача на студенческой скамье. В своё время «Медицинская газета» (№ 97 от 26.12.2012) провела анкетирование 100 студентов старших курсов трёх столичных медицинских университетов. Эти вузы не попали в опубликованный в тот год список неэффективных. Оценка результатов анкетирования была общая, а не по каждому университету. Важно было получить представление о современных студентах.

В контексте этого материала укажем только ответы на некоторые вопросы анкеты. В подавляющем большинстве случаев на вопрос о качестве медицинского образования студенты указали – оно «снижается». Вряд ли респонденты имели возможность с чем-либо сравнивать. Для этого они были

слишком молоды, чтобы знать, что было раньше. Стало быть, они считают, что качество обучения оставляет желать лучшего. Абсолютное большинство считает – «следует сделать медицинское образование соответствующим современным требованиям», «расширить возможности освоения практических навыков». В последнем случае они имели в виду обучение у постели больного. Это 2012 г., на пороге стояла реформа, оптимизация, модернизация здравоохранения.

Третье – правовая составляющая. Опять обращусь к материалам «Медицинской газеты» (№ 85 от 01.11.2002). В теперь уже далёкие десятилетия в стране проявился интерес к правам человека. На вопрос преподавателя, знают ли студенты что-либо о своих правах последовал вопрос: «А разве у нас есть права?» Следующий вопрос: «Какие у студентов должны быть права?» поверг их в длительное раздумье. После чего они заговорили об условиях, в которых проводятся занятия (и в те годы под учебные комнаты отводились подвальные помещения, подсобки, коридор в конце больничного отделения), о качестве учебников и методических материалов, которые не блещут новизной, принуждением посещать лекции и т.д.

Четвёртое – здоровый врач. В том же номере «МГ» ректор Северного ГМУ академик РАН Павел Сидоров опубликовал статью о здоровье студентов. Отметил, что «от 1-го к 6-му курсу состояние здоровья студентов прогрессивно ухудшается». Далее отмечает: «расписания занятий и лекций составлены так, что студент едва успевает из одной больницы доехать до другой».

Все эти и некоторые другие факторы влияют на качество подготовки врача, который после окончания вуза придёт на «рынок труда». Знает ли об этом министр М.Топилин? Студент ли будет виноват, что не сразу найдёт работу?

Впрочем, в наше быстро меняющееся время ничего с уверенностью предсказать нельзя. Пару лет назад врачей «оказалось» много. Прошли массовые сокращения. Врачи-лечебники были вынуждены переквалифицироваться в функциональных диагностов, специалистов ЛФК... Слегка недавно вдруг возник острый дефицит врачебных кадров. Теперь без обязательной в прошлом интернатуры выпускник вуза, обучавшийся на тестах и задачах, с расплывчатыми объёмами будет встречен в первичном звене.

Следует ли принимать малообдуманные решения в столь быстро меняющейся ситуации? – вот в чём главный наш вопрос, на который требуется вразумительный ответ.

Рудольф АРТАМОНОВ,  
профессор.

Москва.

Фото  
Юрия ЛУНЬКОВА.

## Тенденции

Визит в Борзинский район исполняющей обязанности губернатора Забайкальского края Натальи Ждановой, назначенной Президентом РФ Владимиром Путиным на эту высокую должность месяц назад, состоялся на днях. Программа поездки была насыщенной: долгожданное открытие детского сада «Сказка», посещение художественной школы и многопрофильного лицея, осмотр домов, строящихся для переселенцев из ветхого жилья. Одним из важных моментов визита стало посещение травмоцентра второго уровня, открытого недавно на базе Борзинской ЦРБ.

Открытие такого нужного для жителей Борзинского и соседних районов медицинского подразделения стало логическим завершением успешной реализации

# Чтобы на дороге не было беды

## Травмоцентр в Борзе подводит первые итоги

на территории Забайкалья федеральной программы по совершенствованию медицинской помощи пострадавшим в ДТП, начатой в 2011 г. Созданы и успешно работают травмоцентры первого уровня в краевой клинической и краевой детской клинической больницах. Спасают пострадавших в ДТП в травмоцентрах второго уровня Шилки, Петровска-Забайкальского, Агинска, Борзи. Изменения, коснувшиеся районных больниц, наиболее радикальные и позитивные. Это отмечают медики, круглосуточно работающие на благо забайкальцев, и сами пациенты,

которые получают современное лечение в обновлённых помещениях.

В Борзинской больнице в рамках реализации федеральной программы приобретено лечебно-диагностическое оборудование на сумму 102 млн руб. Прочтено на центральных базах восемь врачей различных специальностей для оказания помощи пострадавшим в ДТП. Новый реанимобиль круглые сутки готов к выезду на оживлённую федеральную дорогу А-350 «Чита – Забайкальск». Из регионального бюджета выделено 16 млн руб. для реконструкции приёмного отделения, ремонта операционного

блока, восстановления лифта, оборудования пандуса.

Главный врач Борзинской ЦРБ Андрей Федотов доложил о первых итогах работы травмоцентра. Всё оборудование успешно действует в круглосуточном режиме. Выполнено 257 исследований на новейшем компьютерном томографе, проведено 537 различных оперативных вмешательств, включая малоинвазивные травматологические операции при помощи С-дуги. Среди 37 пострадавших в ДТП, получивших тяжёлые политравмы, нет ни одного погибшего. Можно сказать, что первоочередную задачу по

спасению жизней забайкальцев травмоцентр в Борзе выполняет успешно.

Алексей Чупров, травматолог с многолетним стажем, сказал на прощание Наталье Ждановой: «Конечно, перемены разительные. Новейшее оборудование помогает быстро установить правильный диагноз, поставить на ноги пострадавших в короткие сроки, а значит – отвести беду...».

Алексей САКЛАКОВ,  
депутат Законодательного собрания  
Забайкальского края,  
кандидат медицинских наук.

Беседы с главными специалистами

# Познавая особенности детского туберкулёза...

На этом пути у нас как много побед, так и немало серьёзных проблем

– Валентина Александровна, дайте, пожалуйста, характеристику детского туберкулёза на современном этапе.

– В обществе всегда было принято считать, что туберкулёз – болезнь прошлого, однако это не так. Большинство россиян инфицированы микобактериями туберкулёза. Наиболее восприимчивой группой населения являются дети. Из более чем 9,5 млн случаев туберкулёза, возникших в мире в 2014 г., 1 млн зарегистрирован именно у них. Это свидетельствует о том, что детский туберкулёз составляет значительную долю бремени заболевания. В нашей стране, несмотря на снижение общей заболеваемости туберкулёзом среди взрослых, число заболевших детей пока не уменьшается.

Ежегодно туберкулёзной инфекцией в России заражаются примерно 250 тыс. детей и подростков. Ситуация осложняется тем, что болезнь у них имеет ряд характерных особенностей, которые требуют специальных подходов к диагностике и лечению. Обычно она протекает более тяжело, чем у взрослых, со множеством осложнений. В стране около 250 тыс. детей с латентной туберкулёзной инфекцией. Тревогу специалистов вызывает туберкулёз у подростков, а также у детей до 3 лет. Неблагополучной группой по смертности являются дети в возрасте до 2 лет.

Благодаря организации активного выявления, проведению проверочных осмотров, ситуация стала улучшаться, однако почти треть впервые поставленных на учёт по поводу туберкулёза детей выявлена при обращении с выраженными симптомами заболевания.

– Что является сегодня приоритетом во фтизиопедиатрии?

– На первый план вышли профилактика и раннее выявление туберкулёзной инфекции. По-прежнему серьёзно беспокоят проблемы латентной туберкулёзной инфекции, туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, и т.д.

Дети всё чаще инфицируются лекарственно-устойчивыми формами микобактерий. Специфика детского туберкулёза в том, что наши маленькие пациенты не являются бактериовыделителями, поскольку у них поражаются лимфатические узлы, а не лёгкие. Наша задача – не допустить инфицирования. А если уж ребёнок инфицировался, сделать всё возможное, чтобы он не заболел, потому что лечение бывает очень сложным.

Сейчас, поскольку конференция проходит в Крыму, в зоне нашего пристального внимания проблема санаторной службы и реабилитационная работа. В последнее время Минздрав России придаёт санаторно-курортному лечению и реабилитации особый статус, справедливо предлагая вывести эти важные для сохранения здоровья направления на качественно новый уровень. Учитывая современные подходы, мы разработали и на конференции будем утверждать клинические рекомендации по санаторно-курортному лечению детей, больных туберкулёзом.

Мы не можем существовать изолированно от лучшего мирового опыта. Поэтому создаём свои документы с учётом международных наработок. В частности, национальные клинические рекомендации по латентной туберкулёзной инфекции подготовлены как на основе российского опыта, так и рекомендаций ВОЗ. Разработкой рекомендаций занимаются рабочие группы, в составе которых лучшие специалисты со всей России. Уже утверждено 6 клинических рекомендаций, 4 собираемся утвердить на конференции, на подходе ещё несколько.

– Проведение лечения – дело сложное и обременительное, имеются ли проблемы с «педиатрическими» противотуберкулёзными медикаментами?

– Чем лечить детей... С этим у нас ещё очень большие проблемы. К стати, аналогичная ситуация во всём мире, что неоднократно озвучивали представители ВОЗ,

В соответствии с планом научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения РФ на днях в Крыму откроется Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулёза у детей и подростков». Вдохновителем проведения подобных конференций является руководитель детско-подросткового отделения НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, главный детский специалист фтизиатр Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Валентина АКСЁНОВА.

Также она учредитель и руководитель Федерального центра осложнений после прививок БЦЖ и БЦЖ-М при Минздраве России. Автор 450 научных работ, под её руководством защищено свыше 30 кандидатских и докторских диссертаций.

В бурные 90-е годы прошлого века, когда над отечественной фтизиопедиатрической службой нависла угроза упразднения, В.Аксёновой вместе с коллегами-активистами пришлось отстаивать свою позицию, доказывать, что фтизиатры могут рассчитывать на успех только совместно с решением проблем детства. Причём, с детьми надо работать иначе, чем со взрослыми, режимы химиотерапии у тех и других отличаются. Достижением главного фтизиопедиатра стало сохранение службы, придание ей самостоятельности и значимости. Сегодня все документы Минздрава России выпускаются после согласования с главным фтизиопедиатром. А благодаря поддержке своей коллеги, представителя ВОЗ М.Гржемска вопросы детского туберкулёза зазвучали и на мировом уровне. Почти 20 лет назад была организована рабочая группа по детскому туберкулёзу Всемирной организации здравоохранения, в которой Россию от Восточной Европы представляет В.Аксёнова. Она деятельно участвует в каждом заседании группы, определяет приоритетные направления фтизиопедиатрии, занимается разработкой национальных программ. Под её руководством издано международное руководство по борьбе с туберкулёзом у детей.

министр здравоохранения РФ В.Скворцова, главный педиатр Минздрава России академик РАН А.Баранов, многие педиатры.

Проблема № 1 – детские дозировки. Сегодняшняя ситуация с лечением упирается в отсутствие дозированных должным образом противотуберкулёзных препаратов гарантированного качества, удобных для применения у детей. Фармкомпаниям невыгодно проводить клинические исследования, поскольку слишком затратно, к тому же в стране «всего» 5 тыс. маленьких пациентов с активным туберкулёзом. Вот и приходится ломать или крошить таблетки, самим делать сиропы для получения желаемой дозы лекарства. Неприятные на вкус, они могут вызывать рвоту. Тем, кто ухаживает за больным, сложно давать такие лекарства, а детям трудно их принимать. Всё это снижает приверженность к лечению. Прежде во многих аптеках, при медицинских учреждениях были производства, что как-то помогало, теперь этого практически нет.

Одним из вариантов решения проблемы детских дозировок я считаю применение комбинированных препаратов с фиксированной дозировкой. Это не новые средства, а улучшенные формы используемых лекарственных препаратов первого ряда. При их производстве изначально закладывают маленькую дозу. Как правило, такие дозировки нужны пациентам весом до 25 кг (дети в возрасте до 8 лет). В 2016 г. на рынок выходят простые, удобные для детского применения противотуберкулёзные лекарства – диспергируемые лекарственные формы с соответствующей дозировкой, что должно повысить качество лечения.

Одно дело дать ребёнку горсть таблеток, а другое – 1-2. Теперь стало реально эффективно лечить детей с помощью одной таблетки, которая включает в себя несколько препаратов. Это идеальный вариант: утром ребёнок принял маленькую таблетку и пошёл в школу. А оказывается, это полный комплекс, в который помимо витамина В<sub>6</sub> входят изониазид, пипразинамид и, возможно, рифампицин. Прежде это было характерно зарубежным препаратам. К счастью, теперь и отечественные производители решают проблему, создавая соответствующие международным стандартам лекарства с рекомендованной ВОЗ дозировкой.

Ещё одна грань проблемы. Сейчас имеются эффективные препараты для взрослых, однако они не разрешены для лечения детей с МЛУ-ТБ, при котором устойчивость отмечается к 9-10 препаратам! При поддержке ВОЗ мы добились, чтобы нашу страну включили в клинические исследования такого лекарства, благодаря чему проведём лечение 10 детей.

– До сих пор не утихают споры вокруг вакцинации и ревакцинации. Каково ваше мнение на сей счёт?

