

# Медицинская

25 декабря 2015 г.  
пятница  
№ 97 (7619)

# Газета®

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

Работают мастера

## В НОВЫЙ ГОД С НОВЫМИ ЛЁГКИМИ!

Такой «подарок» сделали молодому моряку краснодарские хирурги



Один из ответственных моментов операции по пересадке лёгких

Бригада специалистов Краснодарской краевой клинической больницы № 1 под руководством главного врача профессора В.Порханова выполнила успешную трансплантацию лёгких 34-летнему моряку из Ейска. Операция длилась более 5 часов, и вся команда – хирурги, анестезиологи, медсёстры, санитарки – сработали отлично. Сейчас состояние пациента, который находится под неусыпным наблюдением людей в белых халатах, стабильное.

Роман признаёт, что в болезни, которая привела к необходимости пересадить ему лёгкие, виноват он сам. За плечами – 20 лет стажа ку-

рильщика. В день мужчина выкуривал больше пачки сигарет! Смертельно опасная привычка аукнулась очень серьёзно. Лёгкие

пациента утратили способность выполнять свою функцию. В них образовалось множество булл. К моменту операции уровень кислорода в лёгких упал до 75%. Состояние было критическое. Лекарственная терапия в таком случае бесполезна, пациента могло спасти только одно – трансплантация лёгких. После 10 месяцев ожидания для него нашлись подходящие донорские лёгкие.

(Окончание на стр. 2.)

Фото автора.

Итоги

## На Ямале заботятся о здоровье сердца

В Ямало-Ненецком автономном округе прошли масштабные акции. Медики организовали выездные обследования, в ходе которых проверили основные показатели здоровья – артериальное давление, уровень сахара и холестерина в крови, получили индивидуальную консультацию врача.

В восточной части округа курсировал медицинский комплекс, в котором за 3 месяца уже прошли обследование более 750 человек. В уходящем году врачи мобильных медицинских бригад выезжали в отдалённые посёлки более 200 раз и осмотрели

около 30 тыс. селян. Сегодня на Ямале работают 12 мобильных медицинских бригад, 8 из которых общепрофильные, 4 сформированы на базе центров здоровья в Надыме, Салехарде, Ноябрьске и Новом Уренгое.

Школы здоровья в 2015 г. посетили свыше 350 тыс. ямальцев, более 10 тыс. прошли обследования в центрах здоровья, в кабинеты по отказу от курения обратились почти 17 тыс. человек. Доктора отмечают, что жители округа стали меньше курить, чаще заниматься спортом и следить за своим питанием.

Таким образом, снизилась рас-

пространённость факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. По данным социологического опроса, 53% ямальцев считают, что ведут здоровый образ жизни, уровень своего артериального давления знают 80% опрошенных, показатели сахара и холестерина в крови известны 70% жителей региона. Похоже, здоровых людей на Ямале становится всё больше, и это, думается, характерная примета нынешнего Севера.

Ольга ШУЛЯК.  
МИА Сити!

Салехард.

Руслан ХАЛЬФИН,  
директор Высшей школы  
управления здравоохранением  
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова,  
профессор:

Организация здравоохранения и общественное здоровье – сложная наука, как это ни странно звучит для современных менеджеров.

Стр. 5



Людмила ЛЕТНИКОВА,  
начальник Управления  
здравоохранения Липецкой  
области, профессор:

За последние несколько лет детские поликлиники и больницы области получили дополнительное финансирование в размере более 2,5 млрд руб.

Стр. 7



Александр ЕРМОЛОВ,  
президент Московского НИИ скорой  
помощи им. Н.В.Склифосовского,  
член-корреспондент РАН:

Любые деньги, которые требует здравоохранение, должны быть ему предоставлены.

Стр. 10



Признание

## Тем, кто возвращает к полноценной жизни в обществе

В Москве состоялась церемония награждения победителей Всероссийского конкурса «За подвижность в области душевного здоровья» имени академика РАМН Т.Б.Дмитриевой. Конкурс проводится в 8-й раз в рамках Всемирного дня психического здоровья, который в этом году имеет тему «Психическое здоровье и достоинство человека».

Мероприятие призвано подчеркнуть значимость российской психиатрии и отметить тех врачей, которые в своей работе используют индивидуальный подход, стремятся к максимальному восстановлению пациентов, возвращая их к активной жизни.

Конкурсная комиссия при общественном совете по вопросам психического здоровья при главном специалисте психиатре Минздрава России З.Кекелидзе ежегодно награждает врачей, которые вносят наибольший вклад в поддержание психического здоровья населения, помогают своим пациентам восстанавливать качество жизни, избегать рецидивов заболеваний, возвращают их к полноценной жизни в обществе.

Наградой в данном конкурсе является статуэтка золотой бабочки: ведь именно она в греческой мифологии олицетворяет душу человека. Призы конкурса были вруче-

ны в нескольких номинациях. Лучшим регионом России с точки зрения оказания психиатрической помощи была признана Новосибирская область (главный психиатр – А.Зинина), которая получила награду «За успешное комплексное развитие системы психиатрической помощи населению региона».

Лучшим медицинским учреждением названа Психоневрологическая больница им. Святого преподобномученицы Елизаветы Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (главный врач – И.Горбачёва). Коллективу больницы вручён приз с формулировкой «За успешное развитие психосоциальной реабилитации».

В остальных номинациях были награждены: Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С.Мнухина (Санкт-Петербург, главный врач – Д.Шигапов), Орехово-Зуевская районная общественная благотворительная организация «Дом добрых надежд» (председатель – О.Новичкова), Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1 (главный врач – О.Боев), городская психиатрическая больница № 6 Санкт-Петербурга (главный врач – А.Гурина); Республиканская психиатрическая больница Республики Тыва (главный врач – С.Дуктен-оол).

Мария МЕЩЕРЯКОВА,  
внешт. корр. «МГ».  
Москва.

**Новости**
**Шершавым языком плаката**

В Челябинске проходит выставка международного конкурса социального плаката «Дать доступ!» Представлены работы, посвящённые праву человека на охрану здоровья.

Нашим согражданам необходимо понимать, что без заботы гражданина о своём организме, без самостоятельной реализации права на здоровье все усилия медицинского сообщества и госструктур будут тщетны. Как известно, по данным Всемирной организации здравоохранения, от качества медицинской помощи здоровье человека зависит лишь на 10%, остальное – это окружающая среда, наследственность и образ жизни.

– У каждого из нас есть не только право на охрану здоровья, но и соответствующая обязанность перед самим собой и близкими, – подчеркнула начальник отдела профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни Минздрава Челябинской области Ольга Яворская. – Очень важно, что это понимают не только специалисты сферы здравоохранения, но и представители творческого сообщества. Подтверждением тому являются количество и качество представленных здесь впечатляющих работ и тот колоссальный международный отклик, который получил конкурс социального плаката. Я уверена, что с помощью молодых и неравнодушных мы сможем изменить многое в глобальном масштабе.

Из года в год конкурс ставит рекорды по количеству участников – в 2015 г. было прислано около 5 тыс. работ более чем из 100 стран мира. Примечательно, что в этот раз среди сотни лучших плакатов – произведение челябинца Сергея Дунаева.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

**На путь трезвости**

В Кемеровском областном клиническом наркологическом диспансере состоялся «круглый стол», посвящённый 16-летию образования в Кемерово сообщества «Анонимные алкоголики».

– «Анонимные алкоголики» помогают нам создать законченную модель лечения и реабилитации, – пояснил главный врач диспансера, доктор медицинских наук, профессор Андрей Лопатин. – В нашем учреждении с 2002 г. реализуются высокоэффективные реабилитационные программы для пациентов с химической зависимостью, прежде всего я имею в виду программу «12 шагов». Около 70% из них в итоге не просто вернулись к трезвой жизни, но и совершили настоящий прорыв: поступили в вузы, создали семьи, открыли собственный бизнес...

– Сегодня в Кемерово действуют уже 6 групп анонимных алкоголиков, и 3 из них встречаются на базе различных подразделений нашего учреждения, – дополняет заведующий диспансерно-поликлиническим отделением учреждения Данила Вострых. – Сформированы встречные потоки пациентов. Не все из тех, кто прошёл у нас интенсивный курс лечения от алкоголизма, имеют возможность остаться на длительную стационарную реабилитацию. Им нужно работать, содержать семьи. Для этой категории посещение групп анонимных алкоголиков – «соломинка», позволяющая закрепить модель трезвого поведения в повседневной жизни.

В работе «круглого стола» приняли участие не только врачи-наркологи и пациенты, рассказавшие о своём опыте выздоровления, но и представители полиции, социальных служб города, духовенства, а также медики общей лечебной сети.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

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

**Работают мастера**
**В Новый год с новыми лёгкими!**

(Окончание. Начало на стр. 1.)

– Как сейчас себя чувствую? Здорово! Спасибо врачам, подарившим мне вторую жизнь! Вот это новогодний «подарок»... – не скрывает своей радости Роман. – Раньше я и 10 м не мог пройти, задыхался, каждый вдох давался мне с трудом. На ноги встал через 3 дня после операции, уже гуляю не только по больничным коридорам, но и на свежем воздухе, в больничном садике. Я знаю, мне предстоит долгое медицинское наблюдение и лечение, но я готов бороться с трудностями. Огромное спасибо краевым властям, не жалеющим средств на такую сложную и дорогую медицинскую помощь, как пересадка органов!

Роман уже готовится к выписке,

врачи говорят, что Новый год он отметит в кругу семьи. В Ейске мужчине с нетерпением ждут жена и двое маленьких детей.

Всего кубанские хирурги выполнили более 550 операций по пересадке органов. Среди них – 5 трансплантаций лёгких. Важно, что все подобные хирургические вмешательства для жителей Кубани бесплатны – их оплачивает краевой бюджет. По количеству проведённых пересадок органов Краснодарская краевая клиническая больница № 1 входит в тройку лидеров Российской Федерации и опережает остальные региональные клиники России почти в 2,5 раза.

Дмитрий АНДРЕЕВ,  
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

**Праздники**
**С именем великого Пирогова  
Нынешним медикам есть на кого равняться**

В Национальном медико-хирургическом центре им. Н.И.Пирогова состоялся «Пироговский день», приуроченный к 205-й годовщине со дня рождения великого врача, учёного, общественного деятеля Н.И.Пирогова и посвящённый военной медицине, что вполне закономерно.

Вклад Пирогова в военно-полевую хирургию огромен и признан во всём мире. Им определены основные особенности хирургии мирного времени по сравнению с военно-полевой хирургией. Николай Иванович дал чёткое представление о масштабе лечебно-эвакуационных мероприятий на войне и выдвинул на первый план значение вопросов организации медицинского обеспечения войск, оказания хирургической помощи раненым, их своевременную сортировку. Пирогов впервые применил на войне наркоз, широко внедрил гипсовую повязку для лечения огнестрельных переломов костей у раненых и на этом основании сформулировал идею «сберегательного лечения» взамен господствовавшего в то время мнения о необходимости ранних ампутаций конечностей. Он привлек к оказанию помощи раненым женщин, положив тем самым начало институту медицинских сестёр, и список его заслуг может быть бесконечным...

Торжественный вечер в Пироговском центре по традиции открыл его президент и основатель академик РАН Юрий Шевченко. Он подчеркнул высокое самопожертвование и подлинно христианский гуманизм военных медиков, предельно обнажённую необходимость максимального использования героического опыта многих поколений предшественников, составивших эпическую историю спасения



Эдуард Нечаев (слева) и Юрий Шевченко

раненных в многочисленных войнах и военных конфликтах.

В рамках Пироговского дня состоялась церемония награждения Пироговской премией номинантов за минувший год: видного организатора отечественного военного здравоохранения, генерал-лейтенанта медицинской службы, первого заместителя начальника ЦВМУ Минобороны России, первого заместителя начальника ВМА им. С.М.Кирова, участника Великой Отечественной войны Ивана Юрова (посмертно) и генерал-полковника медицинской службы, члена-корреспондента РАН, главного хирурга Минобороны России, бывшего начальника Главного военного-медицинского управления, министра здравоохранения и медицинской промышленности РФ Эдуарда Нечаева.

В этом году впервые была вручена премия академика Юрия Шевченко для молодых учёных. Ею был удостоен выпускник ВМА

им. С.М.Кирова челюстно-лицевой хирург Пироговского центра Сергей Епифанов.

По окончании награждений прошла церемония вручения мантий, дипломов и медалей почётного доктора Пироговского центра. Решением учёного совета звание почётного доктора было присвоено профессорам Сергею Бойцову – директору Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, Владимиру Тюрину – главному терапевту НМХЦ, Юрию Стойко – главному хирургу НМХЦ, Олегу Карпову – генеральному директору НМХЦ.

В ходе Пироговского дня военным медикам, которые внесли достойный вклад в развитие отечественной военной медицины и подготовку военных врачей, был вручён Европейский орден им. Н.И.Пирогова.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

**Конкурсы**
**Умелые руки и точный расчёт  
Их продемонстрировали будущие фармацевты**

На базе Пензенского медицинского колледжа Минздрава России состоялся I Всероссийский студенческий конкурс профессионального мастерства по фармации «Фарм-Профи» среди студентов выпускных курсов средних медицинских и фармацевтических образовательных организаций России.



В Ульяновском колледже готовят надёжные кадры для нашей фармации

Его победителями стали студенты Ульяновского фармколледжа Елена Громова и Надежда Понякина. Они обошли соперников из 17 городов России.

– Ульяновский фармацевтический колледж ещё раз доказал,

что является кузницей высокопрофессиональных медицинских кадров, – комментирует заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

Конкурс состоял из четырёх этапов. На первом («Горячее сердце») участники защищали творческий проект «Рецептурно-производ-

на третьем («Умелые руки») делали практические задания по изготовлению концентрированных растворов, лекарственных препаратов и оценивали их качество. Заключительный этап – «Зоркий глаз» требовал решения профессиональных ситуационных задач: соревнующиеся в ходе просмотра двух видеоклипов выявляли допущенные ошибки при изготовлении лекарственного препарата и проведении внутриаптечного контроля.

Подготовку ульяновских студентов к конкурсу проводили преподаватели фармколледжа О.Микка, З.Коновалова, Л.Гуськова. Это – и их победа!

Напомним, в Ульяновском фармацевтическом колледже для совершенствования учебного процесса открыто три современных симуляционных центра. Так, в 2014 г. на базе учебного заведения открыт учебный класс последипломной подготовки кадров по диализу и мини-клиника для отработки навыков с роботами-симуляторами для студентов специальности «сестринское дело» и «лечебное дело». В ноябре 2015 г. современный симуляционный центр по лабораторной диагностике открылся для будущих лаборантов.

Виктория ГУРСКАЯ,  
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Официально

## Возраст «миллионеров» повысили до 50 лет

Единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн руб. теперь будут распространяться на медицинских работников в возрасте до 50 лет, переехавших на работу в посёлки городского типа.

Это предусмотрено законом «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации», который подписал Президент РФ Владимир Путин.

Законодательный акт уточняет полномочия комиссий, создаваемых для разработки территориальных программ ОМС, дополняет перечень сведений о застрахованных лицах, которые используются при ведении персонализированного учёта, устанавливает порядок финансирования оказания гражданам России специализированной, в

том числе высокотехнологичной, медицинской помощи на 2016 г.

Реализуемая с 2012 г. программа позволила привлечь в сельские населённые пункты и рабочие посёлки более 16 тыс. молодых специалистов, что значительно выправило кадровый дисбаланс в отрасли. Если с 2007-го по 2011 г. число сельских врачей в стране сократилось примерно на 4%, то с 2012-го по 2014 г., во многом благодаря «Земскому доктору», оно увеличилось на 14,7%. Выплаты переехавшим в сельскую местность медработникам составят в 2015 г. 3,2 млрд руб.

«В 2016 г. программа «Земский доктор» будет существенно расширена, хотя Минфин очень хотел свернуть её и даже анонсировал это в прессе. Тем не менее программа не просто будет продолжена, а даже расширена по нашему настоянию», – говорит заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Дорофеев.

Акценты

## Внесены изменения в законы о здравоохранении

Президент РФ Владимир Путин подписал Закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Закон уточняет полномочия комиссий, создаваемых для разработки территориальных программ ОМС (ст. 36 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»), дополняет перечень сведений о застрахованных лицах, которые используются при ведении персонализированного учёта (ст. 44).

Устанавливается, в том числе,

порядок финансирования оказания гражданам России специализированной, высокотехнологичной, медицинской помощи на 2016 г. (ст. 51 и ст. 101 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»).

Сегодня медицинским работникам до 45 лет, имеющим высшее образование и переехавшим на работу в село или рабочий посёлок, производятся единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн руб. Согласно закону, такой порядок теперь будет распространяться на медицинских работников в возрасте до 50 лет, переехавших на работу в посёлки городского типа (порушение Президента РФ № Пр-2335 от 09.11.2015).

Профилактика

## На грипп и ОРВИ управа всегда найдётся

«Об эпидемиологической ситуации и прогнозе по гриппу и ОРВИ и о готовности субъектов Российской Федерации к эпидемическому подъёму» – селекторное совещание на эту тему состоялось в Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор).

На 50-й неделе года (7-13 декабря 2015 г.) на территории Российской Федерации продолжает регистрироваться низкий уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ, сообщает сайт Роспотребнадзора.

Незначительное превышение недельных эпидемических порогов по совокупному населению отмечено только в Удмуртской Республике; без превышения эпидпорога – в 6 городах: Калининград, Чебоксары, Нижний Новгород, Горно-Алтайск, Кызыл, Магадан.

Среди детей в возрасте до 2 лет превышение недельных эпидеми-

ческих порогов заболеваемости отмечено в 6 субъектах Российской Федерации, среди детей 3-6 лет – также в 6 субъектах, в возрастной группе 7-14 лет – в Ярославской области, Республике Мордовия, Ямало-Ненецком автономном округе.

Среди лиц старше 15 лет превышение недельных порогов заболеваемости отмечено только в Тюменской области.

По результатам вирусологического мониторинга доля положительных находок остаётся на стабильном уровне, в основном определяются вирусы негриппозной этиологии – 97,2% от числа положительных находок, из них доля вирусов парагриппа составила 31,3%, аденовирусов – 17,3%, РС-вирусов – 18,2%. Другие респираторные вирусы негриппозной этиологии в структуре положительных находок суммарно составили 30,4%.

Иммунизация детского и взрослого населения против гриппа в

Депутат подтвердил, что в программу будут включены не только сёла, но и посёлки городского типа, а также будет изменено финансирование в пользу регионов-участников. Если раньше схема предполагала паритетное финансирование (50 на 50), то теперь федеральный бюджет будет выплачивать 60% «подъёмных», а субъект Федерации возьмёт на себя оставшуюся сумму. «Чтобы привлечь в первичное звено большее количество врачей и тем самым чуть-чуть побыстрее выполнять те задачи, которые ставятся», – пояснил зампред думского комитета.

Сегодня «Земский доктор» по праву является одной из самых востребованных и эффективных целевых программ в сфере здравоохранения.

Несмотря на то, что программа «Земский доктор» действует на федеральном уровне, многие субъекты РФ, с учётом фактической потребности в кадрах, ответственно подходят к решению проблемы, реализуя собственные региональные программы поддержки медицинских работников.

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

Решения

## Новые требования

Минздравом России разработаны квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».

Как пояснил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, проектом приказа утверждаются квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам со средним профессиональным образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки», по всем специальностям, предусмотренным действующей Номенклатурой специальностей специалистов со

средним медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации.

Квалификационные требования будут использоваться при разработке дополнительных профессиональных программ (программы повышения квалификации, программы профессиональной переподготовки) по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей, заключении с медицинскими и фармацевтическими работниками среднего профессионального образования, трудовых договоров, проведении лицензирования медицинской деятельности.

Проект приказа размещён в Интернете для общественного обсуждения.

Соб. инф.

Однако

## Печень не даёт покоя



Петербуржцы чаще других россиян страдают неалкогольной жировой болезнью печени. Такие результаты показало Всероссийское эпидемиологическое исследование распространённости неалкогольной жировой болезни печени, в котором участвовало более 50 тыс. пациентов из 16 городов России. Одна из причин, по мнению экспертов, – плохое психоэмоциональное состояние горожан, привыкших «заедать» стресс.

– Петербург – один из наиболее неблагоприятных городов нашей страны с точки зрения психоэмоциональной напряжённости. Это город с высоким уровнем развития науки и техники, а также заинтересованности горожан в улучшении своего социального статуса. Один из факторов – повышение аппетита и пищевой стресс, при котором пациенты заедают своё психическое неблагополучие. У нас очень много страдающих ожирением, – считает эксперт.

В исследовании участвовали пациенты 12-80 лет, обращавшиеся к терапевтам, педиатрам, семейным врачам и гастроэнтерологам поликлиник по самым разным причинам, при этом большинство из них печень не беспокоила. Однако УЗИ выявило стеатоз печени (начальная стадия болезни – накопление жира в клетках) у 57,2% обследованных петербуржцев. Для сравнения: в среднем по России стеатоз встречался у 38,6% обследованных. Нормальные данные УЗИ были зарегистрированы только у 16,6% петербуржцев, а распространённость неалкогольной жировой болезни печени среди жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области оказалась выше, чем в целом по России, – 49,1 и 37,3% соответственно. В числе основных факторов риска для петербуржцев эксперты называют избыточную массу тела, ожирение, сахарный диабет 2-го типа и гиперхолестеринемия.

