

# Медицинская

6 ноября 2015 г.  
пятница  
№ 83 (7605)

# 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)

Из первых уст

## Большинство достижений с пометкой «впервые»

Если нет в университете клиник, значит, нет в этом вузе и качественного образования! Такие подходы в СамГМУ



Университетские клиники – гордость медицинских учебных заведений. Но подлинными больничными комплексами, где решается триединая задача – лечения больных, обучения студентов и научной деятельности, по большому счёту, имеют 5 профильных вузов России.

Формально их больше. Но назвать такие клиники многопрофильными в прямом смысле слова, значит, допустить большое преувеличение. Количество коек в них не превышает 300, а число кафедр вообще ограничено. Вряд ли в них студенты смогут получить всестороннюю подготовку.

Уникальность Самарского государственного медицинского университе-

Губернатор Самарской области Николай Меркушкин (справа) вручает памятный подарок ректору СамГМУ Геннадию Котельникову

та заключается в наличии собственных клиник, на базе которых лечебный, учебный и научный процессы осуществляются в неразрывном единстве и взаимной преемственности. В этом году исполнилось 85 лет со дня их создания. Именно здесь, в традициях российской школы, идёт подготовка врача у постели больного. Что непременно сказывается в последующем на качестве знаний и умений выпускников.

С принятием практико-ориентированных стандартов медицинского образования третьего поколения значение университетских клиник возросло ещё больше. Студенты с первых курсов постигают здесь азы

общения с больными, учатся задавать вопросы, чтобы правильно собрать анамнез болезни, участвуют в проведении диагностических обследований и клинических разборов, получают навыки в организации лечебной и диагностической работы. Чтобы рассказать об университетских Клиниках СамГМУ, директор информационного агентства «Медицинской газеты» «Cito!» Алексей Папурин встретился с ректором СамГМУ академиком РАН Геннадием Котельниковым.

(Окончание на стр. 10-12.)

Фото Светланы ОСЬМАЧКИНОЙ.

Александр ЧУХРАЁВ,  
генеральный директор МНТК  
«Микрохирургия глаза» им.  
С.Н.Фёдорова, профессор:

Я не вижу отрицательной динамики финансирования, но вижу динамику «ручного администрирования» не в пользу больных.

Стр. 4



Николай ЮЩУК,  
президент Московского  
государственного медико-  
стоматологического университета  
им. А.И.Евдокимова:

Нормативными документами надо установить виды образовательной активности, которые будут учитываться в НМО, и создать независимую комиссию по оценке качества таких мероприятий и материалов.

Стр. 5



Валентина САРКИСОВА,  
президент Ассоциации  
медицинских сестёр России:

...в центре внимания должны быть вопросы сестринской помощи, которая действительно отвечает потребностям пациента.

Стр. 6-7



Перемены

## Не заблудятся в Осиновой Роще

В Выборгском районе Санкт-Петербурга распахнул двери первый центр общей врачебной практики, который будет действовать на принципах государственно-частного партнёрства. Он стал 13-й по счёту амбулаторией, функционирующей в Северной столице под торговой маркой «Полис. Участковые врачи», согласно совместному проекту Комитета по здравоохранению, территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга и частной компании в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи горожанам.

Львиную долю жителей посёлка Осиновая Роща, не так давно выстроенного на месте бывшего военного городка, где и «прописалась» новая клиника ОВП, составляют офицеры запаса и члены их семей. Проволочки с передачей прав собственности на имущество новым, «гражданским» хозяевам, включая здание гарнизонного госпиталя, которое ранее находилось в ведении Министерства обороны, задержали формирование здесь социальной инфраструктуры. В результате обращение за медицинской помощью превращалось в большую проблему. Чтобы попасть на приём к врачу, надо было проехать в близлежащий населённый пункт Парголово, а там выстоять немалую очередь.

Прежде чем дать добро на открытие центра общей

врачебной практики в посёлке Осиновая Роща для медицинского обслуживания 16-тысячного населения, администрация Выборгского района, по словам заместителя его главы Натальи Никишиной, изучила опыт офисов ОВП в Приморском, Пушкинском и Красносельском муниципальных образованиях. Поскольку социальная и экономическая эффективность внедрённой у соседей модели организации первичной медпомощи показала себя с лучшей стороны, руководители Выборгского района не особенно раздумывали, каким должен быть первый шаг в медицинском обеспечении бывших военнослужащих.

В офисах открывшегося на днях центра общей врачебной практики приём ведут 10 специалистов, они обслуживают и вызовы на дом. Организаторы проекта запустили в Осиновой Роще электронный мониторинг удовлетворённости пациентов медицинской услугой, что было сделано впервые. Посетителям они предлагают поставить оценку медикам, нажав на специальную кнопку у дверей врачебного кабинета. Кроме того, здесь получила развитие система электронной очереди, которая идентифицирует пациента по номеру полиса ОМС и вызывает его на приём.

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

Инициатива

## Тульские больницы избавились от табака

В правительстве Тульской области в рамках «круглого стола» подвели итоги пилотного проекта «Больница, свободная от табака».

Несомненно актуальность проблемы табакокурения среди медицинских работников. Курящий доктор склонен недооценивать риск для здоровья, связанный с никотиновой зависимостью. Тульская область в качестве пилотного региона приняла участие в реализации проекта «Больница, свободная от табака». Организатором проекта явился Российский союз промышленников и предпринимателей при поддержке Министерства здравоохранения Тульской области.