– Я убеждена, что вакцинация – это инвестирование в будущее. Если она проводится грамотно, с соблюдением требований, применением современных вакцин, значит не будет осложнений. Вакцинирование БЦЖ служит важнейшим средством профилактики туберкулёза, поскольку обеспечивает создание защитного иммунитета. Оно ставит заслон инфекции если не на 100%, то на 80-85%. Даже если ребёнок и заболевает, болезнь протекает в более лёгкой форме.

Недавно побывав на Кубе, я в очередной раз убедилась в эффективности профилактики. В нашей стране много рассуждают: кого, как, когда, против каких болезней вакцинировать, организовано целое движение по отказу от вакцинации, поскольку она якобы даёт множество осложнений и только заражает ребёнка. А там, пока ребёнок после рождения находится в роддоме, его вакцинируют сразу от 15 инфекций.

Основным направлением моей «фтизиатрической» судьбы были и остаются профилактика, вакцинация и ревакцинация. Я всегда стремлюсь доказать, что надо как можно раньше вакцинировать, ещё до выписки ребёнка из родильного дома. На нынешнем этапе, при нашей неспокойной эпидемиологической ситуации иммунизация необходима. На Западе картина совсем иная, к тому же там люди чувствуют свою ответственность. А нам ещё надо перестроить психологию наших граждан.

Каковы минусы нашей вакцины? Возможны различные осложнения, но это не свидетельство того, что вакцина плохая. Наличие поствакцинальных осложнений – не повод для пересмотра политики в области первичной иммунизации БЦЖ. Причина в квалификации медицинского персонала. Врач должен проводить тщательный отбор, знать, кому

проводить иммунизацию, а кому нет. Также следует обучать специалистов правильно выполнять процедуру. Вакцинировать желательно в роддоме, где большой поток пациентов, строго внутрикожно. Можно ли гарантировать это в поликлинике? Отнюдь, ведь там медсестра выполняет вакцинацию гораздо реже.

С целью изучения осложнений, проведения мониторинга всех подобных случаев был создан Федеральный центр осложнений после прививок БЦЖ и БЦЖ-М при Минздраве России. Более чем за 10 лет его функционирования персоналом рассматривалось каждое из порядка 3 тыс. осложнений, с составлением всей полноты картины и указанием причин. В итоге, если прежде ежегодно фиксировалось почти 1,5 тыс. случаев, сегодня – чуть более 200.

Наряду с естественными путями проникновения палочки Коха в организм существует ятрогенное заражение в результате вакцинации и ревакцинации БЦЖ. Чтобы повысить ответственность медицинских сестёр, проводящих туберкулинодиагностику и вакцинацию, предусмотрено ежегодное прохождение ими курса обучения с выдачей справки, что служит допуском к работе. Конечно, тяжёлые осложнения были и остаются, но таких случаев единицы.

Отказываться от ревакцинации пока нельзя. В мире уже доказано, что однократное введение БЦЖ создаёт стерильный иммунитет и защищает организм от заболевания.

– Поговаривают, что фтизиатрам свойственно стереотипное мышление...

– Я полагаю, оно свойственно им в той же степени, что и всему медицинскому сообществу. Несмотря на прогресс, медицину, основанную на доказательствах, у нас немало любителей «медицинских стереотипов» и старых подходов.

В целом могу отметить, что конец прошлого и начало нынешнего веков для фтизиопедиатрии стали временем инноваций, прорывных технологий. Именно нам, фтизиопедиатрам, несказанно повезло. У нас появились МРТ и КТ, что позволяет выявлять туберкулёз на самых ранних этапах. Появились генно-инженерные лечебные и диагностические препараты, лабораторное оборудование, позволяющее проводить обследование групп

риска быстрыми молекулярно-генетическими методами (GeneXpert MBT/RIF) и т.д.

– «Общее место» в медицине, да и во фтизиатрии – кадры, молодёжь. Какой мотивацией их можно привлечь?

– В последнее время ситуация меняется к лучшему, причём во фтизиопедиатрии, мне кажется, ещё быстрее. Объясняется это возможностью реализовать себя. В эпоху инноваций работать стало намного интереснее. Единственное, что сдерживает приток свежих сил – отсутствие особых льгот и преференций, как было прежде, когда нагрузка у фтизиатра была меньше, а зарплата выше, отпуск продолжительнее, предоставлялись выплаты «за вредность», дополнительные проценты и льготы, в частности, отдых в санатории. Сегодня ничего этого нет. Поскольку мы не работаем в системе ОМС, не имеем никаких дополнительных процентов. Платных услуг также нет. Да и пациенты к нам поступают чаще всего не вполне благополучные, многие из социально дезадаптированных семей. Тем не менее, в нашем отделении никогда не было ни одной вакантной ставки. Я принимаю сотрудников с учётом их профессиональных и человеческих качеств. И все они не только ведут клиническую работу, но и занимаются наукой.

– Разделяете вы позицию, что к 2050 г. туберкулёз можно элиминировать в мире, как оптимистично заявляет ВОЗ?

– Пока далеко от этого, но в целом снизить заболеваемость и смертность от туберкулёза нам по силам уже в ближайшее время. Да и эпидемиология сейчас внушает оптимизм. Но заявлять, что мы справимся с палочкой Коха окончательно и бесповоротно? До тех пор, пока болеют взрослые, это невозможно. Сам по себе ребёнок не заболевает, он заражается от взрослого источника инфекции. Прогностически страна считается благополучной, если ежегодное снижение показателя заболеваемости составляет 10%. Со взрослыми это уже так, что я считаю большим достижением, а вот с детским туберкулёзом успехи пока скромнее.

Беседу вёл  
Александр ИВАНОВ,  
обозреватель «МГ».

Фото  
Александра ХУДАСОВА.



# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 19 (1958)

**26-летний туземный мужчина поступил с жалобами на жёлтый цвет кожи и глаз на фоне повышенной утомляемости в течение последних 6 недель. Он работает на верфи рабочим, в прошлом не болел, не применял регулярно медикаменты, не курил и не принимал запрещённых средств, не имел алкогольных эксцессов. Результаты физикального исследования не выявили ничего примечательного. Не было также выявлено признаков хронического заболевания печени.**

Исследования крови, проведённые при поступлении, показали признаки гепатоцеллюлярного поражения печени с незначительными нарушениями функциональных печёночных показателей. Результаты других исследований представлены в таблице 1. При повторном сборе анамнеза было выявлено, что за 10 недель до обращения принял две диетические добавки в течение одной недели. Это были порошки белковой сыворотки, содержащие 70% *Garcinia cambogia*. Он прекратил приём этих добавок, так как у него появился озноб, вскоре после их употребления.

После поступления показатели синтетической функции печени ухудшились (МНО возросло до 2,5 и уровень сывороточного альбумина упал до 23 г/л). У него также развился «порхающий» тремор без признаков когнитивных нарушений, связанным с энцефалопатией. Была выполнена биопсия печени. При гистологическом исследовании биоптата выявлен обширный некроз печени, но признаков, специфичных для какой-либо болезни не было (табл. 1). Спустя 2 месяца после госпитализации больному была выполнена трансплантация печени (результаты гистологического исследования указаны в табл. 1). После трансплантации печёночные функциональные показатели улучшились, больной медленно выздоравливал.

При отсутствии каких-либо других причин

гепатотоксического синдрома определение других побочных явлений осуществлялось исследованием по Therapeutics Goods Administration двух диетических добавок, которые употреблял больной. Подразделение здравоохранения штата было проинформировано, и две диетические добавки были протестированы на тяжёлые металлы (мышьяк, кадмий, хром, медь, ртуть, никель,

свинец и цинк), а также на фармпрепараты, однако сколько-нибудь высокого уровня этих субстанций выявлено не было.

Как сообщалось, более 900 лекарственных препаратов и трав могут быть причиной гепатотоксичности. В США применение трав и диетических добавок занимает второе место как причина идиосинкразии, индуцированной лекарствами печёночной патологии (idiosyncratic drug-induced liver injury – DILI) после антибактериальных препаратов. Наиболее частые последствия применения трав и диетических добавок – потеря массы и конфигурации тела. Кроме того, контаминация и фальсификация препаратов трав весьма распространённое явление. Факторами контаминации являются недеklarированные антибиотики, фармпрепараты и тяжёлые металлы. DILI ассоциировано с тенденцией контаминации препаратов трав множеством ингредиентов, о свойствах многих из которых недостаточна информация или возможен синергизм их действия. Белковая добавка, попадающая в организм больного в таких случаях, может

Таблица 1.

**Результаты тестов, проведённых при поступлении, и тестов биопсии печени и эксплантата печени для больных с фульминантной печёночной недостаточностью после применения пищевых добавок**

Тест	Результат (референтные интервалы)
АЛТ сыворотки крови	1520 U/L (< 40 U/L)
АСТ сыворотки крови	1430 U/L (< 45 U/L)
Фосфат калия сыворотки крови	156 U/L (35–135 U/L)
Гаммаглутамил-трансфераза	260 U/L (< 60 U/L)
Билирубин сыворотки крови	174 µmol/L (< 20 µmol/L)
Альбумин сыворотки крови	36 g/L (35–50 g/L)
МНО	1,3 (0,9–1,3)
Анти-HAV IgM	не определяется
HBs антиген, анти-HBc IgM, HBV-DNA	не определяется
Anti-HCV антитела, HCV-RNA	не определяется
ИКТ двухфазная	отсутствие тромбоза vena porte
Анти-EBV IgM, анти-EBV IgG	IgM отрицательные, IgG положительные
анти-HEV IgM, анти-HEV IgG	не исследовались
анти-HSV IgM, анти-HSV IgG	IgM отрицательные, тип 1 IgG положительные, тип 2 IgG отрицательные
анти-VZV IgM, анти-VZV IgG	IgM отрицательные, IgG положительные
анти-CMV IgM, анти-CMV IgG	IgM негативные, IgG положительные
антинуклеарные антитела	4 МЕ/мл (< 7 МЕ/мл)
антитела против гладких мышц	0 МЕ/мл (0 МЕ/мл)
церулоплазмин сыворотки	0,23 г/л (0,17–0,45 г/л)
медь сыворотки	12 мкмоль/л (11–23 мкмоль/л)
гистопатологические тесты биоптата печени	множественные фрагментированные ядра паренхимы печени с панлобулярным и монолобулярным некрозом; нет признаков аутоиммунного гепатита или заметных депозитов меди и железа
гистопатологические тесты эксплантатов печени	потеря жизнеспособных гепатоцитов, коллапс паренхимы печени, реактивная билиарная гиперплазия, отсутствие цирроза или стеатоза; между некротическими участками островки регенеративных узелков, содержащих жизнеспособные гепатоциты с дизорганизованной архитектурой без хорошо сформированных портальных трактов

**HAV = вирус гепатита А. HBs = поверхностный антиген гепатита В. HBc = антитело против ядра гепатита В. HBV = вирус гепатита В. HCV = вирус гепатита С. EBV = вирус Эпштейна – Барр. HEV = вирус гепатита Е. HSV = вирус простого герпеса. VZV = вирус varicella-zoster. CMV = цитомегаловирус**

содержать зелёный чай экстракта *Camellia sinensis*, экстракт зелёного кофе, экстракт африканского манго, гуараны, различных витаминов и минералов. Комбинация с другими добавками, содержащими *G. cambogia* (активный ингредиент гидроксилсиммонной кислоты) затрудняет определение причинного агента или агентов.

Исторически имеет место гипердиагностика DILI, достигающая 48,5%, индуцированной травами гепатотоксичности, обычно приписываемой другим причинам. Имеется много доступных методов для решения этой задачи. Наиболее употребима шкала Совета для международных организаций медицинских наук (Council for International Organizations of Medical Sciences – CIOMS).

Эта шкала является специфической для оценки состояния функции печени на ос-

экстрактом зелёного чая.

Продукты, содержащие *G. cambogia*, широко доступны и рекламируются для похудения, хотя доказательства такого действия не считаются убедительными. В сравнении с экстрактом зелёного чая доказательства гепатотоксичности *G. cambogia* менее убедительны, однако профиль безопасности *G. cambogia* в должной мере ещё не изучался. Эта субстанция, ассоциированная с гепатотоксичностью при DILI, описана в ряде сообщений, но другие потенциально гепатотоксические фармпрепараты также были использованы обсуждаемым больным.

В 2009 г. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов FDA отозвало несколько пищевых добавок Hydroxycut для похудения

## Фульминантная печёночная недостаточность, вызванная пищевой добавкой. Клиническое наблюдение

Таблица 2.

**Шкала совета для международных организаций медицинских наук для оценки случаев гепатоцеллюлярных поражений печени при подозрении, что они вызваны применением лекарств и трав, и шкала определения фульминантной печёночной недостаточности после употребления диетических добавок**

Учитываемые показатели гепатоцеллюлярного поражения	потенциальные баллы	баллы пациента
1. Время начала поражения от времени приёма/прекращения приёма лекарства/травы	1 – 2	1
2. Показатели уровня АЛТ сыворотки после прекращения приёма лекарства/травы	- 2 – 3	3
3. Факторы риска (возраст и алкоголизм)	0 – 2	0
4. Сопутствующий приём лекарства или травы	- 3 – 0	0
5. Исследование причин, не связанных с лекарством или травой*	- 3 – 2	1
6. Предшествующая информация о гепатотоксичности лекарства/травы	0 – 2	1
7. Ответ на непреднамеренное употребление	- 2 – 3	0
общий счёт†		6

\* 5 баллов соответствуют исключению 12 причин гепатотоксичности, из которых 11, связанных с лекарством или травой, были исключены для больного, представленного в статье, потому что для исключения гепатита Е у него не были выполнены серологические исследования. Не подтверждается гепатит и клиникой, отсутствуют указания на путешествия в эндемические зоны. В итоге у больного 6 баллов.