Между тем, по словам главного гастроэнтеролога Северо-Западного федерального округа Андрея Барановского, может быть и другая причина – плохое психоэмоциональное состояние горожан.

Специалисты напоминают: для профилактики болезни печени надо, прежде всего, снижать массу тела – даже её снижение на 10% помогает добиться улучшения, которое видно при изучении материалов биопсии органа. При этом, предупреждают диетологи, худеть надо медленно: «быстрые» диеты, которые так любят россияне, могут дать обратный эффект и привести к серьёзным осложнениям. Как рассказала профессор кафедры гастроэнтерологии и диетологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова Людмила Назаренко, сегодня в магазинах много книг о похудении, авторы которых порой предлагают «дикие» диеты, неприемлемые с точки зрения классической диетологии. Кроме того, коммерческие центры идут на поводу у пациентов, желающих похудеть быстро.

– Если худеть быстро, то можно вывести печень из строя и даже спровоцировать острую печёночную недостаточность, – так считает она.

Алина КРАУЗЕ,  
МИА Сити!

Валентин МАЛОВ,  
МИА Сити!

Фармацевтические компании пытаются сорвать вакцинацию населения против гриппа, заявил журналистам помощник председателя Правительства РФ, бывший глава Роспотребнадзора и главный государственный санитарный врач страны Геннадий Онищенко.

«На этот год запланировано привить порядка 40 млн человек из 140 млн. И мне доподлинно известно, что некоторые фармацевтические компании заказывают специальные, ангажированные репортажи о вредности прививок, проводят запугивающие мероприятия, – заявил Г.Онищенко. – Объясняется это следующим: если люди меньше будут болеть, то будут меньше покупать лекарств».

На своём официальном сайте Роспотребнадзор проводит опрос «Будете ли вы и/или ваши родственники прививаться против гриппа?» Использовать удобный момент для вакцинации, по данным ведомства, готовы пока 70,1% (1795 человек) из посетителей сайта. Окончательно решили не прививаться 26,4%, затруднились ответить 3,5% респондентов.

Впрочем, средний россиянин редко заходит на официальные сайты федеральных служб. А опрос, проведённый фондом «Общественное мнение» в прошлом сезоне в 320 городах и 160 сёлах показал, что к середине ноября прививку против гриппа сделали 11% россиян, 12% запланировали её на ближайшее время и 73% не собирались прививаться вообще. В то же время 41% опрошенных признали, что верят: вакцинация помогает избежать болезни. В конечном итоге в стране, по официальным дан-

## Профилактика

# Страсти вокруг вакцинации

## Заказываются специальные репортажи о вредности прививок



Геннадий Онищенко в курсе, что все компоненты вакцин произведены ведущими российскими предприятиями без использования импортных субстанций и антигенов

ном, привились от гриппа 42 млн россиян – почти 30% населения. «Согласно данным ВОЗ, наиболее эффективным средством против гриппа является вакцинация, ведь именно вакцина обеспечивает защиту от тех видов вируса гриппа, которые являются наиболее актуальными в данном эпидемиологическом сезоне и входят в её состав», – говорят в Роспотребнадзоре. Но на убеждённых противников вакцинации никакие призывы не действуют. Поэтому усилия властей направлены на колеблющихся: регу-

лярно появляются предложения не наказывать уклоняющихся от прививок пациентов и распространяющих «антивакцинальные» настроения врачей, то поощрять «сознательных» граждан...

Мотивировать россиян делать прививку против гриппа чиновники пытаются и собственным примером. Уже прошла вакцинация работников центрального аппарата Роспотребнадзора. А вице-премьер Ольга Голодец сделала прививку против гриппа в медпункте Дома правительства в присутствии прессы. «Я замеча-

тельно себя чувствую и считаю, что мы все должны хорошо подготовиться к зиме», – сказала заместитель председателя Правительства РФ после прививки. Как объяснили журналистам, использовался отечественный препарат, который защищает от самых распространённых штаммов – В и Н3N2.

Вакцинами против гриппа большинство российских регионов обеспечивает Национальная иммунобиологическая компания. По словам её руководства, «все компоненты вакцин были произведены ведущими российскими предприятиями без использования импортных субстанций и антигенов».

Рекомендации по выбору вакцины ежегодно даёт Всемирная организация здравоохранения. Однако, как заявила глава Минздрава РФ Вероника Скворцова, в прошлом сезоне эта организация ошиблась с определением актуального штамма вируса гриппа, из-за чего в I квартале года выросли показатели смертности. Причём, по словам министра, такая ситуация наблюдалась не только в России, но и ещё в 14 странах Европы. «Предоставленный ВОЗ актуальный вакцинный штамм гриппа не учёл дрейфа одного из штаммов, который был доминантным и на нашей территории, – объяснила В.Скворцова.

– Таким образом, вакцинация против гриппа в 2014 г. не могла предотвратить всех неблагоприятных исходов: умерло на 23% больше (это более 2 тыс. больных), чем в предыдущем году».

А вообще, вакцинация против гриппа снижает для здоровых заболеваемость на 70-90%, утверждают учёные. У лиц с хроническими болезнями сердца и лёгких на 28% снижает летальность. У лиц с диабетом снижает риск госпитализации на 79%. Риск инфаркта миокарда у лиц с хроническими заболеваниями сердца снижается на 50%, риск инсульта – на 24%. Вакцинация обеспечивает уменьшение количества гриппоподобных эпизодов на 35%, уменьшение количества случаев госпитализации по поводу пневмонии и гриппоподобных заболеваний – на 47%.

По мнению рядовых врачей, в России никогда не было истинной картины по самой заболеваемости гриппом. Особенно это касается взрослых – далеко не все они доходят до врача. Да и диагноз «грипп», который надо подтверждать лабораторно, ставить никто не любит – для этого надо взять у больного мазки и отправить их на анализ для выявления штамма вируса, заполнив при этом кучу бумаг...

Константин ШЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

## Инициатива

Общероссийский народный фронт (ОНФ) предлагает разработать ряд мер по улучшению доступности и качества дородовой диагностики в регионах, где зафиксирована повышенная младенческая смертность.

Предложения по софинансированию бюджетов субъектов РФ на проведение антенатальной диагностики в объёме не менее 50% общих затрат кабинет министров должен был представить ещё к 10 июля 2014 г. ОНФ неоднократно указывал на то, что необходимо разработать и представить данные предложения. Однако это поручение Президента РФ до сих пор так и не выполнено. Поэтому Народный фронт предлагает не снимать данное поручение с контроля, а дополнительно разработать меры по улучшению доступности и качества дородовой диагностики в регионах, где зафиксирована повышенная младенческая смертность.

Эксперты рабочей группы «Социальная справедливость» ОНФ обращают внимание, что, по данным Росстата, в первом полугодии 2015 г. в 23 регионах увеличилась младенческая смертность – от 1 до 61%. И, несмотря на предпринятые правительством определённые меры для улучшения ситуации, в некоторых субъектах тенденция роста младенческой смертности сохраняется, сообщил сайт ОНФ. Так, самый существенный рост наблюдается в 12 регионах: Псковской области (61,4%), Карачаево-Черкесской Республике (39,7%), Калужской области (37,5%), Ярославской области (34%), Республике Бурятия (31,7%), Орловской области

# ОФН: улучшить дородовую диагностику

## Эксперты отмечают увеличение младенческой смертности в отдельных регионах

(31,7%), Республике Марий Эл (31,6%), Новгородской области (23,8%), Забайкальском крае (22,5%), Смоленской области (22,4%), Мурманской области (22,2%), Кабардино-Балкарской Республике (20%).

Главной причиной смерти эксперты ОНФ называют заболевания, возникающие в перинатальном периоде, делая выводы на основе сведений Росстата за первое полугодие 2015 г., и вновь предлагают правительству проанализировать и представить предложения по улучшению доступности и качества дородовой диагностики в указанных регионах с учётом причин младенческой смертности.

В настоящее время финансирование дородовой диагностики и неонатального скрининга полностью осуществляется из региональных бюджетов по программе государственной гарантии бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Выделение дополнительных бюджетных ассигнований из федерального бюджета, как указывает Минфин России, невозможно. Но эксперты ОНФ считают, что финансовое обременение регионов не позволит осуществлять мероприятия



Для него жизнь уже началась...

по пренатальной диагностике в полном объёме.

«Позиция Минфина по данному вопросу противоречит поручению главы государства, что неоднократно указывалось в заключении экспертов ОНФ, – подчёркивает руководитель московской рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», главный врач

городской клинической больницы № 64, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии № 1 лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Ольга Шарапова. – Мы должны учитывать, что несвоевременное проведение диагностики беременных ведёт

к увеличению смертности новорождённых в перинатальном периоде. В России на данный момент создана качественная медицинская материально-техническая база и во всех субъектах Федерации открыты хорошо оснащённые перинатальные центры. В целом прописан весь алгоритм действий, который должен сокращать младенческую смертность, но при этом регионам не хватает финансовых ресурсов. Бывает, что есть дорогостоящее оборудование, на котором некому работать, и наоборот – есть квалифицированный персонал в роддомах и перинатальных центрах, но не хватает аппаратов для исследований».

О.Шарапова считает, что в бюджеты нужно также отдельно заложить расходы на выезд медицинских бригад к беременным женщинам в отдалённые районы субъектов. Такие финансовые ассигнования, нацеленные на диагностику на ранней стадии внутриутробного развития, предотвратят рождение тяжёлых инвалидов или тех младенцев, которые не выживут.

Как известно, с марта 2014 г. по указанию главы государства по итогам «Форума действий» ОНФ создан механизм учёта мнения Народного фронта при снятии с контроля поручений Владимира Путина. Контрольное управление президента направляет в Народный фронт доклады правительства для подготовки заключений, без которых решение в отношении тех или иных поручений не принимается.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

– **Руслан Альбертович, извечный вопрос: кто должен управлять лечебными учреждениями: врач или менеджер?**

– Я всегда придерживался мнения, что руководить здравоохранением должны врачи, получившие соответствующую подготовку. Оно не изменилось, кстати, за последние годы. Даже, я бы сказал, укрепилось.

В начале 90-х годов я в числе команды серьёзных российских учёных был направлен в Германию для изучения обязательного медицинского страхования. Мы познакомились с работой немецких больниц и были поражены, что ими руководили люди без медицинского образования. В лучшем случае, они имели диплом МВА.

Нас, конечно, это заинтересовало. Иностранцы пояснили, что врач тратит огромные усилия, деньги и время, чтобы состояться в профессии. И он никогда не меняет свою специализацию на должность управленца. Потому что быть доктором в Германии считается более финансово выгодным и престижным. А у нас в это время всё было наоборот. Только врачи руководили больницами.

Прошло 20 лет. На Западе и в России многое поменялось. В Германии теперь многими больницами управляют энергичные врачи. И это считается оптимальным вариантом. Иначе слишком много конфликтов возникает между медиками и немедиками. Это тоже факт. В нашей стране, наоборот, часть больниц возглавили экономисты. Так что же предпочтительнее?

На мой взгляд, пора прекратить этот спор. Можно ввести специальность, как некоторые предлагают, «управленец здравоохранения», но всё это не заменит базового образования. Помните, классик сказал: прежде чем кем-то руководить, это что-то нужно создать или организовать. Очевидно, что во главе медицинского учреждения должен стоять врач, которого следует грамотно и планомерно обучать организации здравоохранения и общественному здоровью, юридическим вопросам, менеджменту, экономике и другим аспектам управления.

– **Вы возглавляете Высшую школу управления здравоохранением. Что это за новое подразделение Первого Меда? И почему оно создано?**

– В Первом МГМУ им. И.М.Сеченова ещё год назад существовало 7 кафедр организационного профиля. Ректор член-корреспондент РАН Пётр Глыбочко решил объединить усилия 5 из них. По сути, был создан учебный центр для организаторов здравоохранения. Название его предложил сам ректор. Мы стали учить мастеров, интернов, ординаторов, аспирантов, слушателей на всём образовательном пространстве (то есть по программам высшего профессионального и дополнительного образования). Здесь же задействованы серьёзные программы переподготовки специалистов, которые читаются 500 с лишним часов. Конечно, организованы и сертификационные циклы, в том числе и выездные. Сейчас завершается образовательный цикл в Чечне. Наши преподаватели проводят занятия в Калуге. Другие сотрудники недавно приехали из Ярославля, где обучали заместителей главных врачей по экономике. Ещё немного о географии нашей деятельности – сейчас проходят занятия в московских группах, которые в несколько потоков обучаются в главном здании Высшей школы.

На переподготовку и усовершенствование к нам направляют органы управления здравоохранением. А вот ординаторов и аспирантов мы отбираем самостоятельно и очень тщательно. Обязательно смотрим мотивацию, уровень подготовки будущих организаторов. Стараемся, чтобы занятия проходили интересно. Для этого помимо классических лекций используются деловые игры, создаются всевозможные кейсы. То есть кроме экзамена выпускники проходят тестирование, отрабатывают практические навыки с помощью деловой игры. К примеру, мы им даём параметры условной городской больницы и ставим

перед ними задачу – написать за несколько недель программу её модернизации. Потом проходит защита. Преподаватели «изображают» представителей органов управления здравоохранением. Курсанты в качестве экспертов должны нам доказать, что подготовили стоящий проект, подкрепив свои слова конкретным медико-экономическим анализом и аргументами. В итоге получается интересная работа, которая обязательно пригодится организаторам в будущей карьере. Обратите внимание, на моём столе лежат работы с экспертными за-

– **Как вы оцениваете качество медицинского образования в России? Разделите точку зрения вице-мэра Москвы Леонида Печатникова, что оно упало «ниже плинтуса»?**

– Не угадали. Некоторые ругают нашу молодёжь, в том числе и выпускников медицинских вузов, а я вот похвалю. Да, разные бывают студенты, в том числе, извините за выражение, откровенные балбесы. Но такие – исключение, а не правило. В качестве примера приведу 12 ординаторов, которые проходят обучение в нашей школе.

10 декабря 2015 г. ВШУЗ получила статус сотрудничающего центра ВОЗ по данному вопросу.

В 2016 г. на базе школы планируется проведение второго Московского учебного курса по профилактике неинфекционных заболеваний для стран Центральной Азии и Восточной Европы.

– **Эксперты Научно-исследовательского финансового института (НИФИ), подведомственного Минфину России, предлагают сократить Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.**

Буквально в течение недели больницы были «разбиты» на разные организационно-правовые формы. А дальше что? Вернулись прежние сметные подходы, раздача, а не зарабатывание средств. И последовало такое же бессмысленное требование – сократить расходы.

Всё топчёмся вокруг этого. А население неофициально продолжает платить в качестве софинансирования здравоохранения большие деньги. Многие понимают, что рано или поздно настанет время, когда придётся всё это упорядочить. Надо эти темы активнее и открыто обсуждать, в том числе в СМИ. Разработать какую-то поэтапную концепцию, чтобы разумно вписаться в те деньги, которые есть в здравоохранении. Без этого шага сделать медицинскую помощь качественной будет невозможно.

– **Как вы считаете, организация здравоохранения – это наука или что-то из советского прошлого?**

– Организация здравоохранения и общественное здоровье – сложная наука, как это ни странно звучит для современных менеджеров. И обучать этой науке надо со студенческой скамьи, как я уже говорил, продолжая обучение этой тяжёлой специализации в ординатуре и в системе непрерывного медицинского образования. Слава богу, в новом образовательном стандарте 72 часа отведено обучению клинических ординаторов нашей специальности. В прошлом году через нас прошли 450 человек. Часть из них приходили на занятия как на что-то второстепенное. В их планах – стать большими хирургами, гинекологами, а здесь их заставляют учить основы охраны здоровья, статистики, общественного здоровья. Но негативное отношение менялось на очень заинтересованное, когда преподаватели рассказывали им об организации здравоохранения. Уверен, что у части из них мы заронили желание стать клиническими управленцами.

– **Вы не так давно написали книгу «42 года в отрасли: записки заместителя министра». Что подвигло вас сесть за письменный стол и поделиться с читателями своими воспоминаниями?**

– Сегодня я уже 46 лет в отрасли. Моё хобби – работа. Я всю жизнь трудился на разных медицинских должностях. Никогда не отказывался ни от какой работы, невзирая на то, означала ли она для меня повышение или понижение по служебной лестнице. Моя профессия познакомила меня с разными людьми, происходили и различные истории, связанные со здравоохранением. И вот через призму участника процесса развития российской медицины попытался оценить победы и неудачи тех лет. Не раз слышал от ординаторов и аспирантов, что ответы на ряд вопросов они нашли именно в этой книге.

– **Вы прошли все ступени карьерной лестницы в здравоохранении. Как вы считаете, какой этап был для вас самым трудным?**

– Наверное, начало 90-х годов. Когда советское здравоохранение стало исчезать из глаз. Я работал в то время главным врачом областной клинической психиатрической больницы и хорошо помню эти годы. Не было денег вообще, медицинскому персоналу не выплачивали зарплату по 2-3 месяца. Психически больных людей нечем было кормить. Как сейчас помню меню тогдашнего ужина: чай, леденец и коржик. Мы уже забываем об этом периоде. Главным врачам приходилось крутиться, чтобы всеми правдами и неправдами заработать деньги на заработную плату медицинскому персоналу, питание больных, лекарства. Ведь кроме аминазина ничего в большой аптеке не осталось! Централизованные закупки прекратились. Даже вакцины перестали поставлять. В результате дети умирали от дифтерии, банальной управляемой инфекции. Вокруг бушевали какие-то митинги, ораторы призывали на баррикады. А нам надо было работать. С тех пор я особенно невзлюбил крикунов, болтунов, говорильщиков, в том числе от лица медицинского сообщества. Надо работать, а не раскочивать лодку, в которой плывём мы все.

## Авторитетное мнение

# Уроки управления

## Новые современные форматы обучения



**Высшая школа управления здравоохранением в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова ещё год назад только отбирала лучших преподавателей, чтобы приступить к разработке новых, современных форматов обучения. Сегодня это солидное подразделение Первого Меда окончили уже сотни специалистов.**

**Организаторов здравоохранения готовят в нашей стране и другие вузы. Но почему так получается, что назначенные главные врачи очень часто оказываются не готовыми к руководящей работе? Изменить положение дел может комплексная подготовка. Она должна начинаться со студенческой скамьи, идти в интернатуре, ординатуре, аспирантуре в медицинском вузе, продолжаясь на этапах дополнительного непрерывного медицинского образования. О квалификации специалистов, которым предстоит управлять российским здравоохранением, беседа корреспондента «МГ» Алексея ПАПЫРИНА с директором Высшей школы управления здравоохранением Первого Меда, доктором медицинских наук, профессором, заслуженным врачом РФ, лауреатом премии Правительства РФ в области науки и техники, известным руководителем здравоохранения федерального и регионального уровней Русланом ХАЛЬФИНЫМ.**

ключениями. Многие из них – очень интересные.

– **В одном из интервью вы сказали: «Мы обучаем только тому, что хорошо умеем делать сами!» Кто они, преподаватели Высшей школы управления здравоохранением?**

– Это действительно так. Мы привлекаем для обучения людей состоявшихся. Когда человек, оттрубивший всю жизнь преподавателем, начинает рассказывать молодым ребятам, как им стать успешными менеджерами... Это часто производит обратное впечатление. Согласитесь, что слова бывшего директора банка или заместителя министра здравоохранения всё-таки более убедительно показывают, как работает система управления.

В Высшей школе управления здравоохранением трудятся организаторы здравоохранения, эпидемиологи, специалисты по медицинской профилактике, доказательной медицине, экономисты, юристы, менеджеры, управленцы. Ещё можно назвать специалистов по современному ИТ в здравоохранении, социологов, есть даже доктор политических наук. Последний читает лекции, связанные с глобальным здравоохранением. В нашей команде три сотрудника из Минздрава России и один из Минздрава Московской области. Две трети преподавателей школы являются профессорами и докторами наук, остальные – кандидаты.

Для удобства слушателей часть лекций читаем дистанционно. Поэтому курсанты работают с Единым образовательным порталом университета. Я бы выразился так: наша команда – «интегративная». Она может преподавать и организацию здравоохранения, и общественное здоровье, и менеджмент, и медицинскую статистику.

Наверное, определённым индикатором уровня является и тот факт, что совсем недавно по заданию Минздрава России мы прочли 235 заместителей главных врачей по экономическим вопросам из 5 территорий на специальных курсах. Все участвующие в проекте регионы остались довольны нашей работой.

Да, мы готовим поштучно. Но все они хотят учиться, у них уникальные способности, двое из них, кстати, пришли к нам после окончания МГУ. Школа их трудоустраивает, поскольку уверена в уровне подготовки каждого из них. Есть один принцип, который мы проповедуем, который трудно в нашей стране даётся, – это партнёрство. Большинство преподавателей привыкли смотреть на студентов сверху вниз: я учитель – ты ученик. И от этих подходов очень трудно отойти. Когда всё строится на другом принципе, что преподаватели, интерны, ординаторы, аспиранты являются партнёрами, не всем это нравится. Но мы не отступаем от этого принципа. Стараемся работать одной командой единомышленников. Это даёт совсем другие результаты.

Маленькая деталь, но характерная. Буквально на днях к нам привезли новую компьютерную технику. Все ординаторы у нас прекрасно разбираются в ИТ. И они посчитали своей обязанностью прийти в субботу и воскресенье и безвозмездно помочь школе установить оборудование.