Участниками проекта стали сотрудники четырёх государственных учреждений здравоохранения Тульской области: Донской городской больницы № 1, Тульского областного онкологического диспансера, Тульского областного наркологического диспансера № 1 и Тульской городской клинической

больницы скорой медицинской помощи им. Д.Я.Ванькина.

На начальном этапе реализации проекта в пилотных учреждениях здравоохранения была определена группа лиц из числа медицинских работников, употребляющих табачные изделия и желающих бросить курить. С каждым участником программы проводилась индивидуальная мотивационно-разъяснительная работа.

В итоге из 100 участников проекта 56 прекратили курить, у 32 значительно снизилось количество выкуриваемых сигарет, и они продолжают лечение с мотивацией к полному отказу, 12 человек отказались от приёма препарата в силу недостаточной мотивации либо индивидуальной непереносимости.

В процессе реализации проекта были сделаны выводы: во-первых, лечение табачной зависимости, в том числе медикаментозное, может проводиться врачами всех специальностей и на всех уровнях оказания

медицинской помощи, во-вторых, доступность лекарственных препаратов пациентам является одним из ключевых мотивационных факторов, определяющих эффективность лечения.

Представитель Российского союза промышленников и предпринимателей Дмитрий Ефремов отметил: «Опыт Тульской области показал, что используемые технологии являются эффективными и приводят к хорошим результатам». Он предложил учесть опыт региона при формировании федерального порядка оказания помощи при отказе от курения.

Представители Тульской области, принимавшие участие в пилотном проекте, были приглашены с докладами на всероссийские конференции, которые пройдут вскоре в Москве и Санкт-Петербурге, а также в 2016 г. в Твери.

Анна КАБИКОВА,  
спец. корр. «МГ».

Тула.

## Новости

У онкобольных —  
«горячая линия»

«Горячая линия» помощи пациентам с онкологическими заболеваниями и их родственникам открылась в городе на Неве. Участники проекта, который реализуется одной из биотехнических компаний при содействии Ассоциации онкологов Северо-Запада, прошли юридическую и психологическую подготовку, обладают богатым опытом работы. В обязанности специалистов входит предоставление информации о вариантах получения высококачественной специализированной помощи, по порядку и срокам прохождения диагностического обследования и лечения, нюансам распределения пациентов в учреждения онкологического профиля.

«За прошлый год в Северной столице было зарегистрировано 18 274 нового случая злокачественных новообразований. Всего же, по данным на декабрь 2014 г., на официальном учёте состояло более 124 тыс. жителей города с онкологической патологией. В первый год после постановки диагноза в 2014 г. умерло 23,9% от числа таких больных, тогда как в Москве этот показатель не поднялся выше 18%», — говорит научный сотрудник отделения торакальной онкологии НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, исполнительный директор Ассоциации онкологов Северо-Запада, кандидат медицинских наук Антон Барчук.

Жителям Санкт-Петербурга и Ленинградской области предлагаются на выбор два вида связи с консультантами: посредством набора многоканального телефонного номера и через онлайн-сервис. При этом ответы на свои вопросы люди, задавшие их на сайте «горячей линии», получают в течение одного рабочего дня. Планируется, что до конца года начнёт работать и федеральный телефонный канал для онкобольных и их близких.

Владимир ВЕНИАМИНОВ.

Санкт-Петербург.

Самолечение:  
неприятная реальность

В Москве прошла пресс-конференция на тему «Ответственное отношение к самолечению сегодня: поведение пациентов и роль медицинского сообщества». Участники сошлись во мнении, что многие препараты, агрессивно продвигаемые на рынке, на самом деле не имеют доказательной базы, таким образом можно купить препараты, на которые в других странах требуется рецепт, отметили участники конференции. При этом статистика осложнений и смертей от самолечения не ведётся, и никто на самом деле не знает, какой ущерб здоровью граждан наносит эта практика.

Решение, по мнению Павла Воробьёва, президента межрегионального общества фармакоэкономических исследований, могло бы состоять в разработке государственной программы по повышению медицинской культуры граждан. Другие предложенные меры: эффективная регуляция оборота лекарственных средств, а также создание интернет-сайтов, которые могли бы послужить надёжными источниками информации о самолечении.

Подводя итоги пресс-конференции, Василий Власов, президент межрегиональной общественной организации «Общество специалистов доказательной медицины», уверенно сказал: «Мы должны сделать шаг к созданию в нашей стране надёжной системы здравоохранения и социального обеспечения».

Анна СИБИРЯКОВА.

Москва.

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

## Эхо трагедии

## Медики всегда рядом

Как заявил перед выпуском этого номера «МГ» директор Департамента общественно-здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, к настоящему моменту медицинская помощь оказана 288 родственникам погибших в авиакатастрофе лайнера А321 на севере Синайского полуострова, психологическая помощь — 345.

Основными причинами обращений являлись состояния, связанные с реакциями на стрессовое воздействие, а также ухудшение течения гипертонической болезни. Медицинская помощь оказана амбулаторно, госпитализация не потребовалась.

Продолжается процедура опознания тел погибших. Отобранные образцы для проведения генетических экспертиз сегодня будут направлены в Российский центр судебно-медицинской экспертизы Минздрава России.

Министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой дано поручение органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья обеспечить оказание адресной медицинской и психологической помощи родственникам погибших и их последующее динамическое наблюдение.

Соб. инф.

## Акции

Наступление на инсульт  
Столичные врачи отмечают возрастающую информированность населения

В этот день с самого утра в холле Консультативно-диагностического центра Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России было непривычно многолюдно. Несколько дней назад здесь появилось объявление на большом дисплее о том, что будет проводиться акция в честь Всемирного дня борьбы с инсультом. Приглашались постоянные пациенты центра из групп риска и перенёвшие инсульт, а также те, кто живёт поблизости и кому данная тема безразлична.

Полученный отклик превзошёл все ожидания. Посетителей оказалось так много, что образова-



Лидия Рыжакова (в центре) не скрывает радости от наплыва посетителей



Идут занятия в школе здоровья

лись очереди к специалистам (которых здесь в принципе не бывает!). По словам главного врача Лидии Рыжаковой, пришлось организовывать дополнительные рабочие места — ставить столы и задействовать в акции дополнительно ещё по одному неврологу и кардиологу. Таким образом, бесплатно проконсультироваться можно было у неврологов, кардиологов и реабилитолога, а также проверить своё артериальное давление, вес и рост. Пациентам по назначению врача предлагались программы по функциональным методам исследования, которые можно было провести в этот же день (для неприкрепленных к медучреждению людей все обследования выполнялись с 50% скидкой).

У каждого из столиков можно было увидеть группы желающих поговорить с врачами, посоветоваться, получить рекомендации. В большинстве своём это были люди старшего возраста, но встречалась и молодёжь, которая сопровождала старших родственников, и семьи, где один из супругов трогательно помогал идти другому.

— Такая активность не может не радовать, — сказала Л.Рыжакова. — Мы проводим уже третью подобную акцию и видим, как растёт информированность населения, к нам приходит всё больше и больше людей. Это вселяет надежду на то, что знания об инсульте,

с инсультом, которая и учредила этот день.

Его основная цель — привлечь внимание широкой общественности и объединить усилия врачей, пациентов, родственников больных в борьбе с этой сосудистой катастрофой, уносящей жизни сотен тысяч людей, а миллионы — делающей инвалидами.

Р.Линчак отметил также, что начиная с 2009 г. в нашей стране организована беспрецедентная система оказания неотложной и плановой медицинской помощи больным сердечно-сосудистого профиля, и в первую очередь, с инсультом и инфарктом миокарда. Это первичные и региональные сосудистые центры, создание которых внесло



Исследование проводит врач функциональной диагностики Елена Брыля

о сердечно-сосудистых заболеваниях в целом, а также их профилактике будут распространяться и в дальнейшем. И очень надеемся, здоровый образ жизни станет нормой.

Проведение Всемирного дня борьбы с инсультом в учреждении прокомментировал заместитель директора по амбулаторно-поликлинической работе ГНИИЦ профилактической медицины Руслан Линчак.

Он напомнил, что история этой даты — совсем небольшая. В 2004 г. Всемирная организация здравоохранения объявила инсульт глобальной эпидемией, а в 2006 г. была создана Всемирная организация по борьбе

огромный вклад в снижение смертности от этих грозных заболеваний. Идейнными лидерами и непосредственными организаторами этого процесса стали два врача: невролог, профессор Вероника Скворцова, министр здравоохранения РФ, и кардиолог, профессор Сергей Бойцов, директор ГНИИЦ профилактической медицины, главный специалист по профилактической медицине Минздрава России.

Алёна ЖУКОВА,  
корр. «МГ»

Москва.

Фото  
Александра ХУДАСОВА.

Решения

# Ядерная медицина получит развитие

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подписал Распоряжение № 2144-р, которое направлено на повышение качества диагностики и лечения заболеваний с использованием технологий ядерной медицины.

Распоряжение разработано Минздравом России во исполнение поручений Кабинета министров и утверждает план ме-

роприятий («дорожная карта») «Развитие центров ядерной медицины».

В «дорожной карте» предусмотрены:

- совершенствование методов ядерной медицины и диагностики;
- разработка новых технологических решений и развитие производственного потенциала;
- развитие инфраструктуры центров ядерной медицины и диагностики;

– развитие системы подготовки специалистов, повышения квалификации и профессиональной переподготовки кадров для ядерной медицины;

– нормативно-правовое и методическое обеспечение.

Распоряжение кабмина направлено на повышение доступности и улучшение качества диагностики и лечения заболеваний с использованием технологий ядерной медицины.

Соб. инф.

Ситуация

# Грипп пришёл в Россию

Министерство здравоохранения РФ официально подтвердило три смертельных случая от гриппа. Умершие, которые не были привиты, проживали в Северной Осетии, где и была зафиксирована их смерть. Данные подтверждены лабораторно.

Этот факт стал известен из-за высокой смертности в больницах данного региона РФ от гриппа и пневмонии. Всего скончалось 16% – трое, как уже указывалось, от гриппа и 13 пациентов, скорее всего, от бактериальной пневмонии. По факту всплеска смертности в больницах Северной Осетии профильным ведомством назначена проверка.