† причинная связь по балльной оценке: ≤ 0 исключается; 1–2 маловероятно; 3–5 возможно; 6–8 допускается; ≥ 9 высоко вероятно.

нове семи позиций (табл. 2) в следующих терминах: отсутствует поражение функции печени, маловероятно, возможно, можно предполагать, высокая степени вероятности для диагностики DILI. Применение этой шкалы показало наличие у больного вторичной DILI от белковой добавки в комбинации с добавкой *G. cambogia* (общее число баллов 6).

Из добавок в этом случае ингредиентом, вызвавшим гепатотоксичность, был экстракт зелёного чая и *G. cambogia*. Как показано, зелёный чай и экстракт зелёного чая оказывают положительный эффект на уровень общего холестерина в крови, артериальное давление и уровень гликемии натощак. Однако имеются сообщения о более чем 60 случаях гепатотоксичности, вызванных экстрактом зелёного чая. Во многих из этих случаев причиной осложнений, как было установлено, стало употребление более одного потенциального гепатотоксина. Зелёный чай отличается от чёрного тем, что он не ферментируется, сохраняя катехины (catechins), которые являются вероятными токсическими агентами. Зелёный чай представлен во многих диетических добавках и в белковых порошках, широко доступный в супермаркетах, магазинах здорового питания и аптеках. Обычно клинические проявления поражения гепатоцеллюлярного аппарата возникают спустя 3 мес. от начала употребления (пределы колебания 10 дней – 7 мес.). Хотя большинство больных выздоравливают быстро после прекращения употребления чая, описаны случаи острой печёночной недостаточности. Гистопатологические исследования выявляют при этом картину, типичную для острого гепатита с гепатонекрозом, воспалением и наличием эозинофилов. Признаки аутоиммунного процесса при этом не определяются. Клиническая картина обсуждаемого больного, результаты биохимического анализа и гистопатологического исследования сходны с таковыми при поражении печени

из-за сообщений о 23 случаях поражения печени, в том числе такие, которые потребовали трансплантации этого органа, или привели к смерти. Эти продукты встречаются в различных формулах и содержат в некоторых *G. cambogia* и во всех экстракт зелёного чая. В последующих исследованиях, проведённых FDA Health Hazard Evaluation Board (Правление оценки вреда здоровью), которое включало в том числе Hydroxycut, способное вызывать гепатотоксическую идиосинкразию, причинная связь между ними выявлена не была. В последующих сериях случаев исследовали продукты, содержащие экстракт зелёного чая, которые также подвергались исследованию как возможный причинный агент. Доказать это также не удалось. Имеет место сходство между случаями с Hydroxycut и случаем, описанным в этой статье. Но, по мнению авторов статьи в Medical Journal of Australia (2016) R.J.Smith, Ch.Bertilone и A.G.Robertson, о других случаях гепатотоксичности, ассоциированных с сывороточным белком и потерей массы тела от добавки, содержащей *G. cambogia*, не сообщалось.

### Уроки для практики

Медицинским работникам следует специально спрашивать больных о том, не употребляют ли они пищевые добавки. Больные часто не помнят о применении таких продуктов, не считая, что они могут принести вред их здоровью. Определение причины связи – дело сложное. Доступна система оценки, помогающая диагностике лекарственноассоциированного поражения печени, и система исключения альтернативных причин. Повышение требований к травяным и другим диетам включает, в том числе, и сведения о вредных побочных явлениях, ассоциированных с этими продуктами, составление профиля их безопасности.

Рудольф АРТАМОНОВ,  
профессор.

# Особенности патогенеза, клиники и лечения острого коронарного синдрома у женщин

**Основной причиной заболеваемости, инвалидизации и смертности населения во всем мире являются сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). В структуре ССЗ основную часть составляет ишемическая болезнь сердца (ИБС). Наличие у женщин в анамнезе различных факторов риска (ФР) и перенесённых заболеваний было показано в европейских регистрах острого коронарного синдрома (ОКС). Многие факторы риска одинаковы как у мужчин, так и у женщин, однако распространённость и значимость их в разных возрастных группах популяций неодинакова: у женщин ряд факторов риска выявляется на 7-10 лет позднее, но ведут они себя агрессивнее, чем у мужчин.**

Пик заболеваемости у женщин приходится на возрастной период 65–75 лет, но в последние годы отмечено увеличение заболеваемости ИБС и у молодых женщин с сохранённой менструальной функцией, что не укладывается в традиционные представления об ангиопротективных эффектах эстрогенов. Появилось понятие «преждевременная ИБС».

В ряде исследований подтверждены гендерные различия в симптоматике ОКС.

В мультицентровом исследовании пациентов с ОКС D.R.Zucker и соавт. отметили, что женщины были старше, чем мужчины, чаще страдали сахарным диабетом (СД) и артериальной гипертензией (АГ).

Госпитализированные с ОКС женщины, имели, в среднем, больше, чем мужчины как ишемических (перенесённый инфаркт миокарда (ИМ), так и неишемических (АГ) сердечно-сосудистых заболеваний.

Дебют ИБС у женщин приходится на более поздний возраст, чем в мужской популяции, поэтому сформировавшаяся к этому времени сопутствующая патология может маскировать ангинозные боли. Женщины, страдающие ИБС, чаще невротизированы, астенизированы, у них нередко наблюдаются вегетативные расстройства, снижение вариабельности ритма сердца. Они чаще предъявляют жалобы на тошноту, рвоту, одышку.

Несмотря на одинаковую с мужчинами частоту возникновения боли в груди, женщины реже сообщали о боли как о главной жалобе, им гораздо реже выполняется ЭКГ в покое, нагрузочные пробы и чаще назначаются транквилизаторы. В исследовании K.A.Milner и соавт. у пациентов, госпитализированных по поводу острого инфаркта миокарда (ОИМ), интенсивность болей в грудной клетке была меньше у женщин, чем у мужчин аналогичного возраста; уровень боли в груди уменьшался с увеличением возраста у мужчин и у женщин.

«Атипичные» симптомы остаются важными предикторами ОКС как для мужской, так и для женской популяции.

У женщин чаще встречается ИМ без зубца Q и несколько выше фракция выброса (ФВ) в первые 10 дней ИМ. При анализе глубины повреждения миокарда у женщин установлено, что мелкоочаговый ИМ отмечается у 65%, крупноочаговый у 21% и трансмуральный инфаркт – у 14% пациенток. Более высокий процент мелкоочагового повреждения миокарда вероятно обусловлен особенностями коронарного кровообращения у женщин (существенным «обеднением» кислородом субэндокардиальных отделов миокарда), более частым поражением мелких ветвей коронарных артерий.

Морфологическим субстратом ИБС у женщин часто бывает поражение только интрамуральных ветвей коронарных артерий.

У женщин чаще выявляется нестабильная стенокардия и ОИМ без подъёма сегмента ST, тогда как у мужчин – острый коронарный синдром в виде ОИМ с подъёмом сегмента ST. Смертность у женщин ОИМ с подъёмом сегмента ST выше, чем у мужчин с подобными изменениями ЭКГ. Значительное число женщин с нестабильной стенокардией или ОИМ без подъёма сегмента ST, без выраженного поражения коронарных артерий (КА) свидетельствует о высокой частоте микрососудистой эндотелиальной дисфункции и нестенозирующего атеросклероза.

Микрососудистая ИБС обозначается как коронарный «синдром X». Диагноз может быть поставлен в тех случаях, когда у пациентов с документированными эпизодами ишемии миокарда отсутствуют изменения крупных венечных сосудов, в том числе их спазм, а также вторичные изменения мелких коронарных артерий, обусловленные другими заболеваниями. Заболевание чаще встречается у женщин, что обусловлено

анатомическими (диаметр венечных артерий меньше, чем у мужчин) и функциональными (нейроэндокринная регуляция коронарного кровотока) особенностями.

Немаловажный фактор – снижение содержания в крови эстрогенов (эстрадиола), обладающих выраженной сосудорасширяющей активностью, в менопаузе, естественной или постоперационной. При коронарографии часто отмечаются замедление заполнения коронарной артерии контрастированной кровью и длительное её вымывание.

Считают, что резистивные сосуды (которые слишком малы, чтобы визуализироваться при коронарографии) у таких пациентов могут неадекватно расширяться в периоды возрастания потребности миокарда в кислороде. Прогноз пациентов с «синдромом X» несколько более благоприятен, чем у больных с явными атеросклеротическими поражениями магистральных коронарных артерий.

Для женщин показателен худший по сравнению с мужчинами прогноз ССЗ – большее число женщин умирают от первого ИМ, а также в течение первого года после него. По данным Американской ассоциации кардиологов, в течение года после подтверждённого ОИМ умирают 25% мужчин и 38% женщин. В исследовании GUSTO-I было обнаружено, что у женщин смертность после ОИМ в любом возрасте выше, чем у мужчин. Существуют предположения о гендерных различиях в отношении состава бляшки – у женщин она «более молодая», менее плотная и менее кальцинированная по сравнению с мужчинами.

Имеются данные об изменении состава атеросклеротической бляшки с наступлением менопаузы. У женщин чаще, чем у мужчин, имеются признаки воспаления в коронарных артериях. Раннее начало атеросклероза может быть более значимой детерминантой менопаузального возраста, либо путём прямого поражения сосудистой сети яичников, либо косвенно посредством пагубного воздействия на эндокринную систему.

Считается, что разрыв бляшки, связанный с надрывом тонкой фиброзной крышки и появлением внутрисосудистого тромба, является первопричиной ОКС. У женщин ОКС может быть инициирован не разрывом, а эрозией бляшки, которая характеризуется прямым контактом тромба с фибрином, покрывающим бляшку, а не с некротическим ядром.

Существует предположение, согласно которому прогрессирование атероматоза с развитием гемодинамически значимого атеросклероза у женщин среднего возраста происходит медленнее, при этом поражение носит более диффузный характер.

Эрозия бляшки в дальнейшем может приводить к дистальной эмболии и дисфункции микроциркуляторного коронарного русла. У женщин чаще наблюдается острый коронарный синдром при неокклюзированных коронарных артериях. У них большая, чем у мужчин, значимость придаётся дисфункции микроциркуляторного русла, приводящей к субэндокардиальной ишемии при интактных коронарных артериях.

У женщин, перенёвших ИМ с подъёмом ST, чаще отмечены такие осложнения как кардиогенный шок, отёк лёгких, нарушения ритма и проводимости, разрывы сердечной мышцы, кровотечения.

Течение постинфарктного периода у женщин моложе 60 лет, в сравнении с мужчинами, характеризуется более ранним развитием хронической сердечной недостаточности (ХСН), что требует проведения своевременного контроля за клиническими проявлениями недостаточности кровообращения и более агрессивной терапии этого осложнения ИМ.

Многофакторный анализ выявил, что наиболее значимыми в прогнозе исходов ОКС у мужчин являются возраст, величина систолического артериального давления (САД), ЧСС, наличие диагностически значимого повышения КФК/КФК-МВ, эритропении, гиперкалиемии, лейкоцитоза и сочетанная динамика ST (элевация+депрессия). У женщин спектр использованных в многофакторной модели показателей существенно отличался.

Наряду с возрастом, уровнем САД и диагностическими уровнями КФК/КФК-МВ, значимыми в прогнозе являлись такие показатели, как концентрация фибриногена  $\geq 600$  мг/г, гипергликемия, гиперкреатининемия, а также наличие изменений зубца T, зафиксированных на первой ЭКГ (протективный фактор).

Считается, что меньший размер эпикардиальных сосудов, иное течение по типу диффузного атеросклеротического процес-

са в коронарных сосудах без выраженного стеноза менее благоприятно с точки зрения возможности оперативного лечения. Поражение коронарной системы мужчин носит очаговый, локальный характер, что создаёт предпосылки для успешного проведения операций реваскуляризации.

Объём операций аортокоронарного шунтирования (АКШ) и чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА) у женщин в последнее десятилетие увеличился в 3 раза. При выполнении ЧТКА, АКШ степень технических трудностей возрастает по мере уменьшения размера артерий.

Полученные данные о результатах баллонной ангиопластики коронарных артерий (БАКА) и АКШ позволяют сделать вывод об особенностях хирургического лечения ИБС в зависимости от пола пациентов. У женщин в 1,4 раза больше общая частота осложнений и в 5 раз выше летальность в ближайшие сроки после БАКА, даже при поправке на другие ФР.

Метаанализ результатов инвазивной и консервативной терапии у пациентов с нестабильной стенокардией/ИМ без подъёма сегмента ST показал, что сочетание рутинной инвазивной терапии с применением гликопротеиновых блокаторов и имплантацией внутрикортонарных стентов привело к заметному повышению уровня выживаемости у мужчин; вместе с тем у женщин такой связи не наблюдалось.

Инвазивные методы лечения у женщин целесообразно применять прежде всего в группе высокого риска.