– **Как говорится в буклете, раскрывающем о Высшей школе управления здравоохранением, ВШУЗ является субрегиональной обучающей площадкой Всемирной организации здравоохранения. Расскажите немного об этом направлении работы...**

– Да, у нас создана субрегиональная обучающая площадка для стран Центральной Азии и Восточной Европы. В прошлом году провели первый Московский учебный курс для политиков здравоохранения стран Центральной Азии и Восточной Европы. Среди 23 курсантов были представители 9 стран (Киргизия, Таджикистан, Узбекистан, Армения, Казахстан, Белоруссия, Туркменистан, Россия и Молдавия). Обучение вели как наши сотрудники, так и преподаватели, которых направила ВОЗ. Должен сказать, что практически половина преподавателей школы говорит и преподаёт на английском языке. Поэтому курс можно было прослушать как на русском, так и на английском.

**Насколько реалистичными вам представляются такие рекомендации?**

– Я работал главным врачом ещё в советские времена и руководил в годы рыночных реформ здравоохранением огромной территории. Этот вопрос нельзя назвать новым. Его поднимали и обсуждали всё время, как Россия вступила на рыночный путь развития. Но он всегда наталкивался на сопротивление общественности. Население не хочет платить за своё здоровье. И людей понять можно, учитывая уровень оплаты труда в нашей стране. С другой стороны, мы сталкиваемся с тем, что государство никак не проявит волю для решения этого вопроса. Поэтому даже обсудить его серьёзно не получается.

Для меня ответ на этот вопрос – однозначен. Я согласен с позицией Минфина. Как можно продолжать тянуть такую гигантскую программу государственных гарантий? Мы в ней, образно, обещаем, всем и всё по мировым стандартам. Это утопично, учитывая, что наши финансовые возможности ограничены. Я был участником форума ОНФ. Все разговоры сводятся к тому, что государство должно выделить дополнительные деньги на здравоохранение. Плюс деньги, которые нерационально используются в самой системе.

Сегодня от руководителей регионального здравоохранения требуют сокращения коечного фонда. Но главные врачи не мотивированы заниматься столь многосложной проблемой. Всё, что они сэкономят, по факту их ЛПУ не достанется. В лучшем случае это перейдёт в тариф, тогда они свои же сэкономленные деньги получат в виде платежа на следующий год. Кого мы обманываем?

Мы «запустили» в своё время прекрасный Федеральный закон № 83. Он призван был расширить организационно-правовые формы и придать настоящую самостоятельность работе лечебных учреждений. Чтобы они стали ответственными исполнителями и владельцами заработанных средств. Но этот закон был выполнен формально.

Впервые московские педиатры собрались вместе, чтобы обменяться опытом работы и взглядами на дальнейшее развитие детского здравоохранения. Тема съезда – «Трудный диагноз», но началось мероприятие не с приветственных речей и не с разбора клинических случаев, а с бурной дискуссии, возникшей ещё в кулуарах, о будущем педиатрической службы и её реформировании.

### Мифы и реальность

– Хочу развеять некоторые мифы, что мы якобы задумали разрушить педиатрическую службу и заменить педиатра семейным врачом. Таких мыслей никогда не было, – заявил заместитель мэра Москвы Леонид Печатников. – Если нам и есть чем гордиться в последние годы, так это тем, что сумели сохранить педиатрическую службу. Наши западные коллеги, которые пошли по пути семейного врача, проиграли. Взрослый доктор, каким бы образованным он ни был, не сможет стать полноценной заменой педиатра (а вот из педиатра можно сделать взрослого врача). Ваше особое образование, особая квалификация никогда не подвергались сомнению. Именно поэтому, создавая систему амбулаторно-поликлинических объединений, мы формировали отдельные объединения во взрослой сети и в детской.

По словам Л.Печатникова, в последние годы уделено достаточное внимание развитию педиатрической службы. Московские поликлиники, включая детские, сейчас оснащены лучше, чем многие ведомственные, и, как выразился вице-мэр, сегодня не может быть проблем в московской сети здравоохранения с высокотехнологичными исследованиями и лечением. Два крупных стационара, которые, несмотря на экономические трудности, строятся в Москве, – детские. К ним относится новый корпус Морозовской больницы на 500 коек (его планируется оснастить по последнему слову техники) и перинатальный центр во взрослой больнице № 67. Реконструированы и переоснащены акушерские стационары, организованы современные реанимационные отделения в ряде роддомов, что позволило успешно выхаживать маловесных детей.

Один из интегральных показателей – младенческая смертность за минувшие 4 года снизилась на 30% и составила 5,9. А если в расчёт брать только москвичей, то – 4,5 промилле.

– Мы даже опережаем страны Евросоюза, – отметил Л.Печатников. Но увеличилось количество детей, умерших в возрасте 13-14 лет. Анализ показал, что причиной явились несчастные случаи, связанные в основном с железной дорогой. Мода на зацеперство среди подростков оказалась настолько серьёзной, что отразилась на статистике. Поэтому московское правительство внесло в городской кодекс административных нарушений наказание в виде штрафа не менее 5 тыс. руб. для родителей, чьих детей задерживают на железной дороге в неполюженных местах.

– В целом мы можем быть вполне удовлетворены работой педиатрической службы, – сказал вице-мэр. – Обращаемость выросла на 30%, а заболеваемость остаётся примерно на прежнем уровне.

Однако стационарное звено, по мнению Л.Печатникова, часто используется неэффективно.

Департамент здравоохранения Москвы завершает общий анализ ситуации, в частности в детских городских поликлиниках, и формирует комплекс организационных мероприятий, направленных на совершенствование работы.

– Именно на совершенствование, – подчеркнул руководитель столичного здравоохранения Алексей Хрипун. – Эти мероприятия не подразумевают каких-то резких агрессивных решений.

### Деловые встречи

# Трудный диагноз

В столице прошёл I Московский городской съезд педиатров

Хотя проблем в поликлинической сфере много. Не соблюдается преемственность в деятельности ЛПУ. Так, в отдельные дни в Морозовскую больницу до 50% пациентов поступают самотёком. По мнению А.Хрипуна, это говорит о том, что работа по маршрутизации пациентов требует существенной коррекции, а ресурсы детских стационаров – более эффективного использования.

– Мы не можем себе позволить идти по экстенсивному пути развития здравоохранения, в том числе и педиатрии, – считает заместитель мэра Л.Печатников. – Должны двигаться только по интенсивному. То, что есть дефицит кадров в участковом звене, мы никогда не скрывали. Он сохраняется многие десятилетия. Даже во времена обязательного распределения выпускников вузов укомплектованность участковыми врачами не была стопроцентной. К сожалению, и сейчас пока не удаётся этот дефицит ликвидировать.

### Бурная дискуссия

– Да, проблемы с кадрами в педиатрии были и при распределении, – согласился президент Национальной медицинской палаты доктор Леонид Рошаль, – но сегодня они встали более жёстко. Возникла опасность, которую мы вовремя не разглядели, – вымывание педиатрических кадров во врачей общей практики в целом по стране.

Доктор Л.Рошаль рассказал, как после окончания института был распределён на педиатрический участок, бегал с чемоданчиком по вызовам. И если раньше ему казалось, что зря теряет время на



В президиуме – представители власти, общественных организаций, профессионального сообщества

Конец дискуссии положил Л.Рошаль:

– Я не знаю, сколько из них оказались во взрослой сети, но я знаю, что педиатры были на курсах врачей общей практики. Вопрос: зачем они там обучались?

Коснулся доктор и соблюдения принципа участковости.

– Я выступаю за участковую службу в том виде, как она была, – сказал Л.Рошаль. – А сейчас одни педиатры ходят на вызовы, другие ведут приём. Образуется разрыв. Кто отвечает за ребёнка?

Л.Рошаль напомнил о необходимости сбалансированного подхода к развитию детских клиник. По его мнению, следует действовать, не разрушая то, что имеем. Между тем московская педиатрическая общественность встревожена, люди боятся пертурбаций, трясёт коллективы больницы Святого Владимира и Филатовской больницы.

– Надо всё же подумать, целесообразно ли иметь одну самую мощ-

ную в Департаменте здравоохранения есть управление, которое занимается стационарной медицинской помощью, в том числе и детской, и управление, которое занимается организацией амбулаторной помощи, в том числе и детской.

### Разный подход

Разделение стационарной и амбулаторной помощи в педиатрии в таком мегаполисе, как Москва, с огромным количеством детей, нецелесообразно, считает академик РАН Александр Румянцев, который 15 лет был главным педиатром столицы. Это – особая служба, требующая специального общего руководства. Потому что, например, дневной стационар связан непосредственно с поликлиникой. А поликлиника – это группа врачей узких специальностей и участковых специалистов.

Если взрослый пациент идёт лечиться к эндокринологу, гастроэнтерологу, неврологу, поскольку невозможно найти терапевта, у которого можно вылечить всё, то ребёнок приходит к педиатру. И эта ситуация принципиальна.

Попытка разделить стационарную и амбулаторную помощь в детской практике, повторить дифференциацию взрослой специализированной службы нецелесообразна. Потому что в области лечения пациента, оказания ему высокотехнологичной помощи детские врачи имеют парадигму излечения, а взрослые – улучшения качества жизни. Это абсолютно разный подход, который требует разной подготовки, в том числе последипломной.

К сожалению, последипломная подготовка педиатра и других специалистов разрушается. Выпускники 2016 г., получив диплом, сразу же пойдут работать в сеть педиатрами.

– Когда я учился в институте, – вспомнил А.Румянцев, – у меня была полноценная санитарская, сестринская и врачебная практика. Выпускаясь из вуза, я мог сделать аборт, ассистировать на простейшей операции, работать в поликлинике, вести пациента с инфекционным заболеванием, осуществлять первичный патронаж ребёнка на дому. Многие выпускники, отработав 3 года, приходили в ординатуру, получали специальную подготовку. Сейчас ничего этого нет. Поэтому, думаю, будем иметь проблемы. Деструкция последипломного этапа образования заполнит нишу первичной медико-санитарной помощи неквалифицированными работниками. Возникнет рассогласованность между педиатрическим сообществом, координацией профилактической, специализированной и высокотехнологической помощи и платёжными системами. Боюсь, что со страховой медициной мы не сможем быть

теми людьми, которыми сейчас являются педиатры.

Как заметил А.Румянцев, все неприятности в медицине идут от взрослых, а приятности – от детей. По его мнению, трёхуровневая система оказания медицинской помощи, возможно, прогрессивная для взрослого населения, непригодна для детского. Её нужно критически рассмотреть. Ведь платёжные системы отдадут предпочтение неотложной помощи и диагнозам заболеваний. В то время как для педиатрии характерна профилактика и оценка развития ребёнка. К сожалению, сегодня отмечается хаос детской профилактической медицины.

Уповать на то, что многие проблемы позволят решить информатизация здравоохранения, преждевременно. Переход на информационные технологии требует специального обучения врачей на уровне продвинутых пользователей компьютеров. Кроме того, для успешного внедрения ИТ должны быть разработаны и переведены на электронный язык стандарты оказания помощи, клинические рекомендации и протоколы, междисциплинарные и межведомственные стандарты. Отличие информационных технологий в педиатрии от взрослой медицины – это учёт развития, а его нет.

### Каким быть педиатру завтра?

Безусловно, должна произойти и эволюция участкового педиатра из лечащего врача во врача обучающего.

По мнению А.Румянцева, большое заблуждение, что участковый доктор лечит ребёнка на дому. Он обучает родителей правильному лечению и ведению пациента и должен обладать высоким уровнем культуры, современными знаниями, постоянно следить за информацией в области детских заболеваний и профилактики, чтобы оказывать влияние на семью. Как только врач остановился в развитии, население перестанет его воспринимать.

Конечно же, участковый педиатр должен иметь специальную подготовку. Возрастная психология, психология семьи, дошкольная педагогика, основы планирования семьи, нормальная сексология – это вопросы, с которыми родители обращаются к педиатру. У него на ответы, беседы, убеждения, разъяснения уходит 25% рабочего времени. Но вряд ли кто другой станет этим заниматься.

Была высказана точка зрения на взаимоотношения участкового педиатра с узкими специалистами в процессе диспансеризации детей.

– Узкий специалист – это консультант участкового врача. Его нельзя допускать к работе с родителями, – считает А.Румянцев. – Он должен свои рекомендации опосредовать через участкового педиатра, иначе любой узкий специалист начинает формировать свою «кухню», круг своих пациентов, которых начинает вести, перекрывая участкового доктора.

Словом, педиатр в семье – и врач, и учитель, и психолог, и социальный работник. Следует помнить об этом, когда говорим о страховой медицине, профилактической составляющей работы участкового врача, реформировании службы.

– Основная задача, которую сейчас надо решать (после того, как оснастили учреждения современным оборудованием, улучшили материально-техническую базу), – это ликвидация дефицита кадров, – заметила Л.Козлова. – Здесь было сказано, что в Москве нет проблем с доступностью и качеством оказания помощи. На мой взгляд, если есть дефицит кадров, не может быть хорошим качеством и доступностью.

Вот уж с чем трудно не согласиться.

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».  
Фото автора.



Участники съезда слушали и бурно реагировали

пути стать детским хирургом, то сейчас готов целовать тех, кто направили его на участок, потому что полученный там опыт неоценим.

По словам доктора Л.Рошалья, система педиатрической службы в Советском Союзе была одной из лучших в мире, она наиболее экономична и эффективна. Поэтому всякая реструктуризация должна проходить очень аккуратно.

– Кстате, ряд московских педиатров тоже направлялись на переобучение на врачей общей практики, – заметил Л.Рошаль. Это утверждение вызвало неприятие со стороны Л.Печатникова.

– Ни одного, – возразил он. – Я могу привести список, где из 20 курсантов 18 были педиатрами, – парировал Л.Рошаль.

Завязался спор. Вице-мэр призвал руководителя Департамента здравоохранения Москвы А.Хрипуна ответить, сколько педиатров, обучавшихся ремеслу врача общей практики, взято на работу во взрослую сеть?

ную больницу в Москве (подразумевается Морозовская. – В.Е.), а все другие реструктурировать, ведь каждое учреждение имело своё лицо и неплохо работало, – заметил Л.Рошаль.

– Ни Филатовскую больницу, ни больницу Святого Владимира закрывать не планируем, – заверил А.Хрипун.

К его словам присоединился Л.Печатников, добавив, что никто не собирается уничтожать созданное предшественниками.

– Но реформировать педиатрическую службу придётся, – заключил Л.Печатников.

Вопросы относительно будущего педиатрии возникли потому, что в этом году был сокращён детский главк в Департаменте здравоохранения столицы, пояснила член Совета Федерации, заместитель председателя Комитета по социальной политике Людмила Козлова.

– Да, главк действительно упразднён, – ответил А.Хрипун. –

– Людмила Ивановна, два главных слова российского здравоохранения сегодня – качество и доступность медицинской помощи. Какие конкретные шаги предпринимает руководство региона и управление здравоохранения для достижения целей в этой области?

– Наши усилия сконцентрированы по пяти стратегическим направлениям.

Во-первых, эффективность финансово-хозяйственной деятельности лечебной сети. В здравоохранении Липецкой области мы активно применяем современные модели финансирования медицинской помощи. В первую очередь речь идёт о мотивации руководителей медицинских организаций на снижение затрат, адресном распределении финансов и развитии стационар-замещающих технологий.

Во-вторых, мы реализуем несколько крупных проектов, направленных на повышение качества и доступности медицинской помощи. Это строительство нового перинатального центра, совершенствование медицинской помощи пострадавшим при ДТП, модернизация региональной сети ФАПов.

Третье направление – лекарственное обеспечение граждан. В этом нам помогает оставшееся в структуре государственной системы здравоохранения ОГУП «Липецкфармация». Особое внимание на предприятии уделяется наличию полного ассортимента – всех фармакологических групп лекарственных препаратов. В сельской местности в тех поселениях, где нет аптек, ФАПам выдаются лицензии на фармацевтическую деятельность. Совместно с учреждениями социальной защиты обеспечивается доставка лекарств на дом маломобильным одиночным пенсионерам и инвалидам.

Одной из важнейших задач для нас является решение кадровых проблем. На уровне области был законодательно утверждён пакет мер, направленных на поэтапное сокращение дефицита медицинских работников. В их числе, стимулирование целевого обучения в медвузах, частичное финансирование приобретения и аренды жилья, покупка квартир для врачей за счёт бюджета, а также разнообразные социальные выплаты врачам, средним медицинским работникам ФАПов и скорой медицинской помощи. Конечно, проблема дефицита медицинских кадров ещё окончательно не снята.

И наконец, совершенствование профилактики заболеваний и популяризация здорового образа жизни. Продолжается диспансеризация, расширяются выездные формы работы. Хотелось бы наполнить новым содержанием такую традиционную форму работы, как школа здоровья. Например, сегодня нами открываются школы здоровья на рабочем месте. Они будут включать в себя как обследование граждан специалистами центров здоровья, так и групповое консультирование по коррекции факторов риска неинфекционных заболеваний в трудовых и учебных коллективах.

– Какова сейчас демографическая ситуация в регионе и что вы ожидаете от 2016 г.?

– 2015 г., с точки зрения динамики смертности, начался непросто. По итогам I квартала по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на территории региона было зарегистрировано увеличение общей смертности населения более чем на 6%. Больше всего смертей было среди пожилого возраста, раннего послевоенного поколения.

Глава администрации области Олег Петрович Королёв незамедлительно провёл расширенное заседание, посвящённое исключительному качеству жизни и состоянию здоровья населения. Был разработан комплексный план мероприятий и создан региональный штаб по повышению качества жизни и пропаганде здорового

образа жизни в Липецкой области. Благодаря этим мерам неблагоприятную демографическую тенденцию удалось переломить. По итогам 10 месяцев показатель общей смертности не превышает уровень предыдущего года. Причём за период с июля по октябрь было отмечено ежемесячное уменьшение числа умерших на 8–9%, или на 100–150 человек. Позитивные перемены произошли

Третий год подряд в регионе проходит массовая профилактическая акция «Маршрут здоровья», в которой задействованы мобильные диагностические комплексы. Благодаря этой инициативе жители муниципальных районов не только приобретают комплекс знаний по здоровому образу жизни и сохранению здоровья, но и проходят инструментальное и лабораторное обследование и

– Сегодня в некоторых регионах отмечаются летальные исходы по причине запущенных случаев пневмонии. Есть ли прецеденты в Липецкой области?

– Случаи неблагоприятных исходов внебольничных пневмоний случаются и в нашей практике. Они связаны с поздними обращениями за медицинской помощью, наличием тяжёлой сочетанной

реорганизации бывшего федерального детского санатория «Восход», ныне переданного Липецкой области. В план модернизации педиатрической службы Липецка включены эти дополнительные мощности. На базе зданий и сооружений «Восхода» будет создан современный педиатрический кластер, в котором кроме санаторно-курортного обслуживания будет развиваться многопрофиль-

Из первых уст

# Стабильность успеха

Как липецкому здравоохранению уже много лет удаётся сохранять положительную динамику



«Территория стабильности» – так «МГ» писала о Липецкой области 12 лет назад. Тогда там решали ключевые для здравоохранения вопросы, открывали областной перинатальный центр, начинали поддерживать спорт и здоровый образ жизни. Затем пришла очередь Национального проекта «Здоровье», модернизации региональной лечебной сети, становления и развития трёхуровневой системы оказания медицинской помощи.

Качество и доступность медицинских услуг, информатизация, развитие сельской медицины, паллиативная помощь – нынешние масштабные задачи по совершенствованию российского здравоохранения, прежде всего, нацелены на эффективность работы и получение максимальной отдачи от имеющихся ресурсов. О том, чем сегодня живёт и дышит липецкий регион, что происходит в ключевых направлениях областного здравоохранения и рецептах выхода из демографической ямы, мы поговорили с начальником Управления здравоохранения Липецкой области, доктором медицинских наук, профессором Людмилой ЛЕТНИКОВОЙ.

за счёт снижения смертности от болезней системы кровообращения на 23%, при ДТП – на 35% и от внешних причин – на 13%.

В следующем году мы ожидаем дальнейшего улучшения медико-демографической ситуации, в том числе благодаря целому ряду масштабных проектов. Это и строительство нового перинатального центра, и совершенствование медицинской помощи больным онкологического профиля, а также модернизация региональной сети фельдшерско-акушерских пунктов и центров общей врачебной практики.

– Как вам удалось снизить смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы на 23%?

– Руководством к действию стала Президентская программа. Мы активно проводим диспансеризацию и последующее наблюдение группы высокого риска. Развиваем выездные формы работы, телемедицину. В малочисленных и труднодоступных населённых пунктах действует программа уполномоченных домовых хозяйств, которые могут оказать первую помощь до прибытия медработников.

Из областного бюджета в этом году были выделены дополнительные 30 млн руб. на закупку стентов и 10 млн – на тромболитические препараты. Кстати, количество ангиопластик и стентирований, осуществляемых в региональной лечебной сети, возросло в полтора раза по сравнению с прошлым годом. Активно занимаемся профилактикой.

– Расскажите, пожалуйста, подробнее о профилактических акциях, в этом отношении вы являетесь лидерами. Что они дают липчанам?

– В Липецкой области, действительно, имеется целый ряд интересных проектов в сфере пропаганды здоровьесберегающих установок среди населения: «От сердца к сердцу», «Кардиомаршрут», «Дни здорового сердца».

могут получить консультации врачей-специалистов, предусмотренные стандартом диспансеризации.