Вместе с тем Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспо-

требнадзор) сообщает, что «на территории Российской Федерации, как и в большинстве стран Европейского региона, по-прежнему отмечается низкий уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ». Незначительное превышение недельных эпидемических порогов по совокупному населению в целом, обусловленное заболеваемостью ОРВИ, отмечено на 43-й неделе (19.10.2015 – 25.10.2015) в шести субъектах РФ: Ивановской, Вологодской, Кировской, Ульяновской областях, Республике Карелия, Удмуртской Республике. Превышение эпидпорога по центральному городу (без превышения эпидпорога по субъекту Федерации) зарегистрировано в 5 городах: Мурманск, Саранск, Чебоксары, Салехард и Горно-Алтайск.

Роспотребнадзор отмечает, что

продолжается иммунизация населения против гриппа в рамках Национального календаря профилактических прививок.

Кроме иммунизации в рамках нацкалендаря, в большинстве субъектов Федерации дополнительно проводится иммунизация против гриппа за счёт средств региональных, муниципальных бюджетов, а также организаций и индивидуальных предпринимателей. В настоящее время за счёт других источников финансирования привито более 2,2 млн человек.

Всё идёт к тому, что прививка от гриппа в нашей стране станет обязательной, которую будут спрашивать при трудоустройстве или при обращении в поликлинику, как это делается сейчас с прививками от опасных инфекций.

Соб. инф.

На контроле

# Здравоохранение: не утратить достигнутое

Активисты Общероссийского народного фронта будут контролировать финансирование здравоохранения, которое должно оставаться на плановом уровне. Нужно сохранить стабильность государственных гарантий не только на федеральном, но и на региональном уровнях, считают в ОНФ.

Профильный комитет Госдумы рекомендовал к принятию в первом чтении проекта федерального закона о бюджете на 2016 г. Согласно ему, расходы на программу «Развитие здравоохранения» предусматривается увеличить на 22% по сравнению с 2015 г., однако это всё равно на 23% меньше, чем в 2014 г. Активисты ОНФ будут отслеживать, чтобы финансирование госпрограммы не было сокращено в процессе исполнения бюджета. Снижение объёма выделяемых средств, по их мнению, может привести к потере тех достижений в сфере здравоохранения, что были достигнуты с 2005 г.

«Нужно сохранить стабильность государственных гарантий не только на федеральном, но и на региональном уровне, – подчеркнул координатор Центра ОНФ по мониторингу качества и доступности здравоохранения, депутат Госдумы, заслуженный врач РФ Николай Говорин. – В результате проведённых реформ в сфере здравоохранения за последнее время, вплоть до 2013 г., улучшились все демографические показатели: уменьшилась смертность, увеличились рождаемость и продолжительность жизни. Это касается исполнения майских указов Президента РФ о снижении смертности от новообразований, сердечно-сосудистых заболеваний, младенческой смертности и т.д. По всем этим показателям у нас была зафиксирована положительная динамика. Ведь именно сфера здравоохранения чрезвычайно важна для каждого из наших граждан».

О необходимости сохранить и даже увеличить траты на медицину говорил на форуме ОНФ

по вопросам здравоохранения и директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, член Центрального штаба ОНФ Леонид Рошаль. Он отметил, что сейчас отечественные медицинские центры оснащены самой современной техникой. «Но нужно учитывать, что нагрузка по финансированию здравоохранения возросла, та же техника – это очень дорогое удовольствие, а это всё входит в наш бюджет», – подчеркнул Л.Рошаль.

Напомним, что в 2014 г. финансирование по программе «Развитие здравоохранения» составило 405 млрд руб. В этом году оно планировалось на уровне 271,6 млрд, но после урезания бюджетных расходов фактически оказалось 255,5 млрд. На следующий, 2016 г., Правительством России было запланировано 272,8 млрд, но согласно законопроекту, размещённому на сайте regulation.ru, траты на госпрограмму увеличены до 332,1 млрд.

Валентин МАЛОВ.  
МИА Сити!

На днях

# С днём рождения, Вероника Игоревна!

Должность министра здравоохранения России предполагает высокое и ответственное служение. Медицина – одна из самых интеллектуальноёмких специальностей. И чтобы управлять такой сложной отраслью, надо обладать не только профессиональными знаниями, организаторскими способностями, умением выстраивать отношения с тысячами людей, но и быть человеком, искренне преданным делу сохранения здоровья населения огромной страны.

Всем помнится период объединённого Министерства здравоохранения и социального развития. Когда оно было разделено, наконец, на два самостоятельных ведомства, медицинское направ-

ление возглавила, как и положено, врач в четвёртом поколении, известный невролог Вероника Скворцова. Мы не раз убеждались и до этого высокого назначения, что обратившись к Веронике Игоревне, встречаешься с пониманием, доброжелательностью и компетентностью. Она, действительно, настоящий врач, обладающий способностью не только оказать медицинскую помощь в экстренной ситуации, но и человек, умеющий сопереживать и проявлять отзывчивость и милосердие. Крепкого здоровья, счастья, благополучия, удачи на нелёгком пути служения Отечеству. Пусть успех сопутствует всем вашим начинаниям!

Андрей ПОЛТОРАК,  
главный редактор  
«Медицинской газеты».

Санитарная зона

# Слово – Роспотребнадзору

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) предупреждает о распространении на территории РФ паразитарной инвазии у человека, заражение которой осуществляется через необеззараженную рыбу, содержащую личинки паразитов. В 2014 г. 1,5% исследованных проб рыбы и продуктов её переработки содержали живые личинки паразитов (в 2013 г. – 1,7%).