Для женщин, перенёвших ИМ с подъёмом сегмента ST, относительная целесообразность первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), по сравнению с фибринолитической терапией, аналогична таковой у мужчин, но абсолютная целесообразность выше для женщин, так как у них выше вероятность развития неблагоприятных событий. При остром ИМ, осложнённом кардиогенным шоком, целесообразность реваскуляризации одинакова для мужчин и женщин. При оценке долгосрочных эффектов отмечено, что у женщин чаще, чем у мужчин, после ЧТКА вновь развивается стенокардия.

Частота выполнения диагностических и лечебных инвазивных коронарных процедур у женщин была достоверно меньшей и напрямую не зависела от типа ОКС.

После аортокоронарного шунтирования риск смерти среди женщин остаётся высоким по сравнению с мужской популяцией.

При этом регулярное лечение до развития ОКС у мужчин и женщин различалось: женщины достоверно реже лечились дома аспирином и недостоверно реже –  $\beta$ -АБ (т.е. препаратами для лечения ИБС), но достоверно чаще принимали иАПФ и АК (т.е. препараты для лечения АГ). Это указывает на необходимость особого внимания на амбулаторное лечение женщин со стабильной стенокардией или перенёвших ИМ.

Различия в фармакокинетике лекарств у мужчин и женщин могут быть обусловлены более низкой массой тела у женщин, меньшим размером органов, более высоким содержанием жировой ткани по сравнению с мужчинами. Различия в уровне гормонов у мужчин и женщин могут влиять на всасывание и элиминацию лекарств. Менопауза может стать причиной изменения фармакокинетики лекарственных средств, вследствие не только изменений концентрации эстрадиола, но и увеличения объёма жидкости в организме. Доказано, что эстрогены и прогестины вступают во взаимодействие со многими лекарствами, применяемыми при сердечно-сосудистых заболеваниях. Половые различия существуют и в элиминации лекарственных средств, поскольку скорость клубочковой фильтрации у женщин ниже, чем у мужчин, даже после коррекции на площадь поверхности тела.

Для нормализации цифр АД у женщин постменопаузального периода следует отдавать предпочтение антигипертензивным препаратам, которые не оказывают отрицательного метаболического действия и/или способствуют нормализации метаболических нарушений. К таким препаратам относятся: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА II), антагонисты кальция и высокоселективные  $\beta$ -блокаторы.

Активно дискутируются вопросы учёта гендерных особенностей эффективности и безопасности использования различных препаратов, в том числе блокаторов ренин-ангиотензиновой системы (РАС) для пациентов ИБС, ОКС и АГ.

Использование женщинами иАПФ в 2 раза чаще, чем у мужчин, сопровождается кашлем. Активность ангиотензинпревращающего фермента – точки приложения ингибиторов АПФ у женщин в пременопаузе ниже, чем в постменопаузе.

При сопутствующей дисфункции левого желудочка (ЛЖ) и сердечной недостаточности (СН) препаратами выбора являются иАПФ, АРА.

В развитии и прогрессировании сердечно-сосудистой патологии важная роль принадлежит активации ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС). Как известно, компоненты РААС расположены в организме повсеместно: в надпочечниках, сосудах, миокарде, головном мозге. Ангиотензин II – конечный продукт функционирования РААС, обладает мощной вазопрессорной активностью, запускает процессы ремоделирования сосудов, кардиомиоцитов, мезангия почечных клубочков. Для эффективного противодействия влиянию РААС в настоящее время чаще используются антагонисты рецепторов ангиотензина.

Важной особенностью, позволяющей с успехом применять АРА у женщин, является их метаболическая нейтральность. АРА не влияют на обмен липидов, не вызывают (подобно блокаторам  $\beta$ -адренорецепторов) гипергликемии. У пациентов с СД возможно их применение без риска развития гипогликемических состояний.

Нам представляется большая эффективность АРА в женской популяции. Антагонисты рецепторов ангиотензина II целесообразно применять при плохой переносимости иАПФ. В исследовании OLMEPAS изучалась эффективность олесартана у пациентов с АГ. Снижение систолического и диастолического АД через год составило 28,4 и 14,2 мм рт.ст. соответственно. При этом не было обнаружено гипотензии после приёма первой дозы или синдрома отмены после прекращения исследования.

Для устранения рефлекторной тахикардии, повышающей потребность миокарда в кислороде, показано добавление кардиоселективных  $\beta$ -АБ и АК длительного действия.

У женщин чаще встречается стенокардия напряжения и наджелудочковая экстрасистолия, что предполагает коррекцию антиангинальной терапии за счёт увеличения дозы  $\beta$ -адреноблокаторов или антагонистов кальция, обладающих антиишемической и антиаритмической активностью. У мужчин преобладают желудочковые нарушения ритма сердца, которые могут потребовать назначения антиаритмических препаратов.

Российский регистр показал особенности и отличия женщин и мужчин с ИБС, поступающих в российские стационары, продемонстрировано, что женщины относятся к группе высокого риска. Различные клинические показатели в ранний период ОКС делали группу женщин в регистре более «тяжёлой» и угрожающей по сравнению с мужчинами.

Необходимо более активно лечить женщин с ОКС, которые гораздо чаще, чем мужчины не получают тех препаратов и тех вмешательств, которые требуются согласно современным рекомендациям. В частности, женщины реже получали такие препараты, как клопидогрель, низкомолекулярный гепарин (НМГ).

Некоторые препараты женщины с ОКС получали чаще, чем мужчины, как в стационаре, так и при выписке – диуретики и антагонисты альдостерона, которые обычно назначаются больным с явными признаками СН. Частота выявления признаков СН на догоспитальном этапе и при поступлении в стационар у женщин была большей.

Таким образом, приведённые данные и многолетние собственные исследования позволяют считать, что течение ИБС у женщин имеет несомненные особенности, связанные во многом с иными, чем у мужчин, патогенетическими механизмами заболевания, что требует проведения адекватных мер первичной и вторичной профилактики.

Изучение особенностей ИБС у женщин разных возрастных групп, более ранняя диагностика и поиск алгоритма оптимального лечения позволят улучшить качество жизни больных, прогноз заболевания, уменьшить риск сердечно-сосудистой смертности.

**Михаил ГУРЕВИЧ,**  
доктор медицинских наук,  
профессор.

Кафедра терапии ФУВ МОНИКИ  
им. М.Ф.Владимирского.

Ожидая аудиенции в приёмной главного врача Ставропольского краевого клинического онкологического диспансера (СККОД) Константина Хурцева, я поневоле проникся обстановкой какой-то чрезвычайности, которая, наверное, царит в штабе накануне генерального сражения. Неприятель известен, причём, очень давно – с той самой поры, когда ещё Гиппократом был диагностирован рак. Много воды утекло с тех пор, и едва ли не все эти годы вышеупомянутый диагноз звучал как приговор, за которым, как правило, жизнь и заканчивалась. К огромному счастью, наука, в том числе и медицинская, не стоит на месте, раздвигая возможности человека в познании самого себя. И теперь весьма банальное само по себе выражение «своевременная диагностика – половина успеха в лечении», применительно к нынешней теме разговора имеет особый, если хотите, сакральный смысл. Эти простые понятия освящены физическими и духовными страданиями людей, которые обрели надежду.

Сегодня диагностическая служба ставропольских онкологов представлена весьма внушительным арсеналом. Вовсю идёт работа в клиничко-диагностической и радиоизотопной лабораториях, нескольких отделениях: рентгенодиагностическом, эндоскопическом, патологоанатомическом, ультразвуковой диагностики, кабинетах малоинвазивных вмешательств и функциональной диагностики. Общую картину структуры диспансера дополняют специализированные отделения: поликлиническое, анестезиологическое и реанимации, 7 хирургических, 3 радиологических, гематологическое, 2 химиотерапевтических, реабилитации, физико-техническое. Словом, подразделений в этой сложной и современной структуре вполне хватает.

Из года в год растёт количество пациентов, как поступивших в стационар (с 23 995 в 2011 г., до 31 880 – в 2015 г.), так и обратившихся в поликлинику (с 105 433 в 2011 г. до 129 565 – в 2015 г.). В данном случае важно не только количество, хотя и это – ни много, ни мало – тысячи непростых, зачастую трагических судеб, восстановленных жизнью; но и качество – как оказания медицинской помощи, так и последующей жизни. Во многом все пациенты онкологов долж-

### Наша коллегия

# Бой местного значения

## Его против рака успешно ведут ставропольские онкологи



Главный врач Константин Хурцев

за счёт должного обеспечения пациентов средствами сопроводительной терапии.

Когда закончилась одна программа, «эстафету» приняла

в облучении опухолей предстательной железы. Удаётся лечить рак простаты на ранней стадии без операции. Аппарат используется и в комплексном лечении гинекологического рака, прямой кишки, пищевода и других локализаций. Для лечения рака кожи приобретён рентгенотерапевтический аппарат, оборудованный цифровой системой управления и возможностью выбора различных типов энергий.

С 2013 г. в диспансере в лечении рака различных стадий и ло-

удаётся избежать практически всех побочных эффектов. Поэтому возможно многократное повторение ФДТ. Применение фотодинамической терапии возможно на любых стадиях развития опухоли – от начальных, до средних и тяжёлых, при лечении опухолей полости рта, губ, ушных раковин, а также век. Ведь ещё совсем недавно, чтобы справиться с ними, приходилось применять хирургическое вмешательство, которое неизбежно приводило к ограничению

отделения вошли специалисты: физики-эксперты, инженеры-электронщики, дозиметристы, специалисты по компьютерной технике, осуществляющие техническую, дозиметрическую и радиационную поддержку лучевой терапии. Это уже, как говорится, чистая наука. За минувшее десятилетие в хирургии произошли события, существенно изменившие принципы оперативного лечения многих заболеваний – развилась техника эндоскопической хирургии.

функциональности и видимым косметическим недостаткам. Теперь же справиться с опухолью можно даже в труднодоступных местах, причём, избирательно воздействуя только на повреждённые ткани.

Примечательно, что в Северо-Кавказском федеральном округе данный метод используется только в СККОД и имеет большие перспективы дальнейшего применения.

Успешное внедрение новой техники осуществляет единственное на юге России физико-техническое отделение, создание которого было продиктовано наличием в Ставропольском краевом клиническом онкологи-

Многие операции, относящиеся к общей торакальной хирургии, в настоящее время можно выполнить с помощью метода видеоассистенции или видеоторакокопии, и эта методика успешно применяется в торакальном отделении СККОД при операциях на лёгких, средостении, плевре и пищеводе, начиная от простейших диагностических до сложнейших гибридных и тораколапароскопических при раке пищевода.

Безусловно, что основным звеном в применении любых нововведений, включая и высокие технологии в медицине, являются люди, специалисты, работающие здесь. И главный



В операционной торакальной хирургии проводится эндоскопическая операция на лёгких

ческим диспансере самого большого на Северном Кавказе парка уникального, дорогостоящего и высокотехнологического лечебного оборудования. В состав

врач перечислил семейные династии, которые возглавляют Лидия Правдина – заведующая гинекологическим отделением; Раиса Луганская – заведующая радиологическим отделением, (1969-2003 гг.); Лариса Укроженко – заведующая поликлиническим отделением; Валентина Журавель – онколог хирургического отделения № 3; Галина Шишова – онколог центра диагностики и амбулаторной хирургии; Лидия Изотова – медицинская сестра поликлинического отделения; Лидия Овченкова – медицинская сестра эндоскопического отделения.

По мнению Константина Владимировича, эти люди – надежда и опора ставропольских медиков в борьбе с коварным противником, имя которому – рак.

Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Ставрополь.



В отделении реанимации

ны быть премного благодарны программе модернизации здравоохранения Ставропольского края, за счёт которой удалось капитально отремонтировать и полностью переоборудовать дневной стационар, где получают химиотерапевтическое лечение те, которым не требуется круглосуточное медицинское наблюдение. Так в 2013 г. проведено 7836 курсов химиотерапии, в 2015-м – 12 328 курсов. Это стало возможным за счёт введения двух смен работы дневного стационара, увеличения числа пациентов, получающих короткие и интенсивные режимы противоопухолевой терапии, уменьшения количества осложнений химиотерапии, а также

другая: в 2013 г. Ставропольский край вошёл в федеральный проект, направленный на совершенствование оказания медицинской помощи больным с онкологическими патологиями. В рамках его реализации проведено оснащение диспансера единым программно-аппаратным комплексом радиологического оборудования, позволяющим подводить дозы радиации к опухолям сложной формы с точностью до десятых миллиметра, проводить стереотаксическую радиохимию опухолей головного мозга, полностью излечивать небольшие (до 3 см) злокачественные образования. Благодаря аппарату контактного облучения стало возможным новое направление

кализаций используется новый высокоэффективный метод с помощью фотодинамической терапии (ФДТ) как самостоятельно, так и в сочетании с другими традиционными приёмами лечения: хирургическим иссечением, лучевой, химио- и гормонотерапией. Фотодинамическая терапия – это органосохраняющий метод лечения злокачественных новообразований, основанный на селективном накоплении фотосенсибилизатора в опухоли с последующим развитием в ней (под воздействием лазерного излучения) фотохимической реакции, разрушающей опухолевые клетки. ФДТ – абсолютно безвредный способ, позволяющий избежать негативного воздействия на иммунную систему больного и побочных эффектов, наблюдаемых, например, при химиотерапии опухолей. Лечение происходит только в том месте, куда направлено лазерное излучение. Следовательно, организм больного не подвергается нежелательному общему воздействию и, таким образом,



Пациенту проводится радиоизотопное сканирование

Точка зрения

# Новое «средство Макропулоса»?

Фантастические идеи писателей находят реальное подтверждение

– Почему богдановская гипотеза об омолаживающем эффекте переливания плазмы молодых доноров людям старческого возраста не получила развития в СССР?