В объявленный Президентом страны Год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями у нас появились и новые акции, такие как «Кардиомаршрут» и «Кардиодекант». У каждой акции своя аудитория. Так, «Кардиомаршрут» рассчитан на граждан, проживающих в отдалённых муниципальных районах области, а «Кардиодекант» ориентирован на жителей городских округов. Например, последняя акция включает в себя выход медицинских специалистов в торговые центры, учреждения социального обслуживания, организованные детские коллективы, где они проводят измерение артериального давления, обучают использованию тонометра в домашних условиях, а также распространяют информационную продукцию.

По субботним дням поликлиники области организуют «Дни здорового сердца», в которые любой желающий может посетить врача-кардиолога, пройти диагностические исследования в зависимости от возраста и выявленной патологии.

– Диспансеризация сегодня – это возможность поправить здоровье и снизить риски заболеваний. Как она проводится на вашей территории и что показывает анализ полученных результатов?

– Основная цель диспансеризации – раннее выявление хронических заболеваний. На начало ноября в Липецкой области полностью выполнен план по обследованию детского населения, диспансеризации специальных групп взрослых – на 95,5%. Также проводится углублённое диспансерное обследование инвалидов, ветеранов Великой отечественной войны и их супругов. Организован активный патруль одиноких ветеранов, в том числе проживающих в отдалённых пунктах.

патологии, а в некоторых случаях и с соматизацией алкоголизма.

В этом году мы дополнительно выделили из регионального бюджета 10 млн руб. для приобретения вакцины против пневмококковой инфекции. Благодаря этому обеспечена иммунизация групп риска по развитию тяжёлых форм пневмококковой инфекции (дети от 2 до 5 лет, призывники, пациенты старше 60 лет, страдающие хроническими заболеваниями органов дыхания и сердечно-сосудистой системы).

– Дети – одна из наиболее социально уязвимых категорий населения. Как обстоит дело в Липецкой области с оснащением детских лечебных учреждений?

– В рамках программы модернизации здравоохранения и Национального проекта «Здоровье» педиатрическая служба региона получила грандиозный импульс для развития. Фактически за последние несколько лет детские поликлиники и больницы области получили дополнительное финансирование в размере более 2,5 млрд руб.

В педиатрическую практику внедрены высокотехнологичные реконструктивно-пластические вмешательства на органах пищеварительной, мочевой и репродуктивной систем, при дефектах и пороках развития костей конечностей, деформациях челюстно-лицевой области и т.д. Проводится лечение злокачественных новообразований с использованием хирургического лечения и химиотерапии, и, соответственно, интенсивной поддерживающей терапии. Совместно с московскими специалистами разработана, запатентована и внедрена новая методика хирургической коррекции килевидной деформации грудной клетки у детей.

Особое место в наших планах совершенствования педиатрической помощи занимают мероприятия, связанные с завершением

ная амбулаторная и стационарная медицинская помощь, а также реабилитация.

– Трёхуровневая система оказания медицинской помощи доказала свою жизнеспособность. Но особый акцент сейчас делается на первичное звено. Какие преобразования происходят в связи с этим в области?

– Лечебная сеть Липецкой области в целом сбалансирована и соответствует сложившемуся уровню и структуре заболеваемости населения, а также транспортной инфраструктуре. Маломощные поликлиники и больницы в настоящее время объединяются с многопрофильными межмуниципальными медицинскими центрами, создаются крупные отраслевые кластеры. Интенсивно развиваются стационарзамещающие технологии. За последние 3 года обеспеченность населения данным видом медицинской помощи возросла на 30%.

В области проведена централизация ряда специализированных служб: кожно-венерологической, фтизиатрической, скорой помощи, переливания крови. Загрузка поликлинических и стационарных мощностей и их финансирование стали значительно эффективнее.

Кстати, любые мероприятия, связанные с изменением структурной эффективности регионального здравоохранения, предвдварялись расширенными информационными кампаниями, не говоря уже о консультациях с органами власти, местного самоуправления, институтами гражданского общества.

– Вот уж действительно, информация правит миром. Каковы успехи Липецкой области на ниве информатизации здравоохранения?

– Информатизация касается всех сфер нашей деятельности от лечебно-диагностического процесса до отраслевого управления. Системное развитие в этой области началось у нас с 2008 г., когда были разработаны и внедрены базовые компоненты единой региональной информационно-аналитической медицинской системы (РИАМС). В настоящее время мы располагаем комплексом, состоящим из десятков модулей. Все они работают в едином информационном пространстве и охватывают практически все процессы оказания медицинской помощи населению. В настоящее время к РИАМС подключены 4500 автоматизированных рабочих места.

– Ну и наконец, что бы вы желали читателям «МГ» в преддверии Нового года?

– Желаю моим глубокоуважаемым коллегам большого счастья, профессиональных успехов, удачи и, конечно, крепчайшего здоровья. И пусть заслуженной наградой всем нам будут человеческая признательность и любовь за возвращённое здоровье и спасённые жизни!

Беседу вела  
Анна КАБИКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Липецк.

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 87 (1939)

**57-летний мужчина поступил в отделение интенсивной терапии зимой по поводу тяжёлой пневмонии и острой дыхательной недостаточности.**

За две недели до госпитализации пациент обратился к врачу с симптомами миалгии, артралгии и озноба. Экстренный тест на грипп был отрицательным. Тем не менее был поставлен диагноз гриппа и назначена поддерживающая терапия. Выполнена рентгенография грудной клетки, показавшая наличие признаков пневмонии в верхней доле левого лёгкого. Назначены цефтриаксон и азитромицин внутривенно, азитромицин и албутерол ингаляционно.

Два дня спустя больной вызвал врача, так как у него сохранялись вышеуказанные симптомы. Были прописаны преднизолон и сироп от кашля. Прошло ещё два дня, больной был осмотрен инфекционистом амбулаторно. Он жаловался на утомляемость, лихорадку (38,9°C), несмотря на приём ацетаминофена, кашель, примесь крови в мокроте и боль в грудной клетке, которая не давала ему спать. При обследовании отмечалось диспноэ, АД 148/71 мм рт.ст., ЧД 24/мин, пульс от 88 до 129/мин, оксигенация крови 94% в покое при дыхании комнатным воздухом. В левом лёгком выслушивались крепитирующие хрипы в базальных отделах и в аксиллярной области. На рентгенограмме грудной клетки обнаружена плотная инфильтративная тень в левом лёгком. Поставлен диагноз тяжёлой внебольничной пневмонии. Были назначены цефтриаксон и моксифлоксацин, и больной был госпитализирован.

В больнице при рентгенографическом исследовании грудной клетки выявлены плотная тень в верхней доле левого лёгкого, относительно небольшое уплотнение лёгочной ткани в верхней доли правого лёгкого, линейная тень плеврального выпота; лимфаденопатии выявлено не было (фото 1 А и В).

Последующая рентгенография, выполненная в палате с помощью переносной установки спустя 5 дней (фото 1 С), показала дальнейшее нарастание уплотнения в левом лёгком, преимущественно в верхней доле, и усиление мультифокального уплотнения в правом лёгком, которое было наиболее тяжёлым в правой верхней доле.

Назначен ванкомицин на 3-й день и имипенем на 5-й день госпитализации. На 6-й день появились признаки гипоксемии, что потребовало усиления оксигенотерапии. Уровень  $\alpha 1$ -антитрипсина был повышен 270 мг/дл (норма 93-209

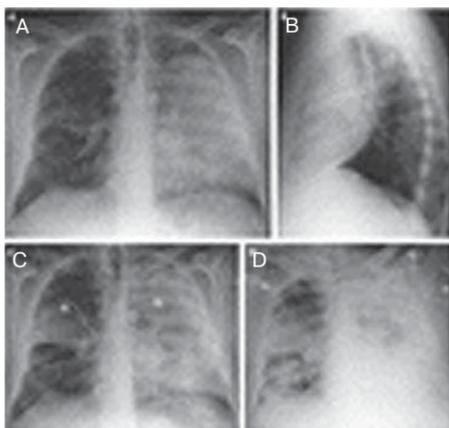


Фото 1. Рентгенограммы грудной клетки

мг/дл). Показатели в крови микроэлементов, АЛТ, общего билирубина, IgG и IgM были в норме. Больной был переведён в отделение интенсивной терапии. При бронхоскопии выявлен гнойный секрет без слизистых пробок или каких-либо масс. Культуральное исследование мокроты было отрицательным. На ЭхоКГ выявлены нормальная функция обоих желудочков и движение стенок желудочков; фракция выброса левого желудочка 60-65%.

На 9-й день назначено двухуровневое положительное давление в дыхательных путях, сопровождавшееся некоторым улучшением состояния больного. Позднее в тот же день была проведена интубация

трахеи, назначен метилпреднизолон. Культуральное исследование мокроты показало рост *Candida species*; культуральное исследование крови было отрицательным.

На 10-й день больной был транспортирован вертолётом (по просьбе семьи пациента) в другую больницу и поступил в отделение интенсивной терапии. Во время транспортировки проводилось лечение

## Острая тяжёлая пневмония и гипоксемическая дыхательная недостаточность

### Клинический разбор

фентанилом, мидазоламом, норэпинефрином внутривенно, а также векурониумом, имипенемом, моксифлоксацином, ванкомицином, пантопрозолом, ондансетроном, метилпреднизолоном, сульфатами натрия, ацетаминофеном, энноксаприном, альбутеролом-небулайзером, флутиказоном в виде назального спрея и нистатином в суспении.

Из анамнеза: у больного была подагра, в связи с чем он нуждался в индометацине; ранее был вакцинирован против гриппа в порядке сезонной вакцинации; аллергии не отмечалось. Женат, имеет детей. Живёт в сельской местности Новой Англии. Работал в мануфактурном производстве и по работе посещал Индонезию, Японию и регионы, окружающие бассейн реки Святого Лаврентия, год назад. Его сотрудник по работе не были больными. Никогда не занимался спортом на открытом воздухе. Курил в течение 40 лет, бросил 6 месяцев назад. Алкоголь употребляет не часто, запрещённые препараты не употребляет. У его матери и сестры  $\alpha 1$ -антитрипсиновая недостаточность. Мать страдает ХОБЛ, отец умер в 63 года от инфаркта миокарда.

В больнице пациент был интубирован. Проводилась терапия седативными средствами. Лихорадки не было. АД 89/22 мм рт.ст., пульс 50/мин, ЧД – 28/мин при вентилиционной поддержке. При аускультации с обеих сторон выслушивалось жёсткое дыхание. Отёк 2-й степени рук и ног. Шумов при выслушивании сердца не было; живот был в норме. Анионы в плазме и результаты электрофореза сыворотки на белковые фракции были в норме. Уровень аланиновой аминотрансферазы, общего и прямого билирубина, глобулины, амилаза, липаза, IgG и IgM, С3 и С4 были в норме. Анализ мочи: мутная, жёлтого цвета, альбумин 1+, уробилиноген 3+, эритроциты 5-10, лейкоциты 3-5, небольшое количество слущенных клеток, немного клеток канальцев, совсем немного транзиторных клеток в поле зрения, гиалиновых цилиндров 20-100, лейкоцитарных цилиндров 20-100 в поле зрения, слизь.

На рентгенограмме грудной клетки, выполненной при поступлении в больницу, выявлено смещение трахеи и пищевода. Отмечено дальнейшее нарастание мультифокальных уплотнений с обеих сторон, однако без признаков плеврального выпота и пневмоторакса (фото 1 D).

$FiO_2$  увеличено до 1,00,  $PaO_2$  – до 93 мм рт.ст. Уровень оксигенации крови 95%. Были назначены метилпреднизолон, меропенем, продолжена инфузия фентанила, вазопрессина и пропофола. Имипенем был отменён. Окраска мазка мокроты по Граму выявила умеренное количество нейтрофилов, микроорганизмы выявлены не были. Анализ на антигены аденовируса, парагриппа, РС-вируса был отрицательным, так же как и тестирование нуклеиновой кислоты на вирусы гриппа А и В.

Были выполнены другие диагностические исследования.

### Дифференциальный диагноз

У больного с лихорадкой, несмотря на эмпирическое лечение, как у заболевшего домашней пневмонией быстро развилась дыхательная недостаточность. Функциональные показатели – отношение  $PaO_2/FiO_2$  указывали на острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС). Пациент был переведён в отделение интенсивной терапии, интубирован, так как находился в состоянии шока и получал поддерживающую терапию вазопрессинном.

Причиной таких симптомов могли быть кардиоваскулярная патология, аутоиммунные нарушения, злокачественная опухоль. Однако наличие гнойной мокроты, аспирированной из трахеи, лихорадка и быстрое клиническое ухудшение, а также нормальные показатели кардиологических

пичные бактериальные агенты, включая микоплазму, легионеллу и хламидию, а также вирусы, чаще всего гриппа. Поскольку лабораторные исследования с окраской по Граму мокроты не выявили наиболее вероятного патогена, а культуральные исследования были отрицательными, предполагать гнойную инфекцию у больного оснований не было. Кроме того, высокочувствительная ПЦР не выявила присутствие вируса гриппа, что подтвердило результаты экспресс-тестов на грипп в самом начале обследования больного. Недавняя вспышка болезни легионеров в Нью-Йорке даёт основание думать о широкой распространённости легионеллы, которая является причиной домашней пневмонии в 30% случаев. Легионелла часто даёт внелёгочные симптомы, такие

исследований, отрицательные результаты исследования на антинуклеарные антитела, нормальный уровень комплемента – всё это говорило в пользу инфекционной причины.

При конструировании дифференциального диагноза инфекционного заболевания первый вопрос, требовавший разрешения: в порядке ли иммунная система больного? В анамнезе каких-либо указаний на отклонения в детском возрасте не было. Поэтому рассматривался вопрос о синдроме врождённого иммунодефицита, который клинически проявляется во взрослом периоде жизни. Есть несколько форм врождённого иммунодефицита, которые проявляются у взрослых, – это хронические гранулематозные болезни, гипер-IgE-синдром, GATA2-недостаточность и общая вариабельная иммунологическая недостаточность. Все перечисленные патологии могут манифестировать как лёгочные инфекции.

Отсутствие повышения абсолютного числа эозинофилов свидетельствует против диагноза гипер-IgE-синдрома, а нормальный уровень IgG – против диагноза общей вариабельной иммунной недостаточности. Кроме того, в семейном анамнезе больного не было указаний на рецидивирующие инфекционные заболевания, а вероятность начала хронической гранулематозной болезни очень редка в 6-й декаде жизни. Другие приобретённые иммунодефициты включают такие, как ВИЧ, или экспозиция с иммуномодулирующими агентами.

Этот больной получал эмпирическую глюкокортикоидную терапию, что повышало вероятность ятрогенной иммуносупрессии. Инфекции, ассоциированные с длительным применением глюкокортикоидов и сопровождающиеся дыхательной недостаточностью, представлены *Pneumocystis jirovecii* и диссеминированной *Strongyloides stercoralis*, обе могут быть широко распространёнными в мире. Второй из указанных патогенов может вызывать тяжёлую лёгочную инфекцию, глубокую гипоксемию и смерть. *S.stercoralis* представляет собой разновидность нематод, которые могут оставаться дремлющими в течение десятилетий и затем реактивироваться как классический вариант и вызвать синдром аутоинкуляции гиперинфекции при применении глюкокортикоидов. Ларвальная форма попадает в кровотоки, что приводит к разрыву лёгочных капилляров и, как результат, к лёгочному кровотечению. В типичных случаях эти инфекции требуют терапии глюкокортикоидами в течение нескольких недель. Обсуждаемый больной получал такую терапию в течение нескольких дней.

Данному пациенту показан дальнейший поиск иммунологической недостаточности, но его анамнез не даёт достаточных оснований подозревать у него иммунодефицит. Причинами домашней пневмонии являются *Streptococcus pneumoniae*, ати-

как гепатит и электролитные нарушения, сообщений о которых не было у нашего больного, подчёркивают авторы. Более того, эффект от макролидов и хинолонов был бы ожидаем, будь легионелла причиной пневмонии у больного, чего не произошло в данном случае.

Отсутствие улучшения от применения антибиотиков широкого спектра и отрицательные микробиологические исследования давали основание исключить у больного домашнюю пневмонию и повышали вероятность необычной инфекции. Данные о том, что больной много путешествовал, позволяют думать об инфекционных болезнях, присущих тем регионам, где он побывал.

**Новая Англия.** Для этого региона характерны атипичные причины быстро развивающихся синдромов дыхательной недостаточности, таких как туляремия и хантавирусная инфекция. Клиническая картина туляремии, вызываемой *Francisella tularensis*, зависит от пути заражения. Укус клеща приводит к язвенно-глангулярной форме туляремии. Вдыхание материала, загрязнённого мелкими грызунами, вызывает тяжёлую пневмонию. Клиническая болезнь данного больного соответствовала лёгочной форме туляремии, но он заболел в холодную зиму Новой Англии, когда заражение вне помещения маловероятно. В штатах Мэн и Вермонт контакт с экскрементами белоногой мыши может привести к заражению ханта-вирусом с развитием лёгочного синдрома. Этот геморрагический синдром характеризуется быстрым развитием лёгочной недостаточности, часто сопровождающейся тромбоцитопенией и кардиомиопатией. Отсутствие у больного гематологических или сердечных симптомов делало маловероятной пневмонию, вызванную ханта-вирусом.

**Юго-Восточная Азия.** Больной посетил этот регион за месяц до обращения за медицинской помощью, хотя точные данные о времени посещения и маршруте путешествия отсутствуют. Если он ездил в Индонезию и Японию через ближневосточную страну, например Саудовскую Аравию, следует рассмотреть вероятность такого заболевания, как ближневосточный респираторный синдром (БВРС). Эта инфекция вызывается коронавирусом и имеет клинические симптомы, подобные таковым при БВРС, который может поражать иммунокомпетентных субъектов и вызывать быстро развивающуюся лёгочную недостаточность и острый респираторный дистресс-синдром. Хотя время заболевания больного и путешествия его на Ближний Восток совпадают, отсутствуют доказательства, что больной посетил этот регион и имел контакт с инфекцией.

Лёгочная инфекция, вызванная *Yersinia pestis*, возбудитель бубонной чумы, может случиться в **Индонезии**. Клинические проявления *Y.pestis*-инфекции такие же, как при туляремии. Похож и путь заражения –

лёгочная форма возникает при ингаляции материала от контаминированных мелких грызунов. Лёгочная чума крайне заразна, имеет короткий инкубационный период. Болезнь же нашего больного оказалась изолированной, никто из его коллег не заболел.

Другой патоген, эндемичный для Юго-Восточной Азии, – *Burkholderia pseudomallei*, вызывает мелиоидоз. Случаи этой болезни возникают после сильных ливней. Болезнь клинически проявляется затяжной нодулярной пневмонией с симптомами, часто характерными для туберкулёза. Случаи мелиоидоза возникают после обильных ливней, и болезнь проявляется узелковой пневмонией с симптомами, часто похожими на таковые при туберкулёзе.

Более того, инфицированные люди часто имеют далеко зашедший сахарный диабет, страдают алкоголизмом или хроническими лёгочными заболеваниями. Обсуждаемый больной не имел таких проблем со здоровьем. *Paragonimus westermani* эндемичен для Юго-Восточной Азии, может быть обнаружен в недозаваренных раках и других панцирных обитателях моря. После того как метацеркарии проглочены, они мигрируют через стенку кишки, пенетрируют диафрагму и откладывают цисты в лёгких. Отсутствие полостных образований в лёгких у больного также делает диагноз парагонимоза маловероятным. *Penicillium marneffei* грибковый патоген, эндемичный для Индонезии и Японии. Пенициллез может манифестировать как лёгочная инфекция с дыхательной недостаточностью, похожей на ту, что была отмечена у больного. Однако большинство больных с пенициллезом имеют иммунологическую недостаточность как ключевой признак, который отсутствовал у нашего больного.

**Северная Америка.** В этом регионе обсуждаемый больной живёт и там, где он путешествовал, грибковая инфекция встречается редко, но тяжёлые лёгочные заболевания могут быть приобретёнными. *Scurtosoccus*, повсеместно распространённый дрожжевой грибок, может быть причиной пневмонии. Однако *Scurtosoccus neoformans*, один из подтипов, инфицирует преимущественно иммунокомпетентных субъектов. В противоположность этому *S.gattii* может инфицировать иммунокомпетентных лиц. Больные дают клиническую картину тяжёлой нодулярной пневмонии и менингита. Этот больной не является

типичным хозяином для *S.neoformans*-инфекции, а *S.gattii*-инфекция встречается преимущественно на Западном побережье США, хотя о спорадических случаях этой инфекции сообщалось во всех регионах страны.

*Coccidioides immitis* представляет собой диморфный грибок, который может вызвать фульминантную лёгочную болезнь, но он эндемичен и географически ограничен юго-восточной частью США. Нет сведений, что обсуждаемый больной посещал эту часть страны.

Два диморфных грибка, которые эндемичны для бассейна реки Святого Лаврентия, это *Blastomyces dermatitidis* и *Histoplasma capsulatum*. Поражение лёгких является доминирующим проявлением для обеих инфекций. Примерно в 10% случаев гистоплазмоз и бластомикоз дают быстро развивающийся острый респираторный дистресс-синдром. Среди больных с ОРДС большое число тех, кто имеет иммунологическую недостаточность. У таких больных ОРДС приводит к смерти в 60-80% случаев. При исследовании трахеального секрета бластомикоз находят в высокой концентрации; в противоположность этому гистоплазма может быть выявлена только при исследовании биоптата тканей. Оба эти патогена могут диссеминировать во все органы. Гистоплазма может существовать внутриклеточно в макрофагах, её часто находят в гистиоцитах лимфатических узлов. По этой причине при рентгенологических исследованиях при лёгочном гистоплазмозе часто обнаруживают массивную медиастинальную лимфаденопатию, признак, который не типичен для больных с бластомикозом.