Две трети мирового ареала возбудителя описторхоза приходится на территорию России.

Очаг распространения описторхоза находится в Уральском и Сибирском федеральных округах, на эти территории приходится до 97% случаев заражения. За последние 15 лет произошло расширение ареала возбудителя, причиной тому является вовлечение человека в эпидемический процесс. Изменение характера и количества миграционных потоков также на это влияет – применяются экспедиционно-вахтовые методы организации труда, привлекается иностранный персонал и увеличивается международный туризм.

Фактором передачи описторхоза является промысловая рыба семейства карповых, которая обитает во внутренних водоёмах страны, – язь, елец, лещ, плотва и др. По данным референс-центра по биогельминтозам на базе Тюменского НИИ инфекционной и краевой патологии, заражённость этих рыб личинками паразитического червя составляет от

7 до 100% (язь 48-100%, елец 60-100%, плотва 8-46%, лещ 7-15%).

Для обеззараживания рыбы от личинок необходимо применение режима низкотемпературного воздействия. По данным территориальных управлений Роспотребнадзора по субъектам Федерации, на территории УФО функционирует свыше 80 рыбоперерабатывающих предприятий, из них только 70% обеспечены низкотемпературными камерами, режим которых позволяет обеззараживать рыбу от личинок описторхов и других паразитов, которые характеризуются развитием патологического процесса в желудочно-кишечном тракте.

\* \* \*

Роспотребнадзор предупреждает, что риск употребления населением необеззараженной рыбы, особенно в эндемичных по описторхозу, анисакидозу и дифиллоботриозу территориях, остаётся высоким. Чтобы избежать заболевания, необходимо соблюдать меры профилактики.

Иван ВЕТЛУГИН.  
МИА Сити!

В Москве завершила работу 16-я научно-практическая конференция с международным участием «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии». Это традиционный ежегодный форум, организатором которого вот уже много лет является Межотраслевой научно-технологический комплекс «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова. И, несмотря на такую завидную регулярность, конференция всегда вызывает огромный интерес офтальмологического сообщества, как российского, так и мирового. Достаточно сказать, что в этом году среди тысячи её участников около 100 человек – представители зарубежных стран.

В чём причина неизменных аншлагов? Неужели обновление техники и технологии в офтальмологии происходит в таких объёмах, что специалисты каждый год приезжают сюда узнать о чём-то новом? По словам генерального директора МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова профессора Александра ЧУХРАЁВА, офтальмология действительно относится к числу наиболее быстро развивающихся областей медицины, а новые технологии, оборудование, расходные материалы и лекарственные препараты появляются здесь не просто ежегодно, а даже чаще.

Но это, считает Александр Михайлович, лишь одна из причин высокого интереса врачей к конференции, которую в профессиональной среде привычно называют «катарактальной».



читатели могли правильно оценить уровень технологий, которые используют офтальмологи, поясню: 25 гейч равно 0,455 мм, а доступ в 27 гейч – это отверстие размером не более 0,361 мм. Возможности витреоретинальной хирургии в лечении заболеваний сетчатки и стекловидного тела сегодня просто фантастические! То же самое можно сказать о применении лазерной технологии в лечении нарушений рефракции, об использовании ультразвука и лазера для удаления катаракты.

Могу сказать, что, имея в своём распоряжении высокотехнологичную диагностическую и хирургическую аппаратуру, врачи МНТК «Микрохирургия глаза» получают хорошие результаты при лечении

офтальмологической помощи в МНТК «Микрохирургия глаза» мы получаем от жителей Москвы.

Как и другим профильным учреждениям, нам ввели квоту, согласно которой в год наша клиника имеет возможность пролечить за деньги ОМС 3,5 тыс. жителей Москвы, хотя прежде мы выполняли москвичам до 20 тыс. различных операций. Однако удивляет не только само квотирование, но и «логистика» движения пациента, которую придумал кто-то неизвестный. Ситуация парадоксальная: после того, как человек получил в поликлинике МНТК консультацию ведущих специалистов, признанных не только в России, но и за рубежом, он должен пойти в районную поликлинику и при-

– Я полагаю, ещё одной причиной можно назвать очень серьёзную подготовку, строгий отбор докладов и докладчиков, хорошее форматирование программы. Каждый год мы стараемся подать информацию в каком-либо новом формате, отчего даже уже известные офтальмохирургические технологии воспринимаются по-новому: либо это данные о результатах комбинации давно практикуемых и «свежих» подходов к лечению, либо актуальная информация о возможностях симультанного лечения сочетанной патологии органа зрения, либо разбор сложных клинических случаев.

Кроме того, слова «с международным участием» в названии конференции подкрепляются реальным смыслом. Среди тех, кто на протяжении этих трёх октябрьских дней работал на московском «катарактальном» форуме, представители всех континентов, 18 стран. Это ведущие специалисты с мировыми именами, которым есть что рассказать российским коллегам и в то же время есть чему поучиться у российских офтальмологов.

Наконец, в программе конференции традиционно большое место занимают сообщения о научных исследованиях как прикладного, так и фундаментального характера. А среди докладчиков – представители разных научных офтальмологических школ, что неизменно обеспечивает высокий градус дискуссии.