– Идея собственно омоложения тогда вообще не звучала, а обмен кровью с молодыми студентами официально был озвучен, как построение физиологического социализма. Как сказано в открытых источниках, обменное переливание по Богданову «широко использовалось для пропаганды классовых и коммунистических идей с привлечением высоких лиц из партийной иерархии». Сам Александр Александрович погиб в 1928 г. после очередного обменного переливания крови со студентом.

Вслед за этим научная тематика в институте поменялась, и одним из самых успешных стало направление, связанное с организацией службы крови в стране. Продолжения темы переливания крови с омолаживающей целью здесь больше никогда не возникало.

– Евгений Борисович, вы, как учёный, воспринимаете всерьёз гипотезу Богданова?

– Я считаю, что она заслуживает тех серьёзных исследований, которые уже проводятся в мире. Впервые поводом для научного интереса к данной теме стали результаты, полученные в 1956 г. в одной из зарубежных лабораторий. Там, изучая проблему старения, учёные соединили молодых и старых крыс методом парабиоза, то есть перекрёстным соединением кровеносных сосудов. В пересчёте на возраст людей молодым грызунам было 5 лет, старым – 47. В этих экспериментах было показано: через некоторое время кости старых животных по весу и плотности становятся подобными костям их молодых «партнёров».

Через полтора десятка лет другая группа учёных показала, что старые крысы, участвовавшие в экспериментах методом парабиоза, жили на 4-5 месяцев дольше своих ровесников из контрольной группы, что в человеческом измерении составило 30 лет. Именно тогда впервые высказано предположение, будто циркуляция молодой крови может увеличить продолжительность жизни.

Наконец, в 2005 г. американские учёные опубликовали новые данные: кровь молодых мышей активирует регенерацию стволовых клеток в мышцах и печени старых мышей.

Затем появились материалы, – разумеется, полученные пока только в эксперименте, – доказывающие, что молодая кровь способствует восстановлению процессов ремиелинизации спин-

Мечта о том, как отодвинуть процесс старения и продлить жизнь, давно не даёт человечеству покоя. Поначалу это было уделом писателей-фантастов. В 1922 г. Карел Чапек создал свою философско-фантастическую пьесу «Средство Макропулоса», в которой искал ответ на вопрос, станет ли для людей благом владение эликсиром долголетия? «Почему оптимистично утверждать, что жить 60 лет – плохо, а 300 лет – хорошо? Мне думается, что считать, скажем, 60-летний срок жизни неплохим и достаточно продолжительным – не такой уж злостный пессимизм», – говорил Чапек во времена, когда средняя продолжительность жизни в странах Европы ещё не превышала 50 лет.

Сегодня разговоры о том, что биологически наш организм запрограммирован на жизнь длиной если не в 300, то уж точно в 120 и даже в 140 лет, звучат даже с трибуны Российской академии наук. Таким образом, отечественная наука и медицина получили карт-бланш на исследование в данном направлении. Одним из векторов могло бы стать изучение омолаживающего эффекта переливания донорской плазмы. В мире подобные



проекты уже реализуются, и нам впору присоединиться к ним теперь, хотя возможность завладеть приоритетом была у нашей страны ещё в 20-е годы прошлого столетия.

«Есть все основания полагать, что молодая кровь с её материалами, взятыми из молодых тканей, способна помочь стареющему организму в его борьбе по тем линиям, по которым он уже терпит поражения, то есть по которым он именно «стареет», – это цитата из статьи «Очерки организационной науки», автором которой был естествоиспытатель Александр Богданов, директор московского Института переливания крови (кстати, первого в мире!).

Подробнее об идее, высказанной Богдановым почти 100 лет назад, и сегодня трансформирующейся в масштабные исследовательские программы, мы беседуем с заведующим

кафедрой трансфузиологии и проблем переливания крови Института усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова, председателем совета Российской ассоциации трансфузиологов, доктором медицинских наук, профессором Евгением ЖИБУРТОМ.

ного мозга, влияет на регресс гипертрофии сердечной мышцы, а также индуцирует ремоделирование сосудов, что приводит к стимулированию нейрогенеза у стареющих животных. Всё это – за счёт активации поведения стволовых клеток у старших участников эксперимента, имеющих общий кровоток с молодыми собратьями.

– Только цельная кровь обладает такими свойствами?

– Как оказалось, нет. В Университете Стэнфорда (США) группа учёных под руководством профессора неврологии Тони Висс-Корей (Tony Wiss-Corey) начала изучать эффекты переливания плазмы от молодых мышей старым.

Я специально углублялся в эту технологию, поверьте, там всё не так просто, ведь объём циркулирующей крови у мышки всего 1,5 мл. В ходе эксперимента у молодых особей выпускают кровь и выделяют плазму методом, похожим на плазмаферез. Затем в хвостовую вену старого животного вводят по 100 мкл плазмы молодых доноров, в человеческом измерении это примерно 400 мл, то есть стандартная доза. И получают омолаживающий эффект, который проявляется в повышении синаптической пластичности, улучшении когнитивных функций, а именно памяти и пространственном обучении. Обосновано,

что эти процессы связаны с активацией белка Creb в старческом гиппокампе при переливании «молодой» крови.

Коллеги написали статью в научный журнал и получили отказ с рецензией «Это слишком хорошо, чтобы быть правдой». Тогда данный эксперимент воспроизвели в нескольких других научных лабораториях мира, и результат получился таким же. К настоящему времени публикаций уже много.

– А что дальше, как можно будет применять эти знания в медицине?

– Начнём с того, что на исследование по применению донорской крови в целях продления молодости очень высок запрос социума, учитываемая тенденция постарения населения в большинстве стран. Одной из самых тяжёлых проблем, сопровождающих этот, казалось бы, благоприятный процесс, является рост числа пожилых людей, страдающих деменцией. По данным ВОЗ, их число в мире удваивается каждые 20 лет. По этому первому направлению в гериатрии, где могла бы применяться технология омоложения с использованием крови молодых доноров, становится неврология, а именно раздел нейродегенеративных заболеваний.

Российские исследования по переливанию крови пожилым

большим с переломами показали, что у 30% людей старше 80 лет есть признаки старческой деменции. Таких пациентов будет всё больше и больше. И если имеется возможность каким-то образом остановить или замедлить процессы нейродегенерации, почему это не изучать?

– В нашей стране есть научные центры, потенциал которых позволяет проводить аналогичные исследования или комплексироваться с другими лабораториями в мире, где такие работы уже ведутся?

– Мы сильно опоздали к началу. В Стэнфорде уже вышли на стадию клинических исследований, и теперь нам остаётся ждать результатов.

Там пациентам с нейродегенеративными заболеваниями четырёхкратно раз в неделю вводят в вену дозу донорской плазмы молодых мужчин – 400 мл. Подбор дозировки ещё не завершён, не исключено, что она будет корректироваться.

Разумеется, речь идёт не о специальных курсах омолаживающей терапии, а о наблюдениях за пожилыми пациентами с болезнью Альцгеймера, которым плазма молодых доноров переливалась при проведении ортопедических операций.

Одним словом, ничего хитрого в

этом нет. В нашей стране плазмы переливается огромный объём, думаю, миллион доз в год точно. Только омолаживающие эффекты никто никогда не отслеживал.

– Может быть, участие российских специалистов в данном научном проекте как раз в этом и может состоять?

– А почему бы нет? Вполне возможно организовать такое исследование и ретроспективно оценить эффекты переливания «молодой» донорской плазмы определённым категориям пациентов в российских клиниках. На мой взгляд, заниматься анализом отдалённых эффектов и апробацией данной технологии онлайн должны именно те медицинские учреждения, в которых сконцентрированы пациенты с болезнью Альцгеймера.

– Планируете ли вы привлечь к этой теме профессиональное сообщество трансфузиологов?

– Мы с коллегами активно это обсуждаем, и интерес постепенно возникает. К тому же сейчас оговаривается возможность проводить клинические апробации новых медицинских технологий за счёт финансирования из федерального бюджета, и этим можно воспользоваться.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Акценты

Более 13,5 тыс. жителей Алтайского края получили высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) в 2015 г. Таких показателей край достиг за 10 лет с начала оказания жителям ВМП. Однако в 2005-2007 гг. такая помощь оказывалась за счёт средств федерального бюджета только в лечебных учреждениях, находящихся за пределами Алтайского края. В 2005 г. её получили 529 пациентов, в 2006-м – 713, в 2007-м – 1377.

Лечебными учреждениями оказания ВМП края начато с 2008 г. Тогда данный вид помощи осуществляли всего 2 медицинские организации по двум профилям (травматология и ортопедия и сердечно-сосудистая хирургия). В 2008 г. было пролечено 2499 пациента за счёт средств краевого бюджета, а 1105 человек получили такую помощь за счёт федерального бюджета.

На сегодняшний день высокотехнологичная медицинская помощь оказывается по 19 профилям, в

# ВМП для сельчан и горожан

Высокие технологии уверенно приходят на Алтай

данной работе принимают участие 12 медицинских организаций края: краевая клиническая больница, краевая клиническая детская больница, краевой кардиологический диспансер, краевая офтальмологическая больница, краевая клиническая больница скорой медицинской помощи, городская больница № 5 Барнаула, городская детская клиническая больница № 7 Барнаула и др., а также федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования Барнаула, негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на ст. Барнаул ОАО «Российские железные дороги», Межотраслевой научно-

технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России.

– В поручении Президента Правительству РФ отмечено, что необходимо обеспечить в течение 3 лет (к 2017 г.) увеличение объёмов оказания высокотехнологичной медицинской помощи не менее чем в 1,5 раза по сравнению с 2013 г., – говорит начальник Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Ирина Долгова. – В Алтайском крае указанные значения достигнуты уже по итогам 2015 г.: объёмы увеличены в 1,7 раз.

Она подчёркивает: общая сумма средств, направленная на оказание

высотехнологичной помощи в 2015 г., составила более одного млрд руб., что позволило оказать данный вид медицинской помощи 13 567 жителям Алтайского края, из которых 8149 человек пролечено на территории края и 5418 пациентов – в федеральных центрах, расположенных в других субъектах РФ.

Увеличилась обеспеченность высокотехнологичной медицинской помощью сельских жителей. Так, если в 2008 г. доля сельских жителей, получивших ВМП, не превышала 30%, то в 2015 г. она составила около 50%.

– Повышение доступности и качества данного вида меди-

цинской помощи, внедрение в практику современных методов лечения, развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь – это один из основных приоритетов государственной региональной политики в сфере здравоохранения, – комментирует И.Долгова. – Благодаря этому обеспеченность населения края высокотехнологичной медицинской помощью увеличилась в сравнении с 2014 г. на 10,6% и составила 568,9 на 100 тыс. населения.

Алёна ЖУКОВА, спец. корр. «МГ».

Барнаул.

– Борис Дмитриевич, присутствуя на конференции, я видела, что приглашённые из всех регионов ЦФО заведующие кафедрами психиатрического профиля и главные врачи психиатрических больниц были очень озабочены и озадачены планируемыми нововведениями в дополнительном профессиональном образовании, с которыми вы и сотрудники вашей кафедры их ознакомили. Так что же такое кардинальное должно произойти в этой сфере уже в ближайшем будущем?

– Прежде чем говорить о существующей в настоящее время концепции развития непрерывного медицинского образования, нужно всё же дать определение самому этому понятию. Непрерывное медицинское образование – это процесс, с помощью которого медицинские работники постоянно, на протяжении всей профессиональной деятельности, обновляют свои знания и практические навыки.

– И, естественно, этот процесс начинается после завершения обязательной последипломной подготовки?

– Да, конечно. По существу, непрерывное медицинское образование преследует две основные цели. Первая – это сохранение на должном уровне знаний и навыков, своевременное их углубление и расширение. Другая цель – повышение качества медицинской помощи и безопасности пациента. Мы должны ориентироваться на «Концепцию долгосрочного социально-экономического развития РФ до 2020 г.». В этом важном документе указано, что одной из основных задач развития здравоохранения, направленных на улучшение здоровья граждан Российской Федерации, является обеспечение подготовки и переподготовки медицинских кадров на основе именно непрерывного образования. Мне видится несколько компонентов, из которых складывается непрерывное медицинское образование. В первую очередь – это, безусловно, непрерывность процесса, далее – разнообразие образовательной активности, качество образования, контроль и учёт образовательной активности. Сюда же относятся обязанности работодателя, средства и мотивация участников.

– А вообще-то нужно ли в России непрерывное медицинское образование по вашей специальности?