Таким образом, этот больной является иммунокомпетентным, с анамнезом частых путешествий, у которого развился шок и ОРДС, рефрактерный к широкому спектру антибиотиков. Анамнез, клиническое течение, находки при исследованиях с помощью визуальных техник и отрицательные результаты анализов на многие микроорганизмы позволяют предполагать, что больной заразился агрессивным, хотя и необычным патогеном. На основании всех находок можно полагать, что наиболее вероятным диагнозом является инфекция, вызванная североамериканским диморфным грибом – гистоплазмой или бластомикозом. Наличие ОРДС и мульти-

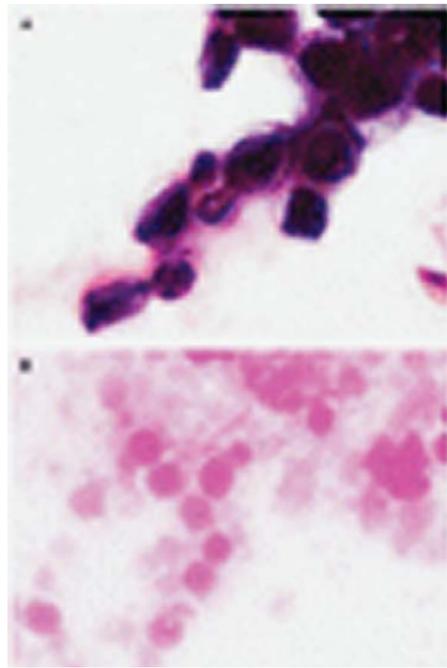


Фото 2. Гистологическое исследование биоптата легкого

лобарного уплотнения в лёгких без прикорневой лимфаденопатии делает наиболее вероятным диагноз тяжёлого бластомикоза. Для того чтобы доказать этот диагноз, предлагается провести бронхоскопию с целью получения бронхо-альвеолярной лаважной жидкости и биопсию лёгкого.

Возможен другой вариант. Больной поступил в больницу на 3-й неделе заболевания. Поступил с лихорадкой и прогрессирующей дыхательной недостаточностью. Хотя первоначальный дифференциальный диагноз был достаточно широким, ведущим диагнозом была пневмония с возможным присоединением бактериальной инфекции. Диагноз грибковой пневмонии рассматривался, так как состояние больного не улучшалось, несмотря на применение широкого спектра антибактериальной терапии. Также рассматривалась вероятность интерстициальной болезни лёгких вследствие вирусной инфекции. Учитывая тяжесть болезни и отсутствие определённого диагноза, было решено провести бронхоскопию.

**Клинический диагноз** – вирусная пневмония, осложнённая бактериальной суперинфекцией.

Альтернативный клинический диагноз – тяжёлый лёгочный бластомикоз с острым респираторным дистресс-синдромом и, возможно, с диссеминацией.

**Обсуждение данных гистологического исследования**

Бронхо-альвеолярная лаважная жидкость была получена из лингулы и верхней доли правого лёгкого и промывные воды – из карины трахеи. При окраске по Граму мазков и жидкого препарата бронхо-альвеолярной лаважной жидкости и промывных вод из карины выявлены обильные большие почкующиеся дрожжевые формы (фото 2) с небольшим количеством нейтрофилов. Рутинное и грибковое культуральное исследование для *B. dermatitidis* были положительными. Энзимный иммуноанализ сыворотки крови, проведённый на 2-й день после поступления, показал, что больной был серонегативным на бластомикоз. Однако в это время больной уже имел клинические симптомы заболевания в течение 3 недель, и серологическое тестирование на бластомикоз часто отрицательное по прошествии такого времени. Анализ сыворотки крови на 1,3-β-D-гликан был положительным – 368 рг/мл (норма < 60 пг/мл). Этот тест может быть положительным у больных бластомикозом, хотя чувствительность его может быть небольшой. Кроме того, анализ мочи на антиген гистоплазмы был положительным – более 19 пг/мл (нормальные значения ещё не определены); анализ мочи на бластомикоз не проводился. Положительный результат анализа мочи на гистоплазму совместим с диагнозом бластомикоза, потому что существует экстенсивная перекрёстная реактивность антигена бластомикоза и гистоплазмоза в анализе мочи. Так, в одном исследовании было показано, что такая перекрёстная реактивность имела место у 90% больных с бластомикозом. Таким образом, на основании результатов микробиологических исследований диагноз – пневмония, ассоциированная с *B. dermatitidis*.

(Окончание следует.)

Рудольф АРТАМОНОВ,  
профессор.

По материалу  
New England Journal of Medicine.

(Окончание. Начало в № 96 от 23.12.2015.)

Прошивать выделенные долевые сосуды проще аппаратом EndoGIA II Universal или Echelon Flex с белой кассетой. При этом технически легче подводить его под сосуд «в перевёрнутом виде», то есть не кассетой, а более тонкой ответной частью аппарата книзу. Прошивать и пересекать бронх следует сшивающим аппаратом с синей или зелёной кассетой. Извлечение из плевральной полости доли лёгкого при кистозной гипоплазии, как правило, не вызывает затруднений и может быть выполнено через расширенный троакарный вкол.

Эндоскопическая анатомическая резекция лёгкого технически сложна и требует большого количества дорогостоящих расходных материалов. Видеоассистированная лобэктомия из мини-доступа лишена этих недостатков, а течение послеоперационного периода не отличается от такового при эндоскопической лобэктомии.

Техника выполнения видеоассистированной лобэктомии была детально разработана и внедрена в клиническую практику T.J.Kirby (1993). Методика заключается в следующем. Оптическую систему вводят в 7-8-е межреберье по передней подмышечной линии и производят тщательную визуальную ревизию лёгкого. Следующий торакопорт устанавливают в 8-9-е межреберье по задней подмышечной линии. Производят выделение доли из спаек и разрушают лёгочную связку. Затем определяют межреберье, наиболее удобное для манипуляций на корне доли и по нему выполняют мини-торакотомию длиной 4-5 см, через которую проводят стандартные хирургические инструменты – ножницы, лёгочный зажим и диссекторы. Пересечение сосудов осуществляют с помощью аппарата УДО-38, с обязательной дополнительной перевязкой центральной культи сосуда. Бронх тщательно выделяют из окружающей клетчатки и лимфоузлов, затем прошивают аппаратом УДО-38 и пересекают.

Особые технические сложности представляет собой пневмоторакс, вызванный диффузной эмфиземой лёгкого. Попытки простого ушивания разрыва эмфизематозной лёгочной ткани, как правило, бесперспективны, так как каждый шов становится

## Диагностика и лечение спонтанного пневмоторакса

### Национальные клинические рекомендации Минздрава России

новым и весьма сильным источником поступления воздуха. В связи с этим следует отдавать предпочтение современным сшивающим аппаратам, использующим кассеты с прокладками, либо накладывать швы на прокладках.

В качестве прокладки могут быть использованы как синтетические материалы, например Gore-Tex, так и свободные лоскуты биологических тканей, например лоскут плевры. Хорошие результаты даёт укрепление шва аппликацией пластины Tahosomb или клеём BioGlue.

**Облитерация плевральной полости**

В «Рекомендациях Британского общества торакальных хирургов», (2010) обобщены результаты работ 1-го и 2-го уровня доказательности, на основе которых сделан вывод о том, что резекция лёгкого в сочетании с плеврэктомией является методикой, обеспечивающей наименьший процент рецидивов (~ 1%). Торакокопическая резекция и плеврэктомия сравнимы по частоте рецидивов с открытой операцией, но более предпочтительны с точки зрения болевого синдрома, длительности реабилитации и госпитализации, восстановления функции внешнего дыхания.

**Методы облитерации плевральной полости**

Химический плевродез при торакокопии выполняется нанесением склерозирующего агента – талька, раствора тетрациклина или блеомицина – на парietальную плевру. Преимуществами плевродеза под контролем торакокопии является возможность обработки склерозирующим агентом всю поверхность плевры и безболезненность процедуры.

Можно выполнить механический плевродез, используя специальные торакокопические инструменты для абразии плевры или, в более простом и эффективном варианте, кусочки стерилизованной металлической губки, применяемой в быту для мойки посуды. Механический плевродез, выполняемый протиранием плевры тупферами, неэффективен из-за быстрого их смачивания и не может быть рекомендован к применению.

Физические методы плевродеза также дают хорошие результаты, они просты и весьма надёжны. Среди них следует отметить обработку парietальной плевры электрокоагуляцией – при этом более целесообразно использовать коагуляцию через смоченный физиологическим раствором марлевый шарик; такой способ плевродеза характеризуется большей площадью воздействия на плевру при меньшей глубине проникновения тока. Наиболее удобными и эффективными способами физического плевродеза является деструкция парietальной плевры с помощью аргоно-плазменного коагулятора или ультразвукового генератора.

Радикальной операцией для облитерации плевральной полости является эндоскопическая плеврэктомия. Эту операцию следует выполнять по следующей методике. С помощью длинной иглы вводят субплеврально физиологический раствор в межрёберные промежутки от верхушки лёгкого до уровня заднего синуса. Вдоль позвоночника на уровне рёберно-позвоночных сочленений рассекают парietальную плевру на всём протяжении с помощью электрохирургического крючка. Затем рассекают плевру по самому нижнему межреберью на уровне

заднего диафрагмального синуса. Угол плевральной лоскута захватывают зажимом, плевральный лоскут отслаивают от грудной стенки. Отслоенную таким образом плевру отсекают ножницами и удаляют через торакопорт. Гемостаз осуществляют при помощи шарикового электрода. Предварительная гидравлическая препаровка плевры облегчает выполнение операции и делает её более безопасной.

**Особенности хирургической тактики при пневмотораксе у пациентов с экстрагенитальным эндометриозом**

У женщин СП причиной заболевания может быть экстрагенитальный эндометриоз, который включает в себя имплантаты эндометрия на диафрагме, парietальной и висцеральной плевре, а также в лёгочной ткани. Во время операции при выявлении поражения диафрагмы (фенестрация и/или имплантация эндометрия) рекомендуется использовать резекцию её сухожильной части или ушивание дефектов, пликацию диафрагмы или пластику синтетической полипропиленовой сеткой, дополняемые костальной плеврэктомией. Большинство авторов считают необходимым проведение гормональной терапии (даназол или гонадотропин-рилизинг-гормон), целью которой является подавление менструальной функции и, предотвращение рецидивов пневмоторакса после перенесённого оперативного вмешательства.

Под редакцией заведующего кафедрой торакальной хирургии Российской медицинской академии последипломного образования профессора Кирилла ЖЕСТКОВА.

Попытка сегодня сэкономить на здравоохранении может в дальнейшем обернуться для государства гораздо большими финансовыми затратами. На примере хирургической службы это убедительно показывает президент Московского НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ Александр ЕРМОЛОВ. На протяжении 22 лет профессор Ермолов был главным хирургом столичного Департамента здравоохранения, несколько лет – главным специалистом по скорой помощи Минздрава России, а значит, имеет достаточный опыт врача и организатора, чтобы давать точные оценки результатам проводимой реформы отрасли и строить прогнозы её конечной эффективности.

– Александр Сергеевич, вам доводилось организовывать оказание скорой помощи в ситуациях чрезвычайных происшествий с большим числом пострадавших. Можете ли дать оценку: в настоящее время логистика оказания экстренной медицинской помощи в стране сохранена? Вопрос не праздный, мы сейчас опять переживаем не самое спокойное время...

– Я пришёл работать директором НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского в 1992 г., в очень неспокойный и для страны, и для Москвы период. То взрыв жилого дома, то расстрел здания парламента. Это, кстати, была самая страшная эпопея, тогда мы за сутки 3-4 октября 1993 г. прооперировали 195 тяжелейших пациентов с огнестрельными и другими ранениями. Произошло подобное и в начале 2000-х, взять хотя бы трагедию на Дубровке.

Мы действительно начали забивать о подобных рисках, ведь в последние годы ситуация в стране была стабильная, и казалось, можно расслабиться. Но, например, в Москве, вся организационная схема, которая была сформирована в 90-е, не отменена до сих пор. Созданный тогда московский научно-практический центр экстренной медицинской помощи (ЦЭМП) существует, городская служба скорой помощи по-прежнему настроена на возможность таких событий, а в Институте Склифосовского есть бригады, которые находятся в постоянной готовности оказывать помощь пострадавшим в непосредственной близости к месту чрезвычайного происшествия.

Важно, чтобы в каждом регионе России органы здравоохранения имели расчётную модель оказания экстренной помощи пострадавшим в ЧС для её реализации в условиях реальных обстоятельств.

**– Перейдём от эпохи катастроф к эпохе перемен, которая в российском здравоохранении тянется уже не одно десятилетие. Что приобретает, а что теряет наша медицина в результате происходящих реформ?**

– Нельзя отрицать тот факт, что эта реорганизация в определённой мере способствовала лучшему техническому оснащению лечебных учреждений. Но, с одной стороны, мы в течение последних лет создавали хорошую материально-техническую базу, а с другой стороны, теряли специалистов. Не секрет, что произошло серьёзное сокращение опытных сотрудников и в стационарах и в поликлиниках.

**– Это называется «оптимизация».**

– Возможно, только эта оптимизация происходит не без потерь. Да, современные медицинские технологии позволяют оказывать помощь пациентам в более короткие сроки. Если раньше мы должны были больного с острым аппендицитом держать на стационарной койке 7 суток, то сегодня, применяя эндоскопические методы хирургии, используя современную антибактериальную терапию, можем его выписать на 3-4-й день. А опыт зарубежных клиник говорит

о том, что ряд хирургических больных после операции вообще могут находиться в стационаре лишь несколько часов.

И российская система обязательного медицинского страхования, которая оплачивает работу стационара, создаёт финансовые условия к тому, чтобы срок пребывания пациента на больничной койке сокращался. Но неизбежно возникает вопрос, а куда этот больной выписывается? Не все пациенты имеют дома достаточно хорошие

условия, чтобы находиться там в ранние сроки после операции. И если мы ориентируемся на зарубежный опыт, давайте копировать его полностью, а не фрагментарно.

В Австралии я увидел: выписывают больного через сутки после резекции толстой кишки. Прошу разрешить мне поехать с ним, чтобы посмотреть, в каких условиях он будет долечиваться. Везут пациента не родственники, а бригада санитаров больницы на хорошо оборудованном санитарном автомобиле. Приезжаем, а дома уже стоит функциональная кровать, её тоже доставили из клиники. Не успели мы привезти больного, как появляется медсестра, ставит капельницу. Оказывается, она будет приходить дважды в день, а врач – через день. И так до выздоровления пациента.

## Наши интервью

# Реформа и риск: что их объединяет?

Медицина очень чувствительна к переменам. Как ей не навредить?



условия, чтобы находиться там в ранние сроки после операции. И если мы ориентируемся на зарубежный опыт, давайте копировать его полностью, а не фрагментарно.

В Австралии я увидел: выписывают больного через сутки после резекции толстой кишки. Прошу разрешить мне поехать с ним, чтобы посмотреть, в каких условиях он будет долечиваться. Везут пациента не родственники, а бригада санитаров больницы на хорошо оборудованном санитарном автомобиле. Приезжаем, а дома уже стоит функциональная кровать, её тоже доставили из клиники. Не успели мы привезти больного, как появляется медсестра, ставит капельницу. Оказывается, она будет приходить дважды в день, а врач – через день. И так до выздоровления пациента.

**– Кто оплачивает такую систему долечивания, сам больной?**

– Нет, страховая компания. Это же гораздо дешевле в сравнении с пребыванием пациента в хирургическом стационаре.

К сожалению, в нашей стране такой подход даже не рассматривается. Зато существует целый ряд организационно-финансовых ограничений, связанных с объёмом оказания медицинской помощи. Высокие технологии доступны не всем, кто в них нуждается. Нет расходных материалов, не хватает хороших лекарственных препаратов, что ведёт к необходимости использовать более простые и не всегда достаточно эффективные методы лечения. Думаю, что для государства это – серьёзные потери в будущем, потому что плохо репарированный и не очень хорошо фиксированный, по современным меркам, перелом может привести к инвалидности человека, а инвалидность – это потеря трудовых ресурсов государства и необходимость платить нетрудоспособному человеку пенсию.

**– Как вы думаете, кто-нибудь просчитывает отдалённые по-**

терии, прежде чем принять сегодняшние решения об «оптимизации» расходов на здравоохранение?

– Сомневаюсь, что это просчитывается в полном объёме. Тем более с учётом разницы в возможностях для населения такой огромной страны получить качественную медицинскую помощь: одно дело в столице, где есть и городские, и федеральные лечебные учреждения, и другое – на периферии, где у людей зачастую выбора нет.

На протяжении 22 лет, будучи главным хирургом Москвы, я анализировал оказание экстренной хирургической помощи при заболеваниях органов живота. Это почти 70% от числа больных, которые лечатся в хирургических стационарах. Так вот, за период с 1992 по 2014 г. летальность при этих нозологиях в Москве снизилась почти в 4 раза: в 1993 г. была 4,7%, в 2013 г. стала 1,2%. Увы, данные по регионам России далеки от этих результатов. Опыт показывает, что система ОМС уже сегодня не полностью оплачивает учреждения их реальные расходы на оказание медицинской помощи. Что будет дальше, когда произойдёт окончательный переход на одноканальное финансирование из системы ОМС и на зарплату, и на лекарства, и на приобретение медицинского оборудования, даже представить трудно.

Мы получаем возмещение расходов на оказание помощи пациенту по усреднённым МЭСам, при том что затраты на хирургическое лечение 20-летнего больного и 70-летнего – не одно и то же. При той же нозологической форме расходов на лечение пожилого человека с учётом сопутствующих заболеваний, «изношенности» организма и его реакции на хирургическую травму могут и в 3, и в 5 раз превышать установленный стандарт, а системы полноценной, объективной калькуляции на сегодняшний день не существует. Это, в частности, ведёт к ограничению лекарственной терапии не только по срокам, но и по набору используемых препаратов.

**– Недавно в интервью «МГ» академик Аганбегян сказал: одна из главных проблем современной России в том, что бюджет составляет не Минэкономразвития, как это должно быть, а Минфин. То есть мы пьем не от потребностей, а от возможностей во всех сферах экономики, включая здравоохранение.**

– Раньше это называлось «финансирование по остаточному принципу». Мне попалась на глаза статья о том, что якобы Министрство финансов считает целесообразным на каждого жителя нашей страны заложить в бюджет не больше 4 бесплатных вызовов скорой помощи в год. Я не разговаривал об этом с руководителями Минздрава и не знаю их реакции на подобные предложения, но, по моему мнению, это полный абсурд.

Существует целый ряд заболеваний, например, тяжёлая форма бронхиальной астмы, при которых

вызов «скорой» требуется 4 раза в месяц, и все эти вызовы обоснованные. Я думаю, не все люди смогут оплатить «лишний» вызов «скорой». Может быть, в масштабах государства такое предложение имеет экономическое обоснование, но жизни человеческие мы на этом, несомненно, потеряем.

Кто-то придумал, что по полису ОМС можно обратиться к участковому терапевту 8 раз в год. А если нужно больше, то платно? Тоже абсурдная идея.

С недоумением воспринимаю предложения закрыть кабинеты лечебной физкультуры, потому что они нерентабельны. Так могут рассуждать только те, кто не знает, что без лечебной физкультуры, например, перелом ключицы заканчивается отведением плеча на 45°. В лучшем случае человек сможет поднести ложку ко рту и причесться, нагнув голову, а больше ничего. Государству ЛФК экономически не выгодно... Но пациенту-то выгодно! Любые деньги, которые требуют здравоохранение, должны быть ему предоставлены, в противном случае народ окажется в том состоянии, что это государству дороже обойдётся.

**– Александр Сергеевич, в тот период, когда вы были главным хирургом Москвы, заметно снизились «плохие» показатели в ургентной хирургии. За счёт чего? Было больше денег в отрасли?**

– Действительно, общая летальность при острой хирургической патологии органов брюшной полости в 1993-1997 гг. составляла 3,7%, а в 2008-2013 гг. сократилась до 1,5%. Послеоперационная летальность была 4,3%, а стала 1,6%.

Нельзя сказать, что это я такой замечательный главный хирург, который встал во главе службы, и сразу всё выправилось. Во-первых, вся медицина вообще изменилась. Диагностика стала другой с появлением рентгеновского компьютерного томографа и ультразвука, а значит, сократилось время на принятие решения об операции. Анестезиология стала другой. Когда-то мы считали, что операция, которая идёт больше 3 часов, сама по себе опасна потому, что это длительный наркоз. Теперь трансплантологи выполняют операции по 15-20 часов, и анестезия позволяет это делать.

Антибактериальная терапия сделала рывок: если сегодня поступит больной с аппендикулярным перитонитом, то всё не так страшно: мы используем замечательной силы антибиотики, выполним операцию, проведём энтеросорбцию, аппаратную детоксикацию и человека спасём. А раньше при этой патологии летальность достигала 20%.

Изменились объёмы вмешательства: мы теперь не очень боимся оставить операцию незавершённой, вывести кишечную петлю,

позже наложить анастомоз – иногда это безопаснее.

Всё это в комплексе плюс достаточное финансирование и некоторые организационные решения привели к хорошим результатам в ургентной хирургии. Возьмём острый аппендицит: летальность в 1993-1997 гг. в Москве была 0,4%, а в 2008-2013 гг. уже 0,1%, меньше в 4 раза! А больных за это время прооперировано более 276 тыс.