Отмечу, что мы уже не в первый раз практикуем секцию «живая хирургия». Это телетрансляция, во время которой офтальмохирурги, в том числе из регионов, в режиме онлайн выполняют операции, а аудитория в зале может не только наблюдать, но также задавать коллегам вопросы и получать ответы.

– **Попасть в зал во время сеанса «живой хирургии» оказалось невозможным: не было свободных мест, и даже в проходах стояли зрители. А по какому принципу отбиралась тематика мастер-классов?**

– В этом году в программе было несколько показательных рефракционных операций с фемтосекундным сопровождением, причём хирурги использовали лазеры разных модификаций. Мы показали достоинства целой линейки фемтолазерных аппаратов, чтобы не подчёркивать преимущество какого-либо одного, и дать возможность врачам, которые ещё не имеют опыта работы с тем или иным оборудованием, составить своё мнение. Кроме того, хирурги показали разные методики коррекции рефракционных нарушений.

Хочу подчеркнуть, мы впервые продемонстрировали отечественный фемтосекундный лазер, который в настоящее время проходит апробацию, в том числе в нашем институте. Этот аппарат разработан российскими физиками совместно с учёными МНТК «Микрохирургия глаза».

– **Что говорят ваши коллеги, есть у российского лазера будущее?**

– Есть, вне сомнения. Это не

## Авторитетное мнение

# Офтальмологи наращивают потенциал

## Технологическая мощь глазной хирургии впечатляет

значит, что созданный в России офтальмологический лазер сверхкоротких импульсов идеален и не требует доработки, совершенствования. Мы каждый год проводим апгрейд даже самых лучших зарубежных аппаратов, дооснащаем их новыми приставками, меняем программы. Но в целом новый отечественный прибор вполне конкурентоспособен и по качеству, и по цене, что в настоящее время для нашей страны немаловажно.

– **Почему вы и ваши коллеги называете эту конференцию «катарактальной», хотя в её программе разделы и по глаукоме, и по заболеваниям роговицы?**

– Действительно, задуманная когда-то для обсуждения тематики катаракты и аномалий рефракции конференция давно переросла заданные рамки и стала мультидисциплинарной. Ежегодно добавляются одна-две, а то и три новые секции.

Например, в этом году мы впервые организовали две зарубежные секции. К нам приехали большие группы учёных и врачей из Бразилии и Индии. Симпозиум, подготовленный кафедрой офтальмологии Университета Сан-Паулу, посвятили проблемам лечения глаукомы у пациентов с катарактой и нарушениями рефракции. А наши индийские партнёры провели специальную сессию, в ходе которой рассказали о собственном опыте катарактальной хирургии и профилактики осложнений при рефракционной лазерной хирургии.

Целью три дня работала «роговичная» секция, где обсуждались хирургические подходы к лечению пациентов с кератоконусом. Это говорит, с одной стороны, о серьёзном прорыве офтальмологии в данном направлении, а с другой – об огромном количестве вопросов, требующих обсуждения в профессиональной среде. Из всех заболеваний переднего отрезка глаза, бесспорно, наиболее сложным в плане лечения является кератоконус. Известно, что нередко есть только один способ помочь пациенту – выполнить кератопластику. В России большая очередь пациентов на пересадку роговицы. Мы технически и технологически готовы выполнять эти операции в необходимом объёме, разработаны и с успехом применяются современные технологии трансплантации. Осталось решить задачу юридически, я имею в виду законодательное сопровождение

операций по трансплантации тканей.

Ещё одна сложность – сохраняющееся негативное отношение общества к донорству органов и тканей. За рубежом сделан громадный скачок в данном направлении благодаря усилиям и государства, и средств массовой информации, и церкви. Поэтому банки органов и тканей там более богатые, чем наши.

Кстати, в головной организации системы МНТК «Микрохирургия глаза» находится единственный в стране глазной тканевой банк. Более того, именно наши учёные разработали среду для хранения и транспортировки донорского роговичного материала. Не только в Москве, но и во всех филиалах успешно занимаются трансплантацией донорской роговицы. Например, Чебоксарский филиал выполняет около 300 пересадок в год. Если бы все клиники системы МНТК, а также республиканские и областные офтальмологические больницы могли выполнять такое количество операций, мы бы значительно уменьшили очередь нуждающихся в лечении. Сам комплекс «Микрохирургия глаза» в состоянии делать до 3 тыс. таких операций ежегодно, но донорского материала хватает только на 500 или чуть больше.

Поэтому учёные ищут иные способы лечения заболеваний роговицы, что и обсуждалось на «роговичной» секции конференции. Важно подчеркнуть, что из четырёх видов кератопротезов, которые сегодня используются в мировой офтальмологии, один – разработка нашего института.

– **Много говорили о профилактике и коррекции осложнений. Почему? Процент неудач в современной офтальмохирургии стал высоким?**

– Как раз для того, чтобы он не стал высоким, и было уделено столько внимания данной теме в программе форума. В целом же вектор развития современной офтальмохирургии – микроинвазивные вмешательства, это как раз то направление, которое должно обеспечивать наименьший показатель интра- и послеоперационных осложнений.