– Образование специалиста в области психиатрии подразумевает глубокую многостороннюю подготовку. Врач-психиатр должен быть компетентен в вопросах психопатологии, диагностики психических заболеваний, психофармакотерапии, неотложной помощи, психотерапии, психосоциальной терапии и реабилитации пациентов, возрастных аспектах психиатрии, а также в этических и правовых вопросах. Как видите, круг проблем, в которых должен ориентироваться врач-психиатр, очень широк. В Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан определено следующее: «Порядок переподготовки, совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников, получения ими квалификационных категорий определяется в соответствии с настоящими основами федеральным органом исполнительной власти в области здравоохранения, органами исполнительной власти субъектов РФ в области здравоохранения совместно с профессиональными

## Авторитетное мнение

# Разнообразно, активно и качественно

## Такие главные компоненты должны сопутствовать непрерывному профессиональному образованию

**В Москве прошла научная конференция «Подготовка врачей-психиатров в современных условиях непрерывного профессионального образования» под эгидой комиссии по образованию Российского общества психиатров, Московского областного общества психиатров и психиатров-наркологов, кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии факультета последипломного образования Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова и Института психического здоровья и аддиктологии. Одновременно состоялось совещание главных психиатров регионов Центрального федерального округа. В рамках этих мероприятий заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ФПДО МГМСУ им. А.И.Евдокимова, главный специалист-психиатр ЦФО, доктор медицинских наук, профессор Борис ЦЫГАНКОВ рассказал о специфике последипломного образования специальному корреспонденту «МГ» доктору медицинских наук Наиле САФИНОЙ.**



ми медицинскими и фармацевтическими ассоциациями».

– Почему в настоящее время систематическое повышение квалификации специалистов психиатрических учреждений и выпускников медицинских вузов уже само по себе не является необходимым условием для оказания эффективной психиатрической помощи населению и решения многих актуальных вопросов современной психиатрии?

– Действительно, раньше считалось общепринятым, что если есть базовая подготовка по специальности, полученная в интернатуре либо ординатуре, то достаточно того, что в дальнейшем она дополняется последипломным профессиональным образованием. Но привычная система профессиональной последипломной подготовки врачей-психиатров обнаруживает многочисленные недостатки, сложности и противоречия. Организованная в советский период, в настоящее время она не в полной мере соответствует изменяющимся требованиям к подготовке кадров для психиатрической службы. Большинство врачей ограничиваются посещением краткосрочных «курсов повышения квалификации» 1 раз в 5 лет с отрывом от работы. Как показывает практика, этого оказывается недостаточно для поддержания высокого уровня профессиональной компетентности в теоретической и практической области знаний. При этом на первый план выходят сложности с последовательным соотношением реального уровня практической и теоретической компетентности специалистов и принципов оценки их квалификации.

– В таком случае, каковы причины низкой квалификации врачей-психиатров?

– Я думаю, что эти причины касаются не только врачей-пси-

хиатров, но и врачей других специальностей. Начнём с того, что последипломное медицинское образование положено всего 1 раз в 5 лет, но даже и при этом обязательно в моменте 15% врачей всё равно не проходят обучение в положенные сроки. Программы повышения квалификации медицинских кадров требуют актуализации, под чем подразумеваются ещё большая их практическая направленность и дистанционные образовательные технологии. На сегодняшний день для врачей продолжает оставаться недопустимо низкой доступность современных, основанных на доказательной медицине, клинических рекомендаций, электронных библиотек и систем поддержки принятия клинических решений.

– То есть изменились современные условия в здравоохранении?

– Не то слово! Обновление информации стремительно ускоряется наряду с её обменом, нарастает её глобализация. Увеличивается число высокоэффективных лекарств – только в РФ зарегистрировано более 16 тыс. торговых наименований. Появляются высокотехнологичные методы лечения, требующие высокой квалификации врачей. Происходит удорожание медицинской помощи. Растёт число граждан пожилого возраста. Ожидается, что к 2020 г. в РФ их будет уже 24%, соответственно, увеличивается число больных хроническими заболеваниями. И что немаловажно, повышается информированность пациентов.

– А что показывает зарубежный опыт?

– Для зарубежного опыта характерны ориентированность на конкретные проблемы медицинских организаций и врачей, активное использование в образовании современных электронных и телекоммуникационных технологий, обучение в малых группах,

обмен опытом с коллегами в электронных чатах и проблемно-ориентированные разборы. Также активно используются модульный принцип преподавания и акцент на совершенствовании практических навыков. Существует качественное изменение содержания образования, под которым подразумевается увеличение часов фармакотерапии на преподавание рациональной терапии хронических заболеваний, на их профилактику, на вопросы управления качеством медицинской помощи и экономики здравоохранения. Зарубежное образование немисливо без часов образовательной активности, иными словами, кредитов, которые врачи накапливают непрерывно с ежегодным контролем. Непрерывное медицинское образование за рубежом из моральной ответственности превратилось в обязательство через механизмы лицензирования и сертификации медицинских работников, а также систему оплаты труда. Условием для получения и продления сертификата специалиста является ежегодный набор установленного числа кредитов. На фоне активного участия профессиональных обществ усиливается государственное регулирование непрерывного медицинского образования через контроль качества медицинской помощи, что обуславливает безопасность и эффективность лечения пациентов. Для зарубежного опыта также характерна публичность информации о качестве работы врачей, а это – и реестры врачей с указанием образовательной активности, и рейтинги врачей, и рейтинги самого лечебного учреждения.

– Нашим врачам, наверное, не очень понятна так называемая кредитная система в образовании. Что это такое?

– Надо сказать, что кредитная система обладает высоким мотивирующим потенциалом,

ориентирует врачей на постоянное, систематическое посещение образовательных мероприятий, позволяет передать ответственность за качество и широту спектра подготовки в руки самих специалистов. Она имеет возможность вариативности, которая позволяет обучающимся самостоятельно организовывать непрерывный учебный процесс с минимальным отрывом от работы, подразумевает проведение ежеквартальных образовательных программ, конференций, клинических разборов, участие в клинических исследованиях, лекциях, школах молодых психиатров, в том числе с участием иностранных специалистов. По окончании каждого образовательного мероприятия слушателям вручается сертификат с образовательными баллами, которые впоследствии складываются в сумму кредитов, набранных за 5 лет.

– Кто будет определять качество образовательных материалов и мероприятий?

– Координационный совет по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию Министерства здравоохранения РФ, который предъявляет жёсткие требования к качеству. Как известно, с этого года планируется начало аккредитации медицинских работников с внедрением индивидуального листа допуска к конкретным видам медицинской помощи. Это означает, что медицинский работник сможет непрерывно на протяжении всей своей деятельности расширять количество допусков в зависимости от его конкретных умений и навыков. Согласно Федеральному закону РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (статья 69, пункт 1), право на осуществление медицинской деятельности в РФ имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. Предполагается, что в 2016 г. процедуру первичной аккредитации будут проходить лица, завершившие обучение по основной образовательной программе высшего образования по специальностям «стоматология» и «фармация» в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами.

– Борис Дмитриевич, очень надеюсь, что мы обязательно продолжим тему аккредитации, потому что уже в 2017 г. процедуру первичной аккредитации пройдут лица, перечень которых весьма обширен...

Москва.

Скоро уже век как канадцу Ф. Бантингу дали Нобелевскую премию за открытие роли поджелудочной железы в патогенезе диабета 1-го типа (о втором долгие десятилетия никто и не подозревал; о втором лауреате — руководителе Бантинга — стокогльмские радители научной иерархии позаботились особо). Долгие десятилетия людей с инсулин-зависимым диабетом «кормили» свиным и коровым белком, пока биотехнологии не научились делать человеческий. Но и в наши дни пациенты вынуждены колоть палец, чтобы узнать уровень сахара, а затем доставать шприц и колоть в ногу очередную порцию биотехнологического протеина. Попытки решить проблему с помощью пилюль и носовых «ингаляций», а также пересадки стволовых клеток успеха не принесли.

Все знают о диабетах, название которых переводится дословно как «прохожу насвозь». Речь идёт о сахаре, который не задерживается в организме, несмотря на повышенное содержание в крови. Генетические исследования показали, что диабетов 2 типа, при этом первый возникает в результате аутоиммунной атаки Т лимфоцитов-«киллеров» на клетки поджелудочной железы, вырабатывающие белок инсулин. Последний связывается со специальными протеинами на поверхности клеток (рецепторами) — печени, мышц, мозга, в результате чего клеточные врата становятся «отверсты» и другие белки, а именно глюкозные транспортёры начинают переводить сахар из кровотока в гепато- и миоциты, а также нейроны. Резкие отклонения от оптимально-физиологического уровня сахара в крови приводят к гипо- и гипергликемической коме. Остаётся сказать, что от диабетов в мире страдает больше людей, чем от рака (от последнего умирают быстрее, поэтому и возникает диабетический «накопитель»).

И вот очередное сообщение о намечающемся успехе. Статья в журнале «Продвинутые материалы» (Advanced Materials) рассказывает о микроиглах, «интегрированных» с бета-клетками (поджелудочной железы) и усилителем глюкозного сигнала для smart-доставки инсулина. Мудрёное биоинженерное описание расшифровывается следующим образом. Сотрудники Университета Северной Каролины в городе Чапел-Хилл собрали 2-этажных конструктор-девайс, сверху которого поместили капсулы из биосовместимого алгината (водорослевого полимера) с тысячами инсулин-производящих бета-клеток, а снизу поляе пластиковые острия размером с ресничку, которые

## Перспективы

# Купирование гипергликемии



Жировые клетки (красные), и доставляющие большие количества глюкозы в них зелёные сосуды

«достаёт» до кожных капилляров, но не нервных окончаний, что и делает девайс безболезненным. Внутри них размещаются синтетические нанопузырьки (везикулы), наполненные химическими сенсорами глюкозы, передающими бета-клеткам сигнал о нарастании уровня сахара в крови. Опыты на мышках показали, что бета-клетки наклеек-пластырей (patches) хорошо справляются со своей задачей, приводя уровень к норме и удерживая его в течение 10 часов.

Это, конечно же, не решение всех диабетических проблем, поскольку страдающие от 2-го типа, вообще не реагируют на инсулин. Но «патч» снимает одну из важных, а именно передозировку инсулина, из-за чего может возникнуть гипогликемическая кома. Наклейка второго пластыря увеличивала действие устройства до 20 часов, но не повышала «ввод» инсулина

в организм. По мнению авторов, их альтернативный smart-подход снимает неудобства повседневной жизни диабетиков, избавляя их от необходимости делать уколы в течение дня и даже суток. «Это, естественно, не лечение, но определённый комфорт и «вакация» от ежечасной заботы и тревоги», говорят они.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам  
Advanced Materials.

## Исследования

# В целях индивидуального подхода

Белый дом и Национальные институты здоровья США (NIH) объявили о запуске серии пилотных проектов, нацеленных на развитие прецизионной медицины. Один из них предполагает отбор 1 млн добровольцев к 2019 г., которые станут участниками научного исследования, цель которого — проверить взаимосвязь между генетической предрасположенностью, образом жизни, внешними факторами и состоянием здоровья.

Президент США Барак Обама объявил о проведении когортного исследования больше года назад. Проект является частью президентской инициативы по развитию прецизионной медицины (PMI). Цель PMI — развитие индивидуального подхода к лечению, учитывающего все особенности пациента. Предполагается, что в рамках PMI будет собран огромный массив медицинских данных, включающих информацию о состоянии здоровья и физической активности пациентов, их генетической предрасположенности к определённым заболеваниям, экономического и социального статуса.

Университет Вандербильта в Нэшвилле (Теннесси) выиграл

грант на реализацию первой части PMI — набора добровольцев — участников исследований через Интернет и по телефону. Так, в нынешнем году планируется привлечь к участию в исследованиях 79 тыс. человек, в том числе 50 тыс. через заявки, поступающие напрямую организаторам инициативы. Летом 2016 г. будет известно, из каких именно этапов будет состоять когортное исследование PMI.

Очевидно, что примерно полдюжины различных медицинских организаций получат гранты на то, чтобы набрать оставшихся волонтеров. NIH создаст единый координационный центр и биобанк, в котором будет держаться образцы ДНК добровольцев.

NIH объявили, что собираются работать с федеральными медицинскими центрами, чтобы те могли предоставить им добровольцев из числа пациентов, которые имеют ограниченный доступ к медуслугам. NIH также утвердит комиссию по этике для проведения когортного исследования и привлечёт компании, чтобы те разработали мобильные приложения для автоматического сбора данных о пациенте.

Тем временем Министерство по делам ветеранов уже отобрало

450 тыс. волонтеров из военных на действительной службе для участия в проекте, целью которого является изучение генетического материала для разработки индивидуального подхода к лечению.

Кроме того, Белый дом запустит кампанию, направленную на продвижение «персонализированной медицины», совместно с 40 организациями, в том числе университетами и объединениями пациентов. Несколько медицинских центров собираются предоставить пациентам доступ к врачевым записям и историям болезни, а Стэнфордский университет опубликует информацию о геноме 77 американцев иранского происхождения, давших разрешение на то, чтобы все учёные могли изучать их ДНК.

Когортное исследование PMI обойдётся в 2016 г. в 130 млн долл., а в 2017-м — в 230 млн. В итоге в ближайшие 4 года общие расходы на развитие прецизионной медицины в США превысят 1 млрд. Сообщается также, что в апреле прошлого года губернатор Калифорнии выделил 3 млн долл. на запуск проекта, нацеленного на развитие прецизионной медицины.

Ян РИЦКИЙ.