В то же время есть показатели, не зависящие от усилий хирургической службы. Например, в пятилетку 1993-1997 гг. количество случаев острого панкреатита составляло 21,9% в структуре всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, а аппендицита – 29,5%. В 2008-2013 гг. доля панкреатита выросла до 25%.

**– Чем это вызвано? Ростом алкоголизации населения?**

– Не думаю. Я вообще не согласен с утверждением, что этим заболеванием страдают преимущественно пьющие люди. В 1957 г., по окончании медицинского института я поехал работать на Север, в Центральную больницу комбината «Воркутауголь». Кстати, хирургическое отделение располагалось в бараке одного из бывших лагерей, и на 200 тыс. населения города оно было единственное. Проработал я там 3 года и за это время видел только двоих больных с острым панкреатитом. При том, что народ, живший там в те годы, нельзя назвать непьющим, а ассортимент алкогольных напитков в магазинах состоял из двух наименований – спирт питьевой и шампанское. И не было панкреатита! В Москве же мы за 22 года прочлели 223 тыс. пациентов с этим заболеванием. Интересный предмет для отдельного анализа...

Возвращаясь к разговору о показателях работы хирургической службы. Недавно я получил статью от хирурга, профессора из областного центра, не очень далеко расположенного от Москвы. Не буду называть регион, но там летальность при ущемлённой грыже – 15%. Объяснение такое: не во всех районах области есть квалифицированные хирурги, приходится вызывать санавиацию, везти больного в областной центр и там оперировать. Сравните: в столице летальность при ущемлённой грыже в 1993 г. составляла 12,3%, сегодня – 1,3%. Эти цифры говорят, что можно добиваться серьёзных успехов, если прицельно заниматься данным направлением. Там же, где новые технологии не внедряются, где хирургов не хватает, показатели, естественно, другие.

Роль главного хирурга – быть вдохновителем: врачам необходимо знать, к чему они должны стремиться. Если перед человеком не ставить задачу, не показывать, что где-то хорошо, а у тебя пока не очень, он лучше работать не станет. Мне довелось побывать во многих странах, и я убедился: квалификация российских врачей не хуже, а зачастую превосходит опыт зарубежных коллег. Нужны только условия, чтобы этот опыт реализовать.

Мне очень нравится молитва Моше бен Маймона, иудейского врача, которая написана в XII веке: «Господи, не допускай, чтобы жажда наживы и славы вела меня по избранному пути. Укрепи силы сердца моего, чтобы оно могло одинаково отвечать на страдания бедного и богатого, добро и зло, помогать одинаково другу и врагу. Научи меня терпеливости и спокойствию, когда больной непослушен или оскорбляет, а лечебные средства несостоятельны. Сделай меня умеренным в моих суждениях и действиях, но только не в знаниях, ибо в последнем я хочу остаться ненасытным. И пускай далёкой от меня останется мысль о том, что я всё знаю и умею». XII век, а как современно...

Беседу вела  
Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Как известно, наше тело состоит из сотен триллионов клеток. Каждая клетка, в свою очередь, содержит набор генов, в сумме составляющий геном. У человека в каждой клетке содержится около 25 тыс. разных генов (причём они продублированы: одна копия каждого гена пришла от отца, другая от матери). Иногда в генах возникают мутации, нарушающие их нормальную работу. Такие мутации могут привести к развитию генетического заболевания или появлению неуправляемо делящихся клеток (развитию опухоли), так как изменённый ген не передаёт нужную информацию организму. Для определения изменений в генах используют генетическое тестирование – получение информации о последовательности ДНК с помощью различных молекулярно-биологических методов. Об этом и многом другом рассказал проректор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова по научной работе, эксперт в области молекулярной биологии и медицинской генетики профессор Денис РЕБРИКОВ, прочитавший актовую лекцию в рамках Первого молодёжного инновационного форума стран БРИКС и ЕАЭС.

страны находятся в затруднительном положении, разрабатывая законодательную базу для такого неравноправия.

### Сколько стоит ваше здоровье?

В результате анализа генотипу конкретного человека можно будет дать «оценку качества». В том числе и в денежном выражении. Представим, что, зная слабые стороны организма человека, можно оценить его затраты на лечение в течение жизни. Например, есть

### Медицина будущего

В настоящее время стремительно развивается генная терапия. Её применяют в двух направлениях: борьба с моногенными и онкологическими заболеваниями. К моногенным заболеваниям относится, например, фенилкетонурия, когда в организме человека не работает ген, отвечающий за расщепление фенилаланина. В период грудного вскармливания дети с фенилкетонурией нормально растут и развиваются, поскольку материнское молоко содержит минимальное количество этой аминокислоты. По

### Вехи

## Экспертиза на высшем уровне

**Кафедра судебной медицины и медицинского права Московского медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова исполнилось 45 лет.**

В связи с этим событием в университете состоялась научно-практическая конференция с международным участием коллег и гостей юбиляров. Хотя кафедра, образованная в 1970 г., является одной из молодых по своему основному профилю в России, к настоящему времени её представителями защищено 15 докторских и около 80 кандидатских диссертаций по судебной медицине. Столь впечатляющий научный результат по праву ставит её в ряды одной из передовых научных школ.

– Судебная стоматология, возникшая на основе судебной медицины и науки о зубопротезировании, к концу XX столетия окрепла, набрала силы, новейшие исследования в этих профессиях позволили ей прочно войти в современную экспертную практику, – сказал, открывая конференцию, заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, профессор Павел Ромодановский. – В разные годы нашей кафедрой заведовали такие крупные отечественные учёные, как профессора Б.Свадковский, В.Томилин и Г.Пашинян.

Среди многочисленных коллег, поздравивших кафедру с юбилеем, были директор РЦСМЭ Андрей Ковалёв, заведующие кафедрами судебной медицины и права всех медицинских вузов столицы, начальники Бюро судебно-медицинской экспертизы.

Автор этого материала в своё время был близко знаком с первым заведующим кафедрой судебной медицины МГМСУ профессором Б.Свадковским. Именно Борис Сергеевич ещё в 70-е годы оказал значительную помощь Владимирскому бюро СМЭ в ряде практических вопросов, в том числе и при установлении по следам зубов (от укусов на телах жертв), сексуального маньяка С., о преступлениях которого не столь давно был снят документальный телефильм «Следствие вели...»

Как отметил начальник Владимирского бюро СМЭ Александр Семёнов, с тех пор между кафедрой МГМСУ и нашим бюро возникли тесные дружеские связи, а с 2007 г., по инициативе кафедры, во Владимире и Суздале было проведено 8 научно-практических конференций с приглашением судебно-медицинских экспертов и учёных по нашей специальности со всей России и зарубежных стран – Казахстана, Армении, Белоруссии, Германии.

К настоящему времени кафедра судебной медицины и медицинского права МГМСУ им. А.И.Евдокимова, в которой преподавательской и научной деятельностью занимаются 18 сотрудников, из них 5 профессоров и 7 доцентов, активно разрабатывает ряд актуальных проблем судебной медицины. Наиболее приоритетными направлениями деятельности дружного профессионального коллектива являются вопросы идентификации личности при чрезвычайных происшествиях, связанных с массовыми человеческими жертвами, проблемы правовой защиты врачей, экспертной оценке неблагоприятных исходов в медицинской практике.

**Марк ФУРМАН,**  
кандидат медицинских наук,  
заслуженный врач РФ.

### Во имя профилактики

На сегодняшний день у генетического тестирования очень широкий спектр применения. В первую очередь его используют для выявления наследственных заболеваний человека. Сегодня известно более 200 моногенных заболеваний. Наиболее распространённые из них – фенилкетонурия, муковисцидоз, миодистрофия Дюшенна – Беккера и др.

Ещё одно направление использования генетического тестирования – это создание персональных рекомендаций для человека в зависимости от того, что «написано» в его ДНК. Это направление относят к предиктивной медицине – виду медицины, при котором врачи, обследуя человека, могут указать на слабые места в конструкции его организма и предугадать заболевания.

Таким образом, если человек заранее – в молодом возрасте – узнаёт, что, например, его сердечно-сосудистая система является «слабым звеном» организма, он сможет своевременно предпринять действия по профилактике развития заболеваний данной системы. К этому же направлению можно отнести фармакогенетику (науку о метаболизме лекарств в зависимости от генетических особенностей индивида). Есть люди с разной скоростью выведения лекарств из организма, поэтому действующую концентрацию веществ необходимо подбирать индивидуально. Для этого также используют генетическое тестирование. По требованиям Федерального агентства по лекарствам США, на сегодня более 30 видов препаратов требуют обязательного предварительного генетического тестирования перед назначением их пациенту.

### На работу по ДНК

В ближайшем будущем геном каждого человека будет записан

### Перспективы

# Код генома

## Будущее современной генетики

в его электронной медицинской карте и, исходя из анализа генома, люди будут знать сильные и слабые стороны своего организма. И как следствие понимания этого факта, может возникнуть генетическая дискриминация: деление людей на группы по генотипам.

История человечества ходит по кругу, и в разные эпохи возникает разделение людей по разным принципам. Современное человечество стоит на пороге генетической дискриминации. Например, вполне вероятно дискриминация при трудоустройстве: многие работодатели при приёме сотрудников на «вредное» производство (например, на металлургические заводы, шахты, где на здоровье человека оказывают влияние негативные факторы среды и их невозможно исключить полностью), хотели бы знать, насколько организм работника окажется устойчив к профессиональным заболеваниям.

Если же организм работника не справится, то работодатель будет обязан компенсировать ему лечение, что принесёт убыток заводу (и, заметим, заболевание самому работнику). В данной ситуации непонятно, справедливо ли действует социум, деля людей на основе их генетических особенностей: с одной стороны, человека не берут на работу, а с другой – это откуп для его же блага. Некоторые



Денис Ребриков

люди, у которых генетически очень хорошие зубы, почти не портятся, даже при низкой гигиене полости рта. А у других, пусть даже при высоком уровне гигиены, зубы почему-то разрушаются. Это вклад генетических факторов. Получается, что, изучив генотип человека, можно подсчитать, сколько денег человек потратит за всю жизнь на посещение стоматологов.

Конечно, это условный пример. Многие следствия «генетической дискриминации» сейчас даже сложно представить. Но уже надо думать над решением назревающей проблемы.

Записала  
Анна ЛОХТИНА.

### Тенденции

# Электроды против боли

## Они могут избавить и от головных страданий

**Специалисты Челябинской областной больницы освоили новую методику, до сих пор применяемую только в крупнейших федеральных центрах нейрохирургии. Эпидуральная нейростимуляция – интервенционное вмешательство является альтернативой хирургическим манипуляциям. С помощью вживлённого электрода пациент способен полностью или частично избавиться от болевых ощущений. Знакомят челябинских докторов с новой методикой врачи из НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко (Москва).**

«Пациенту имплантируется небольшое устройство, с помощью которого он может контролировать состояние, – пояснил Эмиль

Исагулян, старший научный сотрудник НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. – С помощью пульта он включает прибор и в зону боли идёт вибрация. Конечно, боль полностью не устранить, но по крайней мере с помощью такого метода можно уменьшить страдания и контролировать уровень боли, а также уменьшить количество обезболивающих препаратов и даже в некоторых случаях отказаться от лекарств».

Челябинец Евгений Величко более 6 лет страдает от постоянной боли в повреждённой руке. Он – один из первых 6 пациентов, которых прооперировали сегодня в ходе мастер-класса.

«С 2010 г. пульсирующая, жгущая боль постоянно. Уже оперировали, канал нерва чистили, не помогло. Сейчас обезболи-

вающие препараты принимаю, дозировку уже до максимальной суточной дозы довели – дальше некуда. Ради того, чтобы боли этой не было, готов на что угодно, вот операцию предложили, так я с радостью, а вдруг поможет?»

Стимуляция способна даже усилить темп производства организмом собственных натуральных «анальгетиков» (эндорфинов) и таким образом вызвать ослабление боли на более длительный период (даже после отключения системы).

«Как и при любом серьёзном вмешательстве в работу организма, здесь существуют противопоказания, – рассказал главный нейрохирург Минздрава Челябинской области Сергей Пашнин. – Имплантация электродов для уменьшения боли противопоказана

пациентам с имплантированным водителем сердечного ритма, беременным женщинам и детям».

В областной больнице приобрели сразу 11 устройств для многократного использования. Для полноценных операций теперь придётся покупать только расходные материалы (вживляемые пациенту электроды).

В наступающем году такие операции планируется поставить на поток по программе высокотехнологичной медицинской помощи. Чтобы получить спасение от изнурительной боли, южноуральцам не придётся ждать очереди в федеральных центрах Москвы и Санкт-Петербурга.

Наталья МАЛУХИНА,  
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

В Центральном научно-исследовательском институте туберкулёза состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Фундаментальные и прикладные исследования туберкулёзной инфекции: проблемы и пути решения» с проведением школы молодых учёных. В ней участвовали около 200 человек, среди которых представители Российской академии наук, Федерального агентства научных организаций России, Минздрава России.

В настоящее время ЦНИИТ курирует противотуберкулёзные учреждения 15 территорий, главные врачи которых также присутствовали на форуме. Специалисты обсудили актуальные вопросы фтизиатрии, в том числе аспекты современных исследований функциональной морфологии лёгких, новые подходы к исследованиям биоптатов и резектатов лёгких, инновационные методы лечения экспериментального туберкулёза на основе адресной доставки лекарств, результаты исследований новой отечественной противотуберкулёзной вакцины и т.д.

Объединяющим началом форума стало имя члена-корреспондента РАН, заслуженного деятеля науки РФ Владислава Ерохина, целиком и полностью посвятившего себя служению фтизиатрии и, к сожалению, год назад ушедшего из жизни. Специально к этой памятной дате приурочено издание трудов ЦНИИТ «Туберкулёз в XXI веке: проблемы и пути решения», а также фильм о В.Ерохине и видеоролик, подготовленный саратовскими фтизиатрами во главе с ученицей и другом Владислава Всеволодовича, доктором медицинских наук, профессором Т.Морозовой. Надо отметить, что на конференции присутствовали вдова учёного Людмила Сергеевна, его дочь Мария, сотрудник ЦНИИТ и последователь своего знаменитого отца, выступившая с докладом о проблеме развития устойчивости соматических клеток к противотуберкулёзным препаратам.

О жизни талантливого учёного в области патоморфологии, диагностики и лечения туберкулёза и заболеваний органов дыхания, крупного организатора здравоохранения, в течение 15 лет занимавшего пост директора ЦНИИТ, о его вкладе в развитие фтизиатрии рассказал в своём докладе директор Центрального НИИ туберкулёза профессор Атаджан Эргешов.

## Итоги и прогнозы

# Держать марку нелегко

## Но центральному НИИ туберкулёза это удаётся



В рамках конференции вспомнили о делах, направлениях, которые В.Ерохин развивал с поддерживал, да и вообще обо всем позитивном, что связано с его именем. Член-корреспондент РАН, начальник отдела медицинских наук – заместитель академика-секретаря РАН Валерий Береговых, отметил вклад В.Ерохина в развитие фтизиослужбы страны, подчеркнул, что туберкулёз является сегодня серьёзнейшей общемировой проблемой. И все, кто находится на переднем крае борьбы с этой фатальной инфекцией, выполняет поистине святой труд. Туберкулёз мимикрировал, выработал резистентность к известным лекарственным средствам, которые ранее помогали, «объединился» с ВИЧ-инфекцией. Всё это усугубляет ситуацию и утяжеляет работу специалистов.

Заместитель начальника Управления координации и обеспечения деятельности организаций в сфере медицинских наук, охраны здоровья, образования и культуры Федерального агентства научных организаций РФ Дмитрий Янкевич высоко оценил роль ЦНИИТ, назвав его пионером в области фтизиатрии в нашей стране. В самые непростые времена это учреждение успешно боролось с туберкулёзом. И ситуацию удавалось выправить, улучшить её, взяв туберкулёз под контроль. Поэтому фтизиатриче-

ская служба является передовой, одной из лучших в мире. ЦНИИТ всегда имел статус головного института, с него начиналась борьба с туберкулёзом в союзных республиках. И сегодня взаимодействие со странами СНГ продолжается.

Специальный представитель ВОЗ в РФ Гайк Никогосян, хотя и не был знаком с Владиславом Всеволодовичем, уверил, что Ерохин признан далеко за пределами России. Он много сделал как для отечественного, так и для мирового здравоохранения. Благодаря предпринятым фтизиатрами шагам РФ сегодня демонстрирует высокий уровень борьбы с туберкулёзом, что находится, в том числе, отражение в стабильно высоком и растущем финансовом обеспечении. В стране уже достигнуты показатели Целей тысячелетия по туберкулёзу. Показатели заболеваемости, распространённости и смертности снижаются быстрее по сравнению с большинством других стран с высоким бременем этого недуга. Согласно политике ВОЗ, одним из важных направлений является повышение уровня эффективности лечения больных. Выступавший с удовлетворением отметил, что политика РФ, Минздрава России находится в русле рекомендаций ВОЗ: «Мы надеемся, что РФ направит дальнейшие усилия

на повышение эффективности лечения, а также на совершенствование системы выявления, персонифицированного учёта и мониторинга больных. В 2014 г. принят исторический документ ВОЗ – новая Глобальная стратегия по ликвидации туберкулёза. А в конце 2015 г. на заседании регионального комитета Европейского бюро ВОЗ принят новый план действий по борьбе с туберкулёзом. Он направлен на предотвращение возникновения и распространения туберкулёза и МЛУ-ТБ с ориентирами на 2020 г.: сокращение смертности – на 35%, уменьшение числа новых случаев – на 25% и успешное лечение 70% всех диагностированных больных с устойчивыми формами туберкулёза. Дальнейшее сотрудничество ВОЗ и РФ будет способствовать достижению согласованных целей. И в этом большую роль играют сотрудничающие центры ВОЗ. Кстати, ЦНИИТ с 1998 г. является Сотрудничающим центром ВОЗ по туберкулёзу и остаётся последовательным и эффективным партнёром».

Научный руководитель Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулёзом академик РАН Виталий Литвинюк, работавший и друживший с В.Ерохиным в течение 30 лет, отметил, что в первую очередь Владислав Всеволодович – учёный. Конечно, институт выполняет организационные, лечебные, методические, другие функции, что важно, но всегда в приоритете здесь наука. Так и должно быть. До последних дней В.Ерохин и сам занимался фундаментальными исследованиями и поддерживал коллег-учёных.

Главный фтизиатр Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор И.Васильева отметила, что Минздрав России высоко оценивает вклад сотрудников ЦНИИТ в общее дело по решению сложной проблемы туберкулёза в нашей стране. В течение 25 лет она трудится в ЦНИИТ, и всё это время В.Ерохин в качестве учёного придавал развитию и постоянному совершенствованию фундаментальной нау-

ки огромное значение, осознавая, сколь это важно для медицинской практики. Являясь дальновидным руководителем, ещё в конце 1990-х годов, когда эта проблема только заявила о себе, выступил инициатором создания центра по борьбе с МЛУ-ТБ. Он понимал важность быстрых методов диагностики туберкулёза и внедрял их не только в институте, но и в рамках всей страны. Благодаря его поддержке отечественные разработки получили признание в мире, в частности признание ВОЗ.

– Он невероятно любил свою работу, институт, коллектив, стремился к новым решениям, был готов поддержать инициативу и всегда направлял коллектив на развитие, – отметила Ирина Анатольевна. – Это был человек богатейшей души, терпеливый, умеющий выслушать, посоветовать, помочь. На его примере мы, его ученики, учились работать, жить, учились доброжелательному отношению к людям.

Владислав Всеволодович не был закрытым для прессы, в частности, дружил с «МГ», неоднократно бывал у нас в гостях. Участвовал в научных дискуссиях на самые разнообразные темы, никогда не уходил от неудобных вопросов. Понимая важность притока в профессию молодых, инициировал конкурс «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века», стремительно набирающий сегодня популярность. Будучи строгим, серьёзным в науке, в жизни он был очень дипломатичным, добрым, отзывчивым. Его высочайший профессионализм соседствовал с необыкновенным человеколюбием и порядочностью. Благодаря ему ЦНИИТ остаётся и сейчас наиболее авторитетным и влиятельным учреждением в России, имеет заслуженный авторитет за рубежом. Думается, своей жизнью В.Ерохин задал вектор дальнейшего развития института и отечественной фтизиатрии в целом на многие годы.

**Александр ИВАНОВ,**  
обозреватель «МГ».

**Фото**  
**Александра ХУДАСОВА.**

## Акценты

В конференц-зале Алтайской краевой клинической детской больницы состоялась межрегиональная конференция «Актуальные вопросы детской хирургии».

Выдающиеся специалисты, чьи имена известны далеко за пределами России, поделились опытом с новым поколением хирургов, педиатров и неонатологов. Врачи со всей Сибири обсудили современные методики хирургического лечения.

Практическое здравоохранение и высшее образование для кафедры хирургии – это неразделимые понятия. В 1970 г. курс «Детская хирургия» развернули в краевой больнице на базе двух отделений: детской хирургии и детского ортопедотравматологического отделения. Студенческий научный кружок был орга-

# Тандем врачей

## Он стимулирует работу в детской хирургии

низован в 1974 г. С первых же лет занятий в кружке студенты участвовали в научных конференциях, проводимых по всей стране, неоднократно становясь победителями.