Например, использование современной эндовитреальной микроинвазивной технологии 25 и 27 гейч позволяет уменьшить интраоперационную травму глаза до размеров, которые кажутся просто нереально малыми. Чтобы

пациентов с последствиями серьёзных проникающих ранений глаза, диабетической ретинопатией и самыми тяжёлыми формами отслойки сетчатки, которые в лечебных учреждениях традиционно считают неоперабельными. Мы также преуспели в лечении ретинопатии недоношенных, онкологических заболеваний, глаукомы и других патологий.

Но само по себе использование прецизионного оборудования ещё не гарантирует стопроцентный результат вмешательства на такой тонкой и сложной структуре, как орган зрения. Поэтому и профилактика осложнений, и тактика действий в клинически трудных ситуациях, когда врач сталкивается с изначально осложнённой патологией у пациента, всегда были и остаются заглавной темой наших конференций. За 3 дня работы форума проведено 7 секций и симпозиумов, посвящённых современным подходам к хирургии осложнённых катаракт, разбору сложных случаев в рефракционной хирургии. В хирургии не всегда всё идёт гладко, и врач должен не просто знать о возможных неожиданностях, но также прогнозировать их и быть готовым справиться с ними.

– **На конференции было представлено несколько десятков новейших технологий лечения заболеваний органа зрения, в том числе самых сложных. Насколько доступны эти технологии пациентам? Сегодня практически все руководители медицинских организаций говорят об отрицательной динамике финансирования и, как следствие, о сокращении объёмов оказанной помощи. Вы с этим столкнулись?**

– В прошлом году в целом по Российской Федерации объём офтальмохирургической помощи составил около 800 тыс. операций. Учреждения МНТК «Микрохирургия глаза» выполнили 250 тыс. операций разной категории сложности.

Я не вижу отрицательной динамики финансирования, но вижу динамику «ручного администрирования» не в пользу больных. МНТК много лет является участником системы обязательного медицинского страхования, что само по себе является подтверждением равной доступности наших услуг для всех жителей страны. Но, как ни странно, последние пару лет больше всего жалоб на ограничение доступности специализированной и высокотехнологичной

нести направление на операцию от офтальмолога, работающего в первичном звене. То есть по сути это даже не направление, а разрешение получить медицинскую помощь в нашем учреждении. И всё чаще люди говорят, что им не дают направление на лечение в наш институт. Установленное законом право гражданина выбирать медицинское учреждение не соблюдается.

Как вы думаете, с каким настроением опять приходит к нам этот человек? И что приходится выслушивать нашим врачам на приёме?

– **О недостатках системы квотирования и о самой её целесообразности говорят многие главные врачи и директора институтов. Есть ли выход?**

– Возможности любого государства по оказанию бесплатной медицинской помощи ограничены. За рубежом люди порой ждут очереди на офтальмохирургическое лечение годами. В некоторых странах при катаракте не разрешается за деньги государственной системы страхования делать операцию, если не потеряно 50% функции глаза. Ещё недавно в ряде весьма богатых стран система госстраховки не подразумевала имплантацию мягких интраокулярных линз, а только жёстких: они дешевле.

Да, государство может лимитировать объём своих финансовых затрат на здравоохранение. Но нельзя, управляя финансами, отказываться от принципов честной конкуренции на рынке медицинских услуг, защищая интересы не пациента, а учреждений здравоохранения. Во главу угла нужно поставить пациента.

Давайте не будем забывать, что в иерархии органов чувств люди ставят зрение на первое место. А такие грозные заболевания, как макулярная дегенерация, глаукома, катаракта, лишают человека возможности работать и быть в социуме, вызывают эмоциональные расстройства и, наконец, самое главное, чего каждый боится больше всего, – потерю независимости. Мне бы очень хотелось, чтобы всё, чего достигла и ещё достигнет российская офтальмология, служило людям.

Беседу вела  
Елена БУШ,  
обозревателю «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Продолжение рассказа о конференции читайте в следующем номере «МГ».

От формального  
участия в НМО

Конференция началась с доклада академика РАН Николая Ющука «Современные подходы к повышению квалификации врачей в различных странах». В нём был дан анализ определений непрерывного медицинского образования, принятых в ЕС и в нашей стране. Как убедительно показал докладчик, НМО актуально во всех государствах мира. Например, в США 210 тыс. человек погибают ежегодно из-за предотвратимых медицинских ошибок в стационарах, а с учётом не вошедших в исследование данных – эту цифру следует оценивать на уровне 400 тыс. преждевременных смертей. В США это составляет 16% от всех умерших. Если экстраполировать эту цифру на российскую статистику, то выйдет – 300 тыс. летальных исходов, которые можно было бы избежать. Между тем, в России ординатура по срокам короче, чем в развитых странах. Российским врачам приходится трудиться в ситуации дефицита кадров и ограничения финансовых средств.

Мотивацией для НМО является тот факт, что в 55% стран оно обязательно для лицензирования и ререгистрации. То есть для продления права работать по специальности. Контроль за его прохождением врачами выполняется: в 53% стран – профессиональными организациями с регулирующими функциями, в 27% – профессиональными организациями и научными обществами, в 20% – министерствами здравоохранения. То есть в большинстве государств мира этим всё-таки занимаются профессиональные организации, в том числе научные общества по специальностям. Они разрабатывают политику, контролируют и накладывают на врачей санкции за непрохождение НМО. В большинстве стран (90%) оценивают качество самих материалов и мероприятий НМО, а не поставщиков образовательных услуг. А в 80% случаев отмечается, что за участие в процедуре взимаются взносы.