По материалам журнала Science.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница» приглашает для постоянного трудоустройства врачей следующих специальностей:

- ✓ заведующий терапевтическим отделением поликлиники (на конкурсной основе)
- ✓ уролог
- ✓ инфекционист
- ✓ оториноларинголог
- ✓ эндокринолог детский
- ✓ психиатр-нарколог
- ✓ терапевт участковый
- ✓ методист
- ✓ акушер-гинеколог
- ✓ ортодонт
- ✓ неонатолог
- ✓ кардиолог
- ✓ эндокринолог
- ✓ врач скорой медицинской помощи
- ✓ врач-эксперт качества медицинской помощи (эксперт)
- ✓ педиатр участковый (врачебная амбулатория п. Агириш)
- ✓ врач клинической лабораторной диагностики
- ✓ врач терапевтического кабинета медицинской профилактики
- ✓ терапевт кабинета неотложного приёма
- ✓ медицинская сестра
- ✓ фельдшер поликлиники
- ✓ медицинский лабораторный техник
- ✓ медицинский регистратор.

Контактный телефон: 8 (34675) 3-41-20;

моб. 8 (912) 080-80-48.

E-mail: sovhospital@совбольница.рф.

628240 ХМАО-Югра, г. Советский, ул. Гагарина, 62 «а».

ФГБУЗ МСЧ № 98 ФМБА России  
(г. Большой Камень, Приморский край)  
приглашает на работу специалистов:

- ✓ анестезиолога-реаниматолога
- ✓ хирурга
- ✓ терапевта
- ✓ эпидемиолога
- ✓ бактериолога
- ✓ педиатра
- ✓ инфекциониста

Служебное жильё предоставляется.

Контактные телефоны:

(42335)59-269; (42335)53-266.

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко»

объявляет конкурс на замещение вакантных должностей в отдел истории медицины:

- ведущего научного сотрудника (кандидат исторических наук) – 1;
- старшего научного сотрудника (кандидат медицинских наук) – 1.

Срок предоставления документов – месяц со дня публикации.

Адрес: ул. Воронцово поле, д. 12, строение 1, Москва 105064.

Тел.: (495) 917-8281 – учёный секретарь,

(495) 916-0203 – отдел кадров.

Факс (495) 916-0398.

## Ракурс

# Болезнь — всё дороже

Французские онкологи и гематологи, объединившись в так называемую «Группу 110», требуют снижения цен, установленных фармпроизводителями на препараты от онкологических заболеваний.

Эксперты отмечают непрерывный рост расходов системы здравоохранения, причём дорожают не только новые, но и хорошо известные лекарства. По мнению врачей, фармкомпании должны умерить финансовые аппетиты и сделать механизмы ценообразования более прозрачными.

«Появилось очень много инноваций в сфере онкологии. Однако изначально высокая цена препаратов стала теперь непомерной», — цитируют французские СМИ заявление лидеров «Группы 110» — бывшего президента Национального института онкологии Франции Доминика Маранчини и профессора-гематолога Жан-Поля Вернана.

Они приводят в качестве примера один из препаратов, который подорожал с 4,5 тыс. долл. за курс в 2001 г. до 8,4 тыс. в 2015-м. Следующая молекула, которая вскоре должна прибыть во Францию, — лекарство от меланомы, обойдётся более чем в 100 тыс. евро в год на лечение каждого пациента, это треть среднего годового дохода жителя Франции.

Слишком высокая цена на лекарства ведёт к неравенству — по оценке независимого наблюдательного комитета Национальной лиги против рака, уже наметился существенный разрыв в качестве помощи раковым больным между богатыми и бедными регионами Франции.

«Вот уже 10 лет, как мы наблюдаем повышение цен на лекарства. В 2004 г. лекарства от рака обошлись

в 24 млрд долл., в 2008 г. — в 40 млрд, в 2014 г. — в 80 млрд из 650 млрд, выделяемых на приобретение препаратов», — заявил профессор Ж.Вернан. Если ничего не предпринять, к 2020 г. эта сумма составит 155 млрд долл., отметил эксперт.

По мнению врачей из «Группы 110», цены на инновационные лекарственные препараты «несправедливые» и «заоблачные», их постоянный рост угрожает системе здравоохранения. Врачи призывают не давать фармкомпаниям разрешений на продление срока действия патента без веских оснований, а также шире использовать механизмы принудительного лицензирования. Помимо этого, «Группа 110» настаивает на необходимости сделать прозрачными все этапы производства и продажи противораковых препаратов — от научной лаборатории до аптечной полки.

Фармкомпании оправдываются, ссылаясь на высокую стоимость разработки новых лекарств, однако эти оправдания несостоятельны — расходы на исследования составляют 15-20% от оборота фармацевтических компаний, а на маркетинг — свыше 30%, полагают в «Группе 110».

Примечательно, что цены растут не только во Франции, расходы американцев на рецептурные препараты, предназначенные для лечения тяжёлых или редких, чаще хронических заболеваний, например, рака, ревматоидного артрита, гемофилии, болезни Крона и гепатита С, выросли на 5,2% в 2015 г. Средняя цена на брендированные препараты увеличилась в США на 16,2% за тот же период.

Марк ВИНТЕР.

По информации Le Figaro.

**Здравоохранение – одна из наиболее существенных статей расхода национальных бюджетов. Но здоровье пациентов каких стран оценивается дороже всего и где медицинские системы работают наиболее эффективно? Статья на сайте [www.miloserdie.ru](http://www.miloserdie.ru) сравнивает разные подходы к здравоохранению ведущих мировых держав, о которых рассказала The Guardian.**

### Франция:

#### авансовые платежи – да

**Коротко.** Во Франции большое количество врачей общей практики и довольно высокие расходы на медицину относительно ВВП. Однако эта страна, по последним данным, занимает лишь 11 место в сравнительном отчёте Commonwealth Fund's international comparison reports.

**Как это работает.** Несмотря на то, что во Франции система здравоохранения государственная, большинство пациентов должны платить врачу вперёд из своего кармана. Потом потраченная сумма возмещается частично или полностью. Примечательно, что пациенты сами могут выбрать врача и клинику.

Все медицинские расчёты ведутся с помощью специального полиса-карты ОМС – Carte Vitale. Так, например, посещение терапевта во Франции стоит 23 евро: эта сумма оплачивается в терминале посредством Carte Vitale, после чего в течение пяти дней деньги возвращаются на счёт клиента.

Как правило, возмещается от 70% до 100%. Людям с невысоким достатком возмещается 100% медицинских услуг. Также часть денег, которые не покрывает государство, возмещают компании, на которые работают французы. Если же пациент попадает, например, в реанимацию, заботу о его здоровье полностью берёт на себя государство.

В ноябре 2017 г. система несколько изменится: государство и компании, страхующие своих сотрудников, должны будут платить врачам напрямую, авансовые платежи будут отменены.

В аптеках французы также расплачиваются с помощью Carte Vitale. Покрытие счета государством здесь составляет от 15 до 100%.

Angelique Chrisafis

### Ирландия:

#### авансовые платежи – да

**Коротко.** В Ирландии больше медсестёр на душу населения, чем в других странах с высоким уровнем жизни, правда, остальные показатели в сфере здравоохранения находятся на среднем уровне.

**Как это работает.** Посещение терапевта в Ирландии обычно стоит от 40 до 60 евро. Малоимущие слои населения могут посещать врачей общей практики бесплатно. А в 2015 г. ирландское правительство отменило плату за лечение детей в возрасте до 6 лет.

Медицинские карты покрывают также стоимость лекарственных препаратов. Правда, за каждое наименование по рецепту взимается «налог» в размере 2,5 евро (максимально – 25 евро в месяц на человека/семью). Если затраты на лекарственные средства превышают 144 евро в месяц, разницу пациент оплачивает самостоятельно.

За вызов «скорой помощи» с пациента берут 100 евро. Но если больного после этого сразу кладут в больницу, за «скорую» больной не платит, но нужно будет оплачивать дни в стационаре – 75 евро за ночь в государственной

## А как у них?

# «Хочу лечиться за рубежом...»

Репортёры из разных стран рассказывают о системах здравоохранения



Мы вам всегда рады... за нашу цену

больнице (максимум – 750 евро за год).

46% населения, по данным на сентябрь прошлого года, купили себе также полисы ДМС, которые позволяют им выбирать, лечиться ли в государственных или частных клиниках.

Pamela Duncan

### Швеция:

#### авансовые платежи – да

**Коротко.** Швеция занимает третье место в рейтинге Commonwealth Fund's international comparison reports по количеству докторов на душу населения, расходам на здравоохранение выше среднего уровня и относительно низкому количеству выписанных рецептов.

**Как это работает.** Цена одного визита к терапевту варьируется в этой стране в зависимости от региона в пределах 10-18 евро. Лечение детей оплачивается только в случае вызова «скорой помощи» (порядка 12 евро). Посещение узкого специалиста стоит 40 евро, столько же стоит оказание первой медицинской помощи. День в больнице стоит 10 евро: можно выбрать частную или государственную клинику – разницы в цене не будет.

Максимальная цена за медицинское обслуживание в течение года – 110 евро. Рецепты на покупку лекарств также субсидируются, но пациенты максимум платят из своего кармана 220 евро в год, всё, что выше – возмещается.

Если терапевт направляет пациента на консультацию к узкому специалисту, больной должен заплатить минимальный взнос в размере 10 евро (но не больше 1000 евро в год, если этот врач посещается на регулярной основе).

Порядка 600 тыс. шведов имеют полисы ДМС, которые обычно покрывает работодатель. Такой тип страховки позволяет попасть к врачу, провести процедуры или сделать операцию без очереди.

Helena Bengtsson

### Китай: авансовые платежи есть, но небольшие

**Коротко.** Медицинские показатели Китая, по сравнению с другими государствами, невысокие, за исключением роста затрат на здравоохранение относительно ВВП.

**Как это работает.** Сотни миллионов жителей Китая потеряли возможность пользоваться бесплатной медициной после того, как в стране были проведены экономические реформы в кон-

це 70-х годов прошлого века. На сегодняшний день стоимость консультации врача всё ещё очень низкая.

Во всяком случае для тех, у кого есть так называемые «голубые» карты социального страхования. По этим картам визит к терапевту обходится всего в 2 юаня (0,3 евро), а вызов «неотложки» или ночь в больнице – около 100 юаней (почти 13,5 евро).

С другой стороны, высокой стоимости лекарств или немалых цен на длительное лечение оказывается достаточно, чтобы обанкротить типичную китайскую семью.

Чиновники говорят, что они надеются исправить ситуацию в здравоохранении к 2020 г.: на данный момент 95% населения имеют медицинские страховки разных видов, но на практике очень часто не могут покрыть свои счета поверх неё, когда это необходимо.

Зачастую китайские доктора, которым платят небольшую зарплату, в попытке заработать заключают договора с фармацевтическими компаниями и выписывают пациентам ненужные препараты. В итоге одно обращение к специалисту может обернуться счётом в несколько десятков евро.

Недовольство такой политикой докторов в последнее время превратило профессию врача в Китае в довольно опасную: с преследованиями, физическими атаками и публичными обвинениями.

Tom Phillips

### США:

#### авансовые платежи – да

**Коротко.** Штаты занимают нижнее место в рейтинге Commonwealth Fund's international comparison reports несмотря на то, что США опережает многие государства по количеству денег, которые тратятся на здравоохранение – целых 17% от ВВП.

**Как это работает.** На самом деле американская система здравоохранения работает не по таким уж жёстким дарвиновским законам, как это часто видится иностранцам. Больницы обязаны принять пациента, несмотря ни на что, в экстренных случаях. Также государство оплачивает значительную долю счетов за посещение докторов и покупку лекарственных средств посредством специальных программ: Medicare for the old, Medicaid for the poor и CHIP for children. Также после проведённых президентом Обамой реформ в области меди-

цинского страхования, процент людей, у которых нет страховок, снизился до 10% – «всего лишь» до 33 млн человек.

В остальном, американские стандарты, конечно, в целом высоки, по некоторым положениям даже лучшие в мире. Но какой бы ни была страховка, мало кому из американцев удаётся избежать волокиты с документами при оплате лечения, что связано со страхом перед судебными случаями со стороны медицинских учреждений.

Почти всегда посещение узких специалистов сопровождается доплатой со стороны пациентов и позволяет получать дополнительный заработок врачам. Это часто приводит к неоправданно большому количеству рекомендованных обследований и процедур, таким образом коммерциализируя здравоохранение.

В связи с высокими ценами на здравоохранение американцы меньше внимания уделяют профилактической медицине. Многие не лечат психические заболевания или, к примеру, ожирение, предпочитают откладывать деньги на случай, если понадобится экстренная помощь докторов.

Такой подход к медицине, несмотря на инновационные технологии и хорошую подготовку специалистов, превратил США в страну с самыми высокими расходами на здравоохранение, но при этом с одними из самых низких показателей здоровья населения в некоторых областях.

Stephen Burgen

### Италия: авансовые платежи – выборочно

**Отличительные черты.** Много врачей на душу населения, высокое число выписываемых рецептов.

**Как это работает.** Национальная система здравоохранения Италии – Servizio Sanitario Nazionale – предлагает всем универсальную бесплатную страховку, или же страховку по низкой цене, покрывающую большинство прописываемых лекарственных препаратов.

Согласно отчётам независимых экспертов, медицина в Италии доступна и достаточно высокого качества, хотя в некоторых регионах ситуация с здравоохранением хуже (в частности, на юге страны). Граждане Италии также могут приобрести полис ДМС, который позволяет избежать очередей.