По словам главного врача Детской городской клинической больницы № 7 В.Токарева, детская хирургия – это тандем хирургов, анестезиологов-реаниматологов и педиатров. Ведь послеоперационный период выхаживания, последующее на-

блюдение и ведение ребёнка – единый комплекс, поставить на ноги ребёнка, избавить его от болезни. Порой период выздоровления может длиться и несколько лет.

Такие научные работы сотрудников клиники детской хирургии, основанные на практике, как «Научная разработка и внедрение криогенного метода в детской хирургии» и «Разработка методов диагностики и лечения атрезии пищевода у детей» были

удостоены звания лауреата премии Алтайского края в области науки и техники в 2000 и 2007 гг.

По словам выпускника педиатрического факультета, а ныне заведующего кафедрой детской хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии АГМУ, заведующего хирургическим отделением краевой детской клинической больницы Барнаула, профессора Ю.Тена, когда он только начинал работу в системе здравоохра-

нения, летальность при пороках новорождённых была практически 100%, а сейчас почти все выживают. Рак считался приговором, в настоящее же время большинство больных с таким диагнозом поправляются.

– Благодаря разрешению актуальных проблем здравоохранения через научные исследования, совмещение учебного процесса в АГМУ и непрерывной работе специалистов в краевой детской клинической больнице детскую хирургическую службу Алтайского края удалось поставить на высокий уровень, – считает заместитель губернатора Алтайского края Даниил Бес-сарбов.

**Елена ЛЬВОВА,**  
**МИА Сити!**

Барнаул.

Перспективы

# ДНК-редактор

Евгений Рогаев давно уже провёл ДНК-анализ, с точностью до одной «буквы» ген-кода, определив мутацию, вызвавшую гемофилию у царевича Алексея. Одновременно с этим сотрудница Института общей генетики РАН рассказала о старте программы «ДНК – идентификация». Предполагается, что «за 5 лет... будут разработаны... геномные технологии идентификации личности и индивидуальных особенностей человека». В след этому обещаю специалисту того же института рассказал о генофонде балто-славянских народов и их языков на основе данных генетиков и лингвистов.

У годовалой Лайлы ремиссия лейкемии длится несколько месяцев, что вселяет надежду на успех новой терапии с ДНК-редактированием. В 2014 г. клинические испытания её безопасности у 12 ВИЧ-инфицированных людей были проведены в Калифорнии. Возможно, мы являемся свидетелями реального рождения клеточных терапий. ДНК-редактирование представляет собой ферментативный метод поиска и модификации активности генов-мишеней. Геномная модификация людей, которую можно рассматривать как молекулярный вариант беспричинно охоянной евгеники, запрещена – точно так же, как и клонирование. Однако на сегодня модификация генов как инструмент «исправления» клеток, используемых в клеточных терапиях, следует неписанному правилу «compassion», то есть разрешается из сострадания к жертвам неизлечимых болезней. У жертв возможного развития СПИДа в Калифорнии с помощью фермента направленной адресации генов был вырезан ген, кодирующий белок поверхности иммунных Т-лимфоцитов, на который «садится» ВИЧ. После осуществления этой операции клетки инфицированного ВИЧ возвращаются в его кровотоки, делая распространение вируса в организме невозможным. После испытаний тем же методом было вылечено ещё 70 человек. В случае с лейкемией проблема осложнялась необходимостью использования донорских клеток, которые отторгаются организмом пациента (может развиться и болезнь «трансплантат против хозяина»). При лечении Лайлы был применён фермент, который выключил ген иммунной атаки на организм пациента, благодаря чему и наступила спасительная ремиссия рака белой крови. Лон-

донские иммунологи понимают, что это не окончательное излечение и болезнь может в любой момент «вернуться», но клеточная терапия предоставляет временное окно для поиска подходящего донора костного мозга, пересадка которого «меняет» кроветворение у человека.

Как и во многих других случаях бочку меда портит ложка геномной непредсказуемости нынешнего довольно примитивного подхода. Дело в том, что «вырезающие» ферменты могут затрагивать и другие гены, к тому же вирусный вектор-переносчик может оставаться в организме долгие годы, который в отдалённой перспективе может вызывать и нежелательные мутации. Алармистов успокаивают практики, которые говорят, что ничего подобного ими не обнаружено в ходе экспериментов на животных. Ответом на опасения служит также и растущий список патологий, которые можно лечить с помощью системы, выделенной у бактерий, в частности у кишечной палочки, живущей у нас в толстой кишке (у микроорганизмов ферменты представляют мощный вал обороны против постоянно вторгающихся в клетки чужеродных ДНК). В Университете Дарема (штат Северная Каролина, США) у мышей удалось купировать мышечную дистрофию, которая и в норме нарастает у пожилых людей. Пока удалось достичь 20-процентной эффективности метода (ген встроился в геном лишь 20% мышечных клеток), однако и этого хватило для существенного улучшения двигательных способностей мышечной с моделью человеческого заболевания. Один из каролинцев сказал в связи с публикацией данных, что он ждёт «новую волну» интереса к ген-редактированию.

Сегодня врачи спасли бы жизнь цесаревича с помощью биотехно-

логических, или рекомбинантных белков, получаемых благодаря той же кишечной палочке, в которую вводятся гены белков, отвечающих за свёртывание (факторов VIII и IX – мутация в гене первого наиболее частая, изменение во втором Алексею «передала» его прабабка королева Виктория). В октябре 2015 г. Фёдор Урнов, сотрудник одной из калифорнийских компаний в Ричмонде, рассказал в Вашингтоне об успехе, достигнутом у 15 макак резус. С помощью переносимого вирусом фермента ген фактора IX был «врезан» в ДНК-последовательность, кодирующую синтез альбумина (от albus – белый) – протеина, который синтезируется клетками печени. Молекулярная операция привела к повышению уровня альбумина в крови на 10%. Урнов считает, что альбуминовый сайт хорош и для встраивания других терапевтических генов, сравнил его со знакомым сегодня всем USB-портом. В сентябре Национальный институт здоровья в пригороде Вашингтона дал зелёный свет клеточной терапии этого вида гемофилии, однако нужно ещё получить и официальное утверждение Администрации по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) после завершения клинических испытаний, начинающихся в начале 2016 г. Компания надеется на скорое начало «исправлений» гемофилией, например серповидно-клеточной анемии и талассемии, развивающейся у жителей приморских областей с малярией.

В том же Дареме сделали неожиданное открытие, связанное с фактором VIII, отсутствием которого страдает 80% гемофиликов. Оказалось, что этот протеин синтезируется и хранится не в печёночных, а в клетках эндотелия, монослой которых выстилает все сосуды изнутри. Именно поэтому свёртывание крови в норме быстро происходит в любой точке организма. Тем самым определён точный адрес воздействия на наиболее распространённую форму гемофилии – «кроволюбия».

Игорь ЛАЛАЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам  
New England J. Medicine.



**ПРЕСТИЖНАЯ РАБОТА**  
для тех, кто любит свою профессию.

В связи с расширением штата медицинский центр «Эскулап» приглашает на постоянную работу врача УЗИ, гинеколога со знанием кольпоскопии.

**Требования:** диплом, сертификат стаж более 5 лет.

**Обязанности:** амбулаторный приём, диагностика, лечение.

**Условия:** предлагаем работу в г. Лабинске Краснодарского края на современном оборудовании ведущих фирм производителей, комфортные условия работы в дружном коллективе.

**Гарантируем:** полный социальный пакет, медицинский стаж, своевременную достойную оплату труда, ежемесячную выплату компенсации за найм жилья.

Мы ищем сотрудников, готовых к постоянному повышению квалификации, ценящих человеческую жизнь и любящих свою профессию. **8-918-376-49-63.**

**ПРЕДЛАГАЕМ ДОСТОЙНУЮ РАБОТУ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛОВ**

Особый случай

## Вождеделенная пересадка

В течение ближайшего года один из американских военно-службачих пройдёт процедуру трансплантации полового члена. Мужчине пересадят пенис от умершего донора.

шательства пересаженный орган пришлось удалить. Основная причина – психологические проблемы, возникшие у пациента и его жены. О другой пересадке сообщили южноафриканские врачи в марте



Подобные операции, в ходе которых пациенту пересаживается донорский орган, ещё ни разу не проводились в США. Специалисты из Медицинской школы при Университете Дж. Хопкинса считают, что уже спустя несколько месяцев к пациенту вернётся способность к нормальному мочеиспусканию, эрекции и эякуляции.

Урогенитальные травмы в ходе военных действий в Ираке и Афганистане в период с 2001 по 2013 г. получили более 1,3 тыс. военных. Большинство пострадавших – молодые мужчины в возрасте до 35 лет. Эксперты подчёркивают, что о таких травмах редко говорят, однако они приносят людям немало страданий.

В настоящее время в мире проведено всего две аллотрансплантации полового члена. Так, в 2006 г. такая операция была проведена в Китае. Несмотря на то, что она прошла успешно, через несколько месяцев после хирургического вме-

нынешнего года. Мужчина, которому был пересажен донорский орган, не только быстро восстановился после операции, но и уже стал отцом, что несомненно свидетельствует об успехе трансплантации.

Примечательно, что специалисты из Университета Дж. Хопкинса (США) уже получили разрешение на проведение 60 подобных пересадок. Стоимость операции составляет 200-400 тыс. долл., однако первые операции будут оплачены из средств самого университета.

Учёные планируют отработать технику пересадки полового члена и проводить такие операции в дальнейшем. Это позволит людям, получившим урогенитальные травмы, улучшить качество жизни и вернуть им возможность иметь детей.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам  
The New York Times.

Открытия, находки

Наша жизнь по сравнению с возрастом Земли и тем более Вселенной ничто, но ещё меньше живут микробы, способные делиться 3 раза в час, а время жизни эфемерид равно световому дню, что отражено в их названии (греч. *hemeros* – день, и приставка *epi* со значением «над» – эпидермис, эпигенетика).

Под эпигенетикой понимают модификацию ДНК с помощью присоединения метильных групп –СНз, что приводит к выключению активности генов. Так происходит «отключение» генов эмбрионального развития и, например, выключение генов сна днём и бодрствования ночью (естественно у жаворонков, потому что у сов всё может происходить с точностью до наоборот).

Гены и их негенные помощники в виде коротких молекул РНК (микроРНК – miR) регулируют рост и развитие организма и его стволовых клеток, включая программы их специализации. Время клеточной жизни сильно разнится: клетки слизистых обновляются каждые 3 дня, клетки крови циркулируют в течение месяцев, а клетки костей

# Эфемерное бытие

несут свою вахту годы. Все клетки, как и организм, со временем стареют, что проявляется в снижении их способности к делению, которое может стать нерегулируемым (неуправляемым) со всеми вытекающими последствиями опухолевого роста. «Давит» клеточное деление большой протеиновый комплекс TOR, на который действует антибиотик рапамицин, откуда и название («таргет» рапамицина). Сотрудники Института старения в калифорнийском городе Новато вместе с коллегами из Национального института рака в Вашингтоне и шанхайского Института бионаук исходили из того, что подавление TOR-фермента с помощью рапамицина продлевает жизнь мышам, а клеточное старение защищает организм от рака. Они выяснили, что снижение активности комплекса приводит к уменьшению выделения стареющими клетками воспалительных белков интерлейкинов, и антибиотик подавлял способность

старееющих фибробластов – клеток соединительной ткани, используемых в гиппокампе, лежащем на основании височной доли. Гиппокамп известен как хранилище памяти, без которой невозможно «подпитка» когнитивных способностей человека, естественным образом убывающих с возрастом. Д.Крюков из Северовосточного университета Бостона и его венгерские коллеги из Будапештского университета полагают, что мозг человека «устроен» самым что ни на есть идеальным способом. Они доказывают это путём сравнения мозговых «хабов» и коммуникаций с организацией интернет-сетей и сетевыми кластерами значений

слов, а также расположением аэропортов и дорог. Проблема однако, как указывалось выше, – в старении нашего «бортового» биоконピューтера и делительного потенциала его нервных стволовых клеток (НСК). Их количество и способность давать новые нейроны с возрастом падают, что не позволяет вовремя замещать убывающие нервные клетки, на что указывают специалисты Университетского колледжа в Лондоне. Но тут, как говорят исследователи Калифорнийского университета в Сан-Диего, приходится мириться с неизбежным, поскольку НСК могут в своём развитии пойти по кривой дорожке. Они обратили внимание на то, что клетки разных биопсий глииобластомы обладают разным потенциалом опухолеобразования – туморогенности – у подопытных мышей. При этом клетки из разных источников не различались по своим генам, но одни были «злее», а другие до-

брокачественнее. Молекулярное «просвечивание» геномов тех и других показало различие в их эпигенетике, которая продемонстрировала свою «пластичность», обеспечиваемую активностью фермента, отщепляющего тормозящие группы – СНз. Последний необходим для включения ракового гена MYC, его мутации приводят к миелоцитоме, но в норме он крайне необходим для нормальной работы нервных клеток.

Известно, что опухоли довольно быстро становятся невосприимчивыми (резистентными) к химиотерапевтическому и иным видам лечения. В Сан-Диего полагают, что тот же MYC в подвергаемых лечению глииобластомах попросту на время химического воздействия выключается с помощью эпигенетики, а затем указанный фермент вновь с помощью деметилирования ДНК включает его, что и предопределяет дальнейший неостановимый рост. Похоже, что учёные нашли ещё одну мишень для таргетной терапии внутримозговых опухолей и в то же время для поддержания умственной активности у пожилых людей.

Иван ЛАРИН.

По материалам PNAS.

Ну и ну!

# Ангела зовут Анжела

Размеренность обычного дня в бразильском городе Кампинас нарушила рыжая бродячая собака, неожиданно появившаяся из-за мусорных баков. В пасти бродячего животного был... новорожденный младенец. Было ясно, что ребёнок только что появился на свет – у него даже не была обрешана пуповина.

Собака донесла ребёнка до ближайшего дома. Домохозяйка, которая увидела эту страшную картину, поборов в себе испуг, предприняла все необходимые действия для спасения младенца. Это невероятно, но девочка оказалась жива. Собака очень бережно держала её в зубах, совсем не повредила.

Ребёнка немедленно доставили в ближайшую



больницу, где оказали всю необходимую помощь. По утверждениям врачей девочка здорова, её жизни и здоровью ничто не угрожает.

А между тем собака, которая спасла ребёнка, стала настоящей знаменитостью. Местные жители говорят, что в её образе на землю спустился настоящий ангел. Многие уже захотели приютить у себя спасительницу. Но Анжела, так местные жители назвали бродягу, остаётся верна своему свободолюбивому нраву. И несмотря на то, что её теперь очень активно подкармливают все жители района, она продолжает осматривать местные свалки. Быть может, она просто проверяет, не нужна ли кому-то ещё её помощь.

Ирина СЕРГЕЕВА.  
По информации  
Associated Press.

Сотрудничество

# Вместе против эпидемий

Власти Японии, Южной Кореи и Китая намерены осуществлять совместный мониторинг и обмениваться внутренней информацией относительно распространения вирусных заболеваний, таких как коронавирус MERS или вирус геморрагической лихорадки Эбола, в странах азиатского региона.

Договорённость об этом была достигнута в ходе состоявшейся недавно в японском городе Киото встречи министров здравоохранения трёх стран.

«С учётом уроков, вынесенных из вспышек вируса Эбола в странах Западной Африки и коронавируса MERS в Южной Корее, мы вновь подтвердили необходимость ещё более тесного взаимодействия в рамках трёхстороннего сотрудничества для принятия эффективных

мер в случаях возникновения эпидемий, в том числе вспышек вирусных заболеваний», – говорится в совместном заявлении сторон, выдержку из которого приводит агентство Ренхап.

Вспышка коронавируса в Южной Корее началась в мае. Общее число заболевших составило 186 человек, скончались 38. Карантинный режим был предписан 16,7 тыс. человек.

Коронавирус ближневосточного респираторного синдрома (БВРС-КоВ/MERS) не имеет особых симптомов на ранних стадиях. Максимальному риску подвержены люди с ослабленным иммунитетом, хронической болезнью лёгких, диабетом и почечной недостаточностью. Вакцины против вируса не существует.

Юлия ИНИНА.  
По материалам ria.ru

Перспективы

Европейское агентство лекарственных средств (EMA) выступило за более рациональный и быстрый процесс рассмотрения заявок на препараты. Такая оптимизация должна способствовать снижению цен на лекарства.

«Основная задача EMA как европейского регулятора – гарантировать пациентам безопасность, эффективность и качество лекарств. В связи с ускорением процесса вывода лекарств на рынок пациенты будут ждать, что

# Поэтапное одобрение

производители установят более низкие цены на инновационные препараты», – заявил Гвидо Раси, руководитель Европейского агентства лекарственных средств (EMA).

Для ускорения вывода лекарств на рынок EMA начнёт работать по схеме поэтапного одобрения препаратов, которая уже используется в рамках пилотного проекта. Эта схема подразумевает быструю

выдачу разрешения на применение инновационного лекарства для терапии небольшой группы пациентов, которым оно жизненно необходимо. Затем по мере рассмотрения заявки и проведения расширенных клинических исследований будут добавлены другие категории пациентов, для лечения которых можно применять новый препарат. Если EMA выявит какие-

то проблемы в ходе процесса поэтапного одобрения лекарства, то оно будет отозвано с рынка.

«Мы ожидаем, что компании отреагируют на эту схему снижением цен на лекарства, чтобы помочь пациенту и сохранить устойчивость системы здравоохранения», – добавил Г.Раси.

Жители разных стран критикуют фармкомпания за высокие цены на

лекарства. В США в рамках предвыборной кампании тему завышенных цен на рецептурные препараты затронула кандидат в президенты Хиллари Клинтон.

В ноябре этого года кандидат в руководители Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) Роберт Калифф назвал одобрение большого количества дженериков и биосимиляров необходимой мерой для снижения стоимости лекарств в стране.

Марк ВИНТЕР.  
По сообщению Reuters.

Открытия, находки

# Виртуальная реальность в реальной кардиохирургии

Технологии виртуальной реальности (VR) в медицине в последние годы совершенствовались большими темпами. Технические трудности и недопустимо высокая цена долгое время держали эти технологии вне поля зрения кардиохирургов. Хотя некоторые медицинские специальности уже используют VR в качестве учебного пособия, до использования при операциях дело не доходило.

Тем не менее последняя новаторская операция может сигнализировать о начале расширения использования VR при операциях на сердце. Она проведена с использованием технологий VR и Google Glass. Команда кардиологов из Института кардиологии в Варшаве провела процедуру реканализации при хронической окклюзии правой коронарной артерии. Этот тип операции часто называют «последним рубежом в интервенционной кардиологии» из-за её непредсказуемости в успехе и трудностей в визуализации закупоренной артерии на текущий технологический момент.

Чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) проводится у пациентов, когда коронарные артерии становятся опасно узкими. Катетер с небольшим баллоном вводится в проблемную область

через сосуды руки или паха. Баллон под контролем компьютерной томографии маневрирует в проблемном участке. Хирург раздувает баллон для открытия просвета артерии. Когда удаляют баллон, оставляют стент, чтобы сохранить проходимость сосуда.

Операция представляет собой серьёзную проблему для хирурга, часто приходится работать вслепую, как в случаях с общей окклюзией. При этом зона визуализации уменьшается. КТ-ангиография (КТА) является неинвазивным способом визуализации коронарных артерий, с использованием мощных рентгеновских лучей. Расширенная визуализация с 3D-возможностями при КТА может быть в буквальном смысле спасением.

Кардиологи сумели выполнить такую инновационную операцию у 49-летнего мужчины, используя КТА-проекторы, помещённые внутрь надеваемого устройства VR, основанного на совмещении технологии Google Glass с оптическим шлемом виртуальной реальности. Это был полный успех: процедура включала имплантацию двух стентов с лекарственным покрытием, которое медленно высвобождает препарат, блокирующий пролиферацию клеток.

Ирина МЕЛКУМОВА.  
По сообщению  
Cardiology.

Однако

# Осторожно: красота

Департамент здравоохранения Нового Южного Уэльса (Австралия) собираются ввести специальные лицензии для клиник пластической хирургии после серии серьёзных происшествий во время операций по увеличению груди.

Согласно действующему законодательству, в штате Новый Южный Уэльс нет специальной лицензии для частных клиник, занимающихся пластической хирургией. По законам штата, такие учреждения нельзя причислить к классу хирургических клиник, которые применяют наркоз. При этом пластические хирурги штата проводят такие операции, как увеличение груди, под местной анестезией, а к клиникам никаких особых требований не предъявляются.

За последние 2 года нескольким пациенткам понадобилась срочная госпитализация во время или после пластической операции в частной хирургической клинике в пригороде Сиднея. В процессе хирургического вмешательства у 22-летней пациентки было повреждено лёгкое, а у другой клиентки клиники произошла остановка сердца.

Как сообщается, всего Комиссия по жалобам в области охраны здоровья (Health Care Complaints Commission) ведёт расследование в отношении трёх клиник пластической хирургии.



Департамент здравоохранения Нового Южного Уэльса примет решение о лицензировании частных клиник пластической хирургии после того, как соберёт и проанализирует отзывы пациентов и участников рынка.

Австралийское общество пластических хирургов уже поддержало введение специальных лицензий. «Мы обеспокоены тем, что сложные процедуры от подтяжки кожи лица до увеличения груди, которые требуют качественной анестезии, могут проводиться в нелегализованных учреждениях – клиниках и

врачебных кабинетах, за деятельностью которых не ведётся такой контроль, как за работой больницы», – заявил президент общества Хью Бартоломьюш.