Врачи в странах ЕС предпочитают различные виды образовательной активности. В докладе они были перечислены в порядке убывания: конференции, семинары, разборы клинических случаев, электронное обучение, аудиторные занятия, симуляционные курсы, обучение в клинических условиях, научные исследования, самообучение (чтение журналов, руководств и др.), участие в мероприятиях от работодателей, клинический аудит, изучение видеоматериалов, оценка коллегам и т.д. Ежегодно врачи в ЕС должны пройти в рамках НМО от 7 до 100 часов или от 5 до 15 дней. Оплачивают такую подготовку прежде всего сами врачи, получая образовательный сертификат. В некоторых странах им помогают в этом работодатели, медицинская индустрия. Но это делается с учётом этических требований. В 70% стран ЕС внедрены этические кодексы независимости НМО от фармацевтических компаний.

Таким образом, в большинстве государств экзамен для допуска в профессию сдаётся один раз в 5 лет. К этому времени врач должен «набрать» 250 часов (кредитов) НМО. При этом некоторое количество кредитов он может «заработать» на дистанционном образовании, но не более – 1/2 часов-кредитов.

По мнению Н.Ющука, в России нормативными документами нужно установить виды образовательной активности врачей, которые будут учитываться в НМО. Следующий шаг – создать независимую комиссию по оценке качества мероприятий и материалов для непрерывного медицинского образования. Обязательно учитывать требования прохождения НМО при реаккредитации врачей (не менее 50 часов в год), включить в учебные программы тематического усовершенствования

## Решения

## В рамках перемен

Конференция «Социально значимые нозологии в инфектологии» и выездное заседание учебно-методической комиссии по инфекционным болезням прошли в Астрахани

В этих двух крупных мероприятиях приняли участие более 240 специалистов из различных субъектов Федерации. С приветственными словами к собравшимся обратились президент Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова академик РАН Николай Ющук, министр здравоохранения Астраханской области Павел Джувалыков, ректор Астраханского государственного медицинского университета профессор Халил Галимзянов, руководитель комиссии по непрерывному медицинскому образованию Национальной медицинской палаты профессор Гузель Улумбекова и другие.

Главными темами обсуждения стали современные проблемы состояния здравоохранения в России и в европейском регионе, новые подходы к повышению квалификации врачей и их специализированной аккредитации в нашей стране. Как и на каждом серьёзном форуме, в столице Нижнего Поволжья были органи-

зованы «круглые столы»: «Обеспечение учебного процесса при изучении дисциплины «Инфекционные болезни» и «Проблемы вирусных гепатитов: вчера, сегодня, завтра».

Темы их можно назвать крайне актуальными. Ведь вирусные гепатиты являются важнейшей причиной хронических заболеваний печени. По данным ВОЗ, 180 млн человек в мире инфицированы вирусом гепатита С, все эти люди подвергаются риску развития цирроза или рака печени. Вирусный гепатит С необходимо рассматривать как такую же масштабную угрозу общественному здоровью, как ВИЧ-инфекция, малярия и туберкулёз.

За весь период официальной регистрации гепатита С в Российской Федерации кумулятивно выявлено 500 тыс. случаев ХГС. При этом истинная распространённость ХГС в РФ в настоящее время остаётся неизвестной. Предположительно, по оценке экспертов, в России более 4 млн человек, инфицированных ВГС, 3 млн из которых имеют хронический гепатит С.



В президиуме конференции

врачей современные темы. Следует подумать над тем, как сделать так, чтобы работодателям стало выгодно направлять на обучение врачей, оплачивать им командировочные расходы, обеспечивать доступ на рабочем месте к бумажным и электронным учебным модулям, библиотекам.

Миссия профессиональных обществ в развитии НМО заключается в следующем: объединить усилия по специальностям всех кафедр медицинских вузов, главных внештатных специалистов федерального и региональных органов управления здравоохранением. Это необходимо, чтобы совместно разрабатывать и постоянно актуализировать единые программы повышения профессиональной квалификации врача в рамках НМО, использовать аккредитованные образовательные материалы. Только так можно повысить кафедрам вузов конкурентоспособность на свободном рынке данных услуг.

Кроме того, особо было обращено внимание на необходимость развития непрерывного медицинского образования в связи с предстоящей специализированной аккредитацией врачей и профессорско-преподавательского состава кафедр медицинских вузов.

Директор Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова профессор Евгения Ших посвятила своё выступление основным принципам системы специализированной аккредитации и реаккредитации специалистов, которая должна зарабатывать в ближайшее время. Проректор МГМСУ им. А.И.Евдокимова Игорь Маев рассмотрел в своём докладе организационно-методические особенности реализации образовательных программ на до- и последипломном периоде обучения. Доцент кафедры педагогики и психологии этого университета Константин Зорин остановился

на вопросах педагогических и ценностно-смысловых подходов к изучению инфекционных болезней.

## Отвечая на вызовы времени

В дни форума исполнилось 90 лет кафедре инфекционных болезней Астраханского государственного медицинского университета. Высокое собрание не могло пройти мимо столь знаменательной даты. Этому событию был посвящён доклад ректора АГМУ профессора Халила Галимзянова. Событие, действительно