Национальная страховая система распространяется на всех граждан Евросоюза и включает в себя как стандартные процедуры, так и анализы, лекарства, операции, вызов «скорой помощи», педиатрию и консультации семейного доктора. По данным Министерства здравоохранения Италии, список лекарств, покрываемых страховкой, самый полный в Европе: самостоятельно оплачивать медикаменты должны только люди с несерьёзными заболеваниями. Также Италия – единственная страна в Европе, где семьи могут выбрать педиатра для детей до 14 лет бесплатно.

Stephanie Kirchgaessner

### Германия:

#### авансовые платежи – нет

**Коротко.** Средний уровень. В списке Commonwealth Fund's

international comparison reports числится на пятом месте. В стране тратят больше денег на здравоохранение, чем в других странах ЕС.

**Как это работает.** Согласно правилам страхования, работавшим в стране ещё Отто ван Бисмарком в 1880 г., каждый резидент государства обязан приобрести полис медицинского страхования. Около 85% населения выбирают страховку одной из 12 некоммерческих страховых компаний (Krankenkassen). На оплату медицинского полиса уходит около 15% месячной зарплаты, но половина этой суммы выплачивается работодателем.

Те, кто зарабатывают больше 4350 евро в месяц, могут приобрести страховку частных компаний, которые специализируются на обслуживании фрилансеров и мелких предпринимателей. Малоимущим стоимость страховки покрывает государство.

Страховка включает посещение терапевта, узких специалистов и базовые услуги стоматолога. В больнице страховка покрывает любые услуги свыше 10 евро в день. Это правило не относится к частным клиникам, гомеопатии и к сложным стоматологическим процедурам.

Philip Oltermann

### А что у нас?

**Коротко.** В России достаточно много докторов на душу населения, однако процент от ВВП тратится на здравоохранение небольшой, качество здравоохранения также оставляет желать лучшего.

**Как это работает.** Суммы, направленные на финансирование национальной системы здравоохранения в России на порядок меньше, чем у соседей в Восточной Европе.

В теории российский медобслуживание – для всех бесплатно. На практике же из-за того, что врачи и медсёстры получают в государственных клиниках маленькие зарплаты, в России часто дают медперсоналу дополнительные деньги за лечение или же отправляются в частные клиники.

В Москве есть много хороших современных частных клиник, в регионах же с этим намного сложнее: больницы существуют в рамках ещё советской инфраструктуры и зачастую методы лечения тоже заметно отстают от передовых.

Россияне много денег тратят на лекарственные средства и примечательно, что многие медикаменты, которые можно приобрести, например, в Великобритании только по рецепту, здесь находятся в свободной продаже.

Вызов «скорой помощи» бесплатен, но частные кареты приезжают быстрее, также зачастую фельдшеры просят денег, чтобы направить пациента на госпитализацию. Большинство русских среднего класса предпочитают покупать полисы ДМС или просто посещать частные клиники.

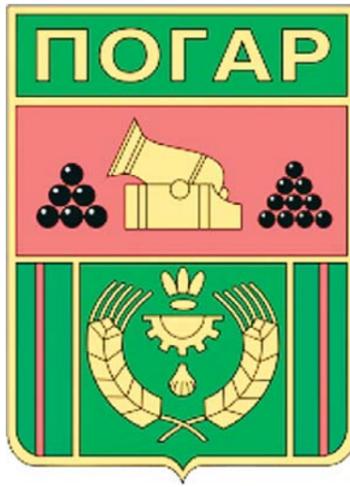
Shaun Walker

Подготовил  
Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

Работая над архивными материалами, я разыскал в своё время массу интересных сведений об этом древнем поселении. Так, в «Материалах для географии статистики России», вышедших в 1865 г. в Санкт-Петербурге, о Погаре говорится следующее: «...основан задолго до нашествия татар и до XVII столетия назывался Радогощем... Два раза был выжжен почти до основания и стал называться Погаром».

А в Ленинской библиотеке мне удалось прочитать подшивку популярного когда-то журнала «Нива» за 1864 г. Оказывается, Погар входил тогда в состав Черниговской губернии, в которой большие площади были заняты посевами табака. Не стал исключением и этот уезд.

Одним из крупных погарских табачных плантаторов был в то время С.Кенарский, который ежедневно поставлял рижским фабрикантам до 50 тыс. пудов табачного листа. Это очень заинтересовало прибалтийского миллионера А.Рутенберга, который занялся вскоре строительством в Погаре сигарной фабрики. Вскоре предприятие было построено, и с годами превратилось в крупный сигарно-сигарный комбинат, который существует и доныне. В советские времена погарские изделия в большом количестве расходились по всей необъятной стране и даже...



института легло за истекшие годы столько... Начнём с того, что Виктору Михайловичу пришлось заниматься с коллегами серьёзной реконструкцией детского отделения. Они совместно продумывали буквально все мелочи, вечно что-то изменяли и улучшали. В итоге же появились даже игровая комната и просторная терраса для занятий физкультурой, большой холл. Нет больше 6-местных палат, появилась по-домашнему уютная столовая. Заметим, что все дизайнерские новинки в оформлении принадлежат главному врачу. По мнению Виктора Михайловича, красота созда-

присниться. В кабинетах отделённой райбольницы появились современные рентгеновские аппараты и маммограф, фиброгастроскопы и колоноскопы, аппарат холтеровского мониторинга... Надо ли особо подчёркивать, что техническая оснащённость помогла поднять диагностику и лечение на более высокий уровень, появилась возможность оказывать качественную медицинскую помощь по федеральным стандартам. Чтобы успешно работать по-новому, доктору прошли специальную подготовку по пульмонологии, гастроэнтерологии, ревматологии...

### Как укрощали гарпун

Жалоб на нехватку медицинских кадров у руководства Погарской ЦРБ нет. В штате работают 65 докторов, средний возраст которых – до 45 лет. Причём районная администрация приняла специальную программу подготовки молодых врачей, и уже четверо выпускников средних школ учатся в Смоленской медицинской академии. А поскольку главный врач по любому вопросу может обратиться к главе районной администрации Михаилу Семерневу и тут же получить необходимую помощь, успешно решаются и последующие жилищные проблемы. Так, за счёт средств районного бюджета была выделена квартира окулисту, а в посёлке Борщёво купили дом врачу общей практики Роману Мелкомянцу. Так что вскоре в штате Погарской ЦРБ вслед за рентгенологом появятся оториноларинголог, хирург и онколог. Взяв чёткий курс на всемерное совершенствование медицинской помощи населению, недавно открыли и межрайонное сосудистое отделение, которым руководит врач высшей категории Валентин Семенцов. Есть и другие задумки.

Обо всех делах, проблемах и перспективах Виктор Михайлович рассказывает не спеша, с большим знанием дела. Чувствуется, что заботы лечебного учреждения близки и понятны ему, стали частью его жизни. Вот работают, скажем, в коллективе опытные рентгенолог Екатерина Атрощенко и гинеколог Галина Доренская. Обе уже давно на пенсии, однако продолжают передавать свой ценный опыт молодым докторам, им-то предстоит идти дальше. Или взять заведующих отделениями Сергея Шаповалова, Ирину Хомченко, Алексея Подгорного и других. У каждого из них за плечами – такие наработки, что...

Вот, например, тот случай из практики погарских хирургов. Молодой парень стал неудачно заряжать на подводной охоте ружьё. И гарпун, представьте себе, войдя в глаз, вышел, пронзив череп, из области затылка. Когда пациента привезли в операционную, никто не верил, что хирурги могут справиться с такой смертельной травмой. Однако парня тут же прооперировали. И успешно. Потом пациента срочно доставили в нейрохирургическое отделение Брянской областной больницы № 1, где ему провели повторное оперативное вмешательство, удалили из черепа гарпун. Молодой человек до сих пор жив и не успевает слёзно благодарить своих спасителей.

Вот так и работают доктора на древней Погарской земле, верные клятве Гиппократова и навсегда выбранной жизненной стезе.

Василий ШПАЧКОВ,  
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

### Малые города России

# Погар, который никогда не сгорит

## Особенности медицины на «задворках» Брянщины

«...Устрете Святослав  
Ольгович Гюрия у Синина  
мосту у Радогоща...»

Гюрий – это Юрий Долгорукий, великий московский князь, который в 12 столетии встретился с северским князем Святославом Олеговичем. А Радогощь – нынешний город Погар Брянской области. Так рассказывает об этом событии в 1155 г. Ипатьевская летопись.

### Сигары для Черчилля

Сейчас очень кстати вспомнить сцену из известного и доныне телевизионного фильма «Семнадцать мгновений весны». Мюллер советует Штирлицу «не считать себя фигурой равной Черчиллю». Ибо только о британском премьер-шефе гестапо знает, что «тот пьёт армянский коньяк». Однако Мюллер умолчал (или не знал) о другом: У.Черчиллю долгое время поставляли из Погара сделанные там сигары. Известно также, что постоянно их курил и побывавший в конце сороковых годов прошлого века в Погаре писатель и поэт Илья Эренбург. Как известно, оба были заядлыми курильщиками, а о здоровье ни тот, ни другой, похоже, не очень-то заботились.

Шло время, город разрастался, в нём уже работали, кроме сигарной фабрики, и другие промышленные предприятия. А где наблюдается массовое скопление людей, там вспыхивают и болезни. Неизбежно встал вопрос об организации лечения погарцев.

Судя по сохранившимся архивным сведениям, первый врачебный участок появился в этих краях в 1870 г. Тогда в его состав входили Кистерская и несколько соседних волостей. А земский доктор и фельдшер обслуживали около 50 тыс. населения. Чуть позже по распоряжению губернской управы организовали и небольшую земскую больницу. Работы же было более, чем достаточно. Причём главные проблемы для медицинских работников заключались в условиях тогдашнего быта людей.

«Неряшливость, грязь, переполнение жилых помещений в зимнее время как людьми, так и мелким скотом, к тому же ещё холод и сырость дают удобную почву для развития эпидемий» – сделали в начале прошлого века вывод земские врачи Брянского уезда.

В Погаре же земским доктором был в нелёгкое время П.Апошнянский. К сожалению, сохранившиеся сведения об этом настоящем подвижнике лечебного дела крайне скупы. Известно лишь, что, когда в 1906 г. на средства земства построили первую больницу из кирпича, доктор был в ней заведующим. А смотрителем-фельдшером работал Т.Крендик. Сызмальства приучивший себя к неустанной



Въезд в город Погар

работе, врач спешил к больным порой за десятки вёрст. И под дождём мокнул, и в полыньи проваливался, и в пургу блуждал по окрестностям.

«...выпьешь водочки –  
и опять здоров...»

«Для этого надо прежде всего здоровьем запастись бычащим, – утверждает в известной книге писателя и врача В.Вересаева. «На повороте» – Вымокнешь до нитки, ветром обдует и обсушит, на постоялом дворе выпьешь водочки – и опять здоров...»

А то, что доктор П.Апошнянский был действительно виртуозом врачебного дела, говорит хотя бы такой факт. Оказывается, в разгар Гражданской войны в Погарской больнице излечивались от полученных в боях ранений казаки известного Текинского полка, а земский доктор даже поставил на ноги искалеченного в сражении под городом Унеча самого генерала от инфантерии Корнилова!

Успешно практиковали также на Погарской земле доктор А.Желтоножский, другие врачеватели. Об их памяти заботятся нынче медицинские работники Погарской ЦРБ, порой по крупицам собирая сведения о подвижниках лечебного дела. На больших стендах помещена масса фотографий и рассказы о врачевателях былого и настоящего. Посетители этого своеобразного музея могут узнать, например, что в конце 20-х годов прошлого века для

ознакомления с опытом работы в этой глубинке сюда специально приезжал нарком здравоохранения страны Н.Семашко. Рассказывают экспонаты и о том, как прокатившееся огненным катком по тогдашней Орловской земле



Храм Святой Анны – одна из достопримечательностей города

гитлеровское нашествие дочиста уничтожило всё созданное безмерным трудом и обильным потом.

### Строительный марафон

Нынешний главный врач Погарской ЦРБ Виктор Туруло в этой должности находится всего 9 лет. Однако на плечи выпускника Курского медицинского

ёй хорошее настроение, а это очень важно для скорейшего выздоровления маленьких пациентов. Заметим, что перед тем, как приступить к ремонту того или иного помещения, Виктор Михайлович и его коллеги рисовали цветными карандашами макет, а затем передавали его строителям. Зато потом отделочники сказали, что для них работа в Погарской ЦРБ стала хорошим уроком дизайнерского мастерства. На проведение всех строительных работ областная казна «отстегнула» несколько миллионов рублей, а местный Департамент здравоохранения дал 700 тыс. руб. на приобретение новой мебели. Потом за счёт средств из областного бюджета капитально отремонтировали больничный пищеблок, установили там современное кухонное оборудование. А вот с ремонтом хирургического отделения помог уже районный бюджет. Причём главному врачу пришлось освоить по совместительству

ещё профессии прораба и экономиста, чтобы грамотно был вложен в дело именно каждый отпущенный из казны рубль. И это Виктору Михайловичу в полной мере удалось.

Однако проведение ремонтных работ – это ещё полдела. По Национальному проекту «Здоровье» погарские медики приобрели такое оборудование, которое им прежде только могло