К сожалению, в России, как и в Австралии, не все пластические операции проходят успешно. Так, в ноябре нынешнего года началось расследование факта смерти пациентки после пластической операции в Новосибирске.

Ян РИЦКИЙ.  
По информации  
The Sydney Morning Herald.

Так получилось, что наша беседа с Евгением БОГАТЫРЁВЫМ состоялась накануне особо памятного для него дня. 25 лет назад он переступил порог московского Государственного литературно-художественного музея А.С.Пушкина в роли директора. Что ж, неплохой повод для действительного члена президиума Европейского общества культуры, учёных советов сообществ 8 музеев Москвы и России оглянуться на прожитое, оценить итоги сделанного.

– Юные обычно мечтают стать артистами, лётчиками, докторами, сегодняшняя молодёжь – банкирами, адвокатами...

– Порог Пушкинского музея я переступил ещё 9-летним мальчишкой вместе с отцом. Посещая большие города, тот считал своим долгом – это входило в программу каждой поездки – побывать в местных музеях. ...Я проверил подобный подход на сыновьях. Они тоже связали жизнь с культурой – занимаются искусствоведением, реставрацией. Для них любая поездка, особенно в незнакомый город, – прежде всего сначала в музей. Понять, что представляет собой город, его истоки, люди. Это уже стало жизненной необходимостью.

– В чём вы видите главное назначение музея?

– Музей – не только хранилище прошлого, как может кто-то думать. Он живёт в будущем и настоящем, превращаясь в многофункциональный культурный центр. Государственный литературно-художественный музей А.С.Пушкина выступает не просто одним из ведущих культурных учреждений столицы. Он во многом задаёт тон городу.

Размещённый в одном из исторических особняков Москвы – усадьбе Хрущёвых-Селёзнёвых на Пречистенке, музей открыл двери для посетителей 6 июня 1961 г. – в день рождения великого русского поэта. Тогда он фактически начинался «с нуля», не имея ни одного (!) экспоната. Сегодня у нас их около 170 тыс. И треть коллекции, почти 60 тыс. единиц хранения, – это предметы, переданные музею в дар.

Собранная коллекция включает пушкинские мемории; великолепную портретную галерею А.С.Пушкина, выполненную известными русскими и европейскими мастерами при жизни поэта и в последующие годы; портреты его родных, близких друзей и современников; произведения декоративно-прикладного искусства; художественную мебель; ценнейшие издания книг, журналов; рукописи, документы эпохи.

## Душевное дело

### Евгений Богатырёв:

# Вслед за великим поэтом укрепляем душевное здоровье...



Евгений Богатырёв

Важным этапом стала подготовка к 200-летию со дня рождения поэта. В 1999 г. были проведены масштабная реставрация и реконструкция усадебного комплекса, построено новое фондохранилище, созданы постоянные экспозиции «Пушкин и его эпоха» и «Сказки

Пушкина». Нет, мы не разрушили, а, наоборот, сохранили и вдохнули новую жизнь в усадьбу. Центром музея теперь стал усадебный двор, где мы проводим детские праздники, балы, театральные постановки, концерты, выставки, конференции. Хотел бы уточнить. У меня были замечательные предшественники. Музей я принял из рук опытного пушкиниста Алексея Садовского. Особая благодарность основателю и первому легендарному директору московского музея А.С.Пушкина, который более 30 лет по крупицам собирал всё, что напоминало о поэте, – А.Крейну. Александру Зиновьевичу, прошедшему от начала до конца Великую Отечественную, мы все обязаны тем, что москвичи имеют сегодня один из лучших пушкинских музеев страны.



Музей А.С.Пушкина в Москве

Свою задачу я вижу в том, чтобы сохранять музей, поспособствовать его развитию. Дом Пушкина пополнился филиалами. В 1986-м распахнула двери «Мемориальная квартира А.С.Пушкина на Арбате». В 1990 г. по соседству открылась «Мемориальная квартира Андрея Белого», а вскоре выставочные залы ГМП в Денежном переулке. В 2009 г. на Остоженке начал свою жизнь первый в Москве Му-

зей И.С.Тургенева. 6 июня 2013 г. мы отметили на карте Москвы ещё один пушкинский адрес – на Старой Басманной музей родного дяди поэта Василия Львовича Пушкина, замечательного стихотворца и московского старожила. Александр Сергеевич называл его своим «парнасским отцом».

Нашим дорогим другом был знаменитый нейрохирург Андрей Андреевич Арендт, профессор Института нейрохирургии им. Н.И.Бурденко. Талантливый медик-учёный, он был правнуком лейб-медика императорского двора Николая Фёдоровича Арендта – того самого врача, который в январе 1837 г., вместе с опытными медиками В.И.Далем, И.Т.Спасским, Х.Х.Саломоном и И.В.Буяльским был рядом со смертельно раненым Пушкиным. С потомственными врачами Арендтами связана одна из наших бесценных меморий. Речь идёт о медицинской шкатулке красного дерева для лекарств, с которой Н.Ф.Арендт приезжал к умирающему поэту. Как бесценное сокровище она передавалась в семье Арендтов из поколения в поколение. Андрей Андреевич подарил эту реликвию московскому музею А.С.Пушкина. У нас хранится оригинал доклада А.А.Арендта на историческом заседании Академии наук в 1937 г., когда он сумел научно отстоять честь прадеда и снять с него несправедливое обвинение (выдвинутое советской обществен-

ностью в 1930-е годы) в том, что тот мог намеренно не спасти поэта. Символом нашего музея является портрет Пушкина-ребёнка. Надежда Осиповна, мать поэта, перед смертью подарила его дочери семейного врача Пушкиных Матвея Яковлевича Мудрова. От потомков Мудрова – вот, опять же, врача! – портрет почти через полтора столетия пришёл в наш музей...

Наша и задача, и сверхзадача – утверждать добрые чувства в тех, кто переступает порог музея. Не знаю лучшего средства при этом, чем чтение пушкинской поэзии, пушкинского текста. Это удовольствие, в том числе и для укрепления душевного здоровья, идущее из глубины...

– Существует стереотип: музейщик – это человек в четырёх стенах... А вас непросто заставить на месте.

– На самом деле профессия музейщика очень подвижна, насыщена разными заботами. Как волка, его кормят ноги, нюх и... интуиция. Вот и недавно, решая профессиональные вопросы, побывал в Польше и Германии. Заехал в Висбаден, где живёт праправнучка А.С.Пушкина Клотильда фон Ринтелен, президент Немецкого пушкинского общества. Она – большой наш друг и даритель. За последние годы передала музею ряд ценных экспонатов. Мы с ней обсудили проекты совместных выставок...

– Постоянные перегрузки. Как удаётся не выгореть?..

– Помогает любимое дело, творческая работа. Это главный мой энергетический допинг. Обычно ухожу домой поздно, около 10 вечера. Так что для иных увлечений времени не остаётся. Когда подступает усталость, мне достаточно пройтись по залам музея. В его экспонатах, таящих историю, скрыта своя врачующая аура...

Беседу вёл  
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,  
корр. «МГ».

## Медицина и религия

В Тамбовском медицинском институте прошёл «круглый стол» на тему «Духовно-нравственные и психологические аспекты взаимоотношений врача и пациента», завершивший XX Питиримовские чтения. В заседании приняли участие представители духовенства, интерны и преподаватели вуза, главные врачи городских больниц, практикующие врачи. По сложившейся традиции чтения формируют наиболее актуальные вопросы взаимодействия Церкви, общества и государства, составляющие вопросы бытия человека и гражданина в новейший период истории.

На «круглом столе» обсуждали актуальные проблемы сохранения и репродуцирования традиционных ценностных ориентаций, среди которых важнейшими остаются здоровье, честь, совесть, долг, любовь, сострадание, великодушие и т.д. Наиболее востребованной духовной и нравственной категорией в условиях экономического и социального реформирования России стала категория милосердия – деятельная любовь к людям в различных жизненных обстоятельствах. Необходимость

# Милосердие в жизни медиков

Об этом интернов Тамбовского государственного медицинского университета заставила задуматься одна из «лекций»

формирования готовности к милосердному служению и милосердия как ведущей парадигмы личности означает сохранение духовного и нравственного потенциала российского общества. В медицине милосердие является духовно-нравственным условием профессионального служения и выполнения врачебного долга.

В оживлённой дискуссии на тему нравственных аспектов отношений врача и пациента принимали участие представители Церкви и сообщества психологов и врачей. Взаимодействию священника и страждущего было посвящено выступление заведующего отделом по церковной благотворительности и социальному служению Тамбовской епархии протоиерея Иоанна Каширского. Психологические особенности больного человека и такое же

сопровождение процесса выздоровления были главной темой доклада старшего преподавателя кафедры клинической психологии кандидата психологических наук Ольги Марковой. Она отметила важность оценки изменений личности больного в связи с соматическим заболеванием и подчеркнула необходимость формирования правильного отношения пациента к своей болезни, повышения его активности в рамках разумной борьбы за выздоровление.

– Вера является духовным ориентиром для больного и выполняет мобилизующую функцию в сложной жизненной ситуации, – считает доцент кафедры клинической психологии, кандидат психологических наук Владимир Комаров.

Магистрант кафедры психо-

логии развития Елена Мухина в своём выступлении затронула тему нравственного содержания общения психолога с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Актуальность обозначенной темы определяется запросом общества, связанным с возросшим числом таких пациентов и с определёнными требованиями, предъявляемыми к специалистам, оказывающим помощь такой категории детей.

Проблема духовно-нравственных аспектов в работе врача и психолога не имеет конкретного решения, поэтому каждое выступление обсуждалось бурно и эмоционально. Вопросы морали, уместности применения тех или иных мер лечения, человечности – вечные вопросы, с которыми ежедневно сталкиваются те, кто работает с людьми.

Безусловно, представители Церкви, врачи и психологи имеют свои точки зрения на каждую из этих проблем. Иногда они совпадают, иногда нет. Но подобные встречи, проходящие в форме открытого диалога, позволяют наиболее широко взглянуть на духовно-нравственную составляющую работы каждого специалиста.

Несомненно, «круглый стол» стал большим событием в жизни вуза и медицинский общественности Тамбовщины. Например, интерны института отозвались о большой пользе этого мероприятия лично для себя, назвав его самой интересной большой «лекцией».

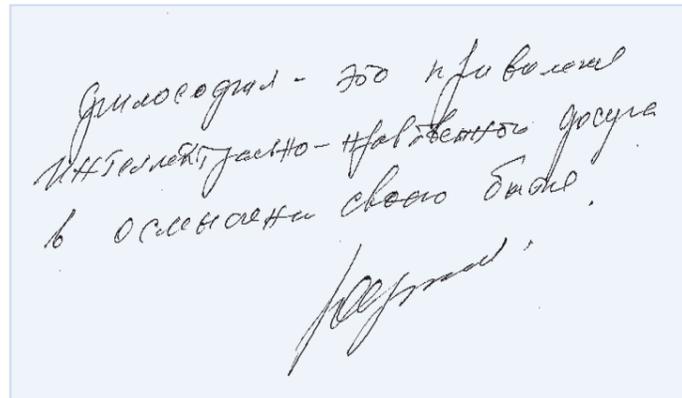
Валерий ЧИСТЯКОВ,  
внешт. корр. «МГ».

Тамбов.

Идеи объединения физического и духовного ради постижения самых сакральных сторон жизни претворялись в трудах наиболее известных философов и докторов. «Медицина столь же мало может обходиться без общих истин философии, сколь последняя – без доставляемых ей медицинской фактов» – говорил великий Гиппократ. «Здоровье – средство, с помощью которого человек может реализовать лучшие свои качества» – как бы сквозь века продолжил мысль «отца медицины» немецкий философ Иммануил Кант.

Недаром философия изучается на 1-м курсе медицинского вуза – будущим докторам, не откладывая на потом, сразу начинают учить применять диалектику к анализу конкретных естественнонаучных и клинических факторов. Развитие медицины даёт огромный материал как для обобщений новейших открытий в исследовании жизнедеятельности человеческого организма в норме и при патологии, так и для подтверждения философских закономерностей, обогащения материалистической диалектики новыми выводами и понятиями и дальнейшего углубления и уточнения её категорий.

О необходимости философского подхода врача к своей профессии «МГ» рассказал заведующий кафедрой философии и биоэтики Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова профессор Юрий ХРУСТАЛЁВ, пофилософствовавший в ходе беседы и на другие темы.



Юрий ХРУСТАЛЁВ:

– Юрий Михайлович, какую роль играет философия в образовании врача?

– Врачи – это служители. Они нуждаются в философии – особом состоянии разума. Врач обречён быть мыслителем. Он как никто другой имеет дело с проблемой – знанием о незнании, пребывая в перманентном интеллектуальном напряжении. Девиз Гиппократа «Не навреди!» означает не уход в сторону от проблем пациента, а готовность к взятию на себя полной ответственности за человеческую жизнь. В отличие от животных, которые просто живут, жизнедеятельность человека зиждется на творчестве и созидании, которые в случае возникновения того или иного заболевания возвращает врач.

Следует затронуть и вопросы этики. С учётом современной эпохи, техногенной и информационной, мы поставлены в такие условия, когда отношения между людьми становятся всё сложнее. Наша планета просто-напросто не способна обеспечить человечество всем необходимым. Потребности остались теми же самыми, просто людей стало гораздо больше. То, к чему нас так активно призывают СМИ – потреблять и потреблять – мнимая, ложная ценность. Поэтому, думая о себе, не нужно забывать об окружающей среде. Лес не следует рубить, если в этом нет жизненной необходимости. Посвящая на природные богатства стоит лишь в крайнем случае – тогда, когда без этого не выжить.

Любой специалист, а врач – особенно, должен апеллировать не только к своему разуму, но и к совести. Прежде всего, врач должен уважать в любом пациенте человека. Кант всегда говорил: «Уважай человека в самом себе, и тогда ты никогда не обидишь другого». В медицине существует два особенных философа: акушер и патологоанатом. Один встречает, а другой провожает человека из этого мира. Для нас это неведомо: мы не знаем, откуда человек пришёл и куда ушёл. Нам известно лишь то, что он творил и натворил в этой жизни. Врачи ближе всех соприкасаются с таинством человеческой природы.

– В каких отношениях с религией должен находиться врач?

– Прежде всего, религия – это сфера культуры наряду с наукой, искусством, философией и т.д. Отношение с религией должно быть, не побоюсь этого слова, – адекватным.

## Врач обречён быть мыслителем

ватными. Религия – это особое состояние человеческой души. Её не придумали, это внутренняя человеческая потребность познавать сакральность окружающего мира. Религия вечна. Все люди – верующие. Вопрос – в кого, во что и почему. Человек ищет опору, которую находит в религии.

Дело в том, что общество и государство находятся в антагонистическом противоречии. Государство – насилие меньшинства над большинством, упорядоченное в виде конституции, законов и т.д. Что касается духовной сферы, то там главенствует Церковь как организация, которая подчас осуществляет насилие над человеческими душами. Религия нуждается в своей философии. Бытие божие недоказуемо. Моё отношение к религии такое же, как отношение к искусству. Да, я атеист, однако категорически за веру во что-то высшее, если это помогает человеку. Религия есть, была и будет как особое состояние душевной и духовной составляющей человеческой жизни.

– Как вы относитесь к тому, что Церковь активно вмешивается в светскую жизнь нашей страны?

– На мой взгляд, это происходит от недомыслия. Россия – многоконфессиональная и многонациональная страна. С моей точки зрения, Церковь должна стремиться к свободе: при отделении от государства у неё автоматически становится больше прав в проведении своей линии. Клирицизм – штука опасная как для духовной, так и для светской жизни. Церковь должна в большей степени, чем кто-либо, быть свободной от любого внешнего воздействия. Это особая сфера духовной жизни. Повторюсь: в отделении от государства в первую очередь должны быть заинтересованы религиозные деятели. Зачем активно внедрять себя в светскую жизнь, становясь тем самым заложником государственной власти?

А ещё меня смущают так называемые «верующие» – крестья-

щиеся перед храмом, не вынимая сигарету изо рта и т.п. Это скорее язычники, не имеющие ни малейшего представления о христианстве, поклоняющиеся идола в виде церкви.

– Почему языческий символ – мавзолей Ленина находится на главной площади страны, официальной религией которой является православное христианство?

– Я склонен думать, что православие – это, в некоторой степени, – язычество. Что касается мавзолея, то это прежде всего история, которую надо блюсти независимо ни от чего. От истории нельзя отказываться. Государство должно сохранять историческое наследие страны: и хорошее, и плохое. Поймите: уничтожая храмы, большевики уничтожали не церковь, а историю. Отношение к деятельности Ленина у людей разное. Нужно быть терпимым и толерантным. С моей точки зрения, не нужно ничего делать с мавзолеем – творением великого Щусева, пусть стоит там, где стоял всегда – это памятник истории, культурная ценность. Запретить доступ к телу Ленина – пожалуйста.

– Коль вы коснулись темы толерантности, хочу спросить о вашем мнении относительно эффективности противодействия растущей в нашей стране ксенофобии...

– Фобий вообще у нас много. Полагаю, что это связано с нищетой – материальной и духовной. День народного единства – пустые слова, никакого единения у нас нет. Мы пребываем в растерянности: светское у нас государство или религиозное, «хороший» Запад или «плохой» и т.д. Я человек не верующий, но я христианин: исповедую философию «ненасилия» Христа.

– Почему один из самых ужасных диктаторов в истории человечества – Сталин так популярен сейчас даже среди не живших при нём людей?

– В России всегда были сильные и слабые правители. Сталин, наряду с Иваном Грозным, Петром и

Екатериной Великими, Николаем I, является сильным, которых наш народ ценит и уважает больше. К сожалению, история оставляет нам памятники государственной силы, побед в войнах и т.д. Это осталось, а весь террор того времени и массовые репрессии многими забылись в силу того, что коснулись не всех. Именно поэтому поколения, не жившие при Сталине, так его почитают. Полагаю также, что эта «любовь» к диктатору во многом зиждется на неприятии к нынешнему времени.

– Как по-вашему, Россия – это Европа или Азия?

– Блок писал: «Да, скифы – мы! Да, азиаты – мы!..» Азии в нас много: мы склонны к обожествлению начальства, вертикализации власти. Трудно географически располагаться между двумя принципиально разными культурами: мы вынуждены смотреть в обе стороны, оставаясь при этом собой. Я бы сказал так: внешне мы – Европа, а по сути – Азия.

– Каковы перспективы демократии в нашей стране?

– Трудные. Она будет, но очень не скоро. Дело в менталитете. Мы к этому не готовы. У нас насилие в крови. Отмена крепостного права произошла недавно. В нас очень много рабства и холопства. Нам не нужна свобода, так как это – ответственность. А вот равенство нам нужно, хотя это и не имеет никакого отношения к свободе.

– Что для вас кризис?

– Это переломная черта между прошлым и будущим. Полагаю, что причины нынешней экономической нестабильности в духовной нищете. Кризис начинается с расплывчатого и размытого осознания реальной действительности, подчас бессознательного, когда человек принимает окружающее, не понимая.

– Кого вы отождествляете с понятием «интеллигенция»?

– Это сугубо российское понятие, появившееся во второй половине позапрошлого века. На Западе этого понятия нет. Там есть интеллект – человек, живущий, преимущественно, разумом. Для

меня все страдающие и понимающие чужое горе люди – интеллигентны. Для этого необязательно иметь высшее образование или учёную степень, широкий кругозор и т.д. Поэтому, истинный врач обязан быть интеллигентным человеком – умеющим сострадать и сопереживать. Я склонен думать, что интеллигентность – это врождённое. Можно приучить человека к пунктуальности, обучить правилам хорошего тона, но это – внешнее. Интеллигентность – внутри. Это талант – либо есть, либо нет.

– Загадочная русская душа – миф или реальность?

– «Умом Россию не понять» – крылатая цитата из Тютчева. Мы – доверчивы и даже инфантильны. Очень многому и во многое верим. Что характерно, среди нас по-настоящему верующих людей практически нет, а вот суверенных – пруд пруди. Суверенность происходит от страха. Страх неопределённости, неуверенности в завтрашнем дне. Такова судьба России, видимо. Наш оптимизм граничит с авантюризмом. Наша загадочность заключается в полярности: мы можем отдать последнюю рубашку, а потом – ударить в спину. Мы очень разношёрстные: одновременно добрые и злые. Вновь приходит на ум цитата из Блока:

«...Кладя в тарелку грошик

медный,

Три, да ещё семь раз подряд  
Поцеловать столетний, бедный  
И зацелованный оклад.  
А воротясь домой, обмерить  
На тот же грош кого-нибудь,  
И пса голодного от двери,  
Икнув, ногою отпихнуть...»

– В заключение хотелось бы узнать о вашем отношении к эвтаназии...

– Пока что к этому, как и к демократии, мы не готовы: этим могут воспользоваться в корыстных целях – не только политических, но и экономических, а также – бытовых. Это – завтрашний день для нашей страны.

А в идеале – я за. Человек должен не только достойно жить, но и умереть соответствующе. Чтобы не мучиться и не мучить родных и близких. Мне идёт восьмой десяток лет, и хотелось бы уйти из жизни respectfully. Эвтаназия – это не только лёгкая, но и достойная смерть, которая подчас при оценке той или иной личности, важнее жизни.

Беседу вёл  
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,  
обозреватель «МГ».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – В.КЛЫШНИКОВ.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

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

Заказ № 15-11-00554 Тираж 31 054 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

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

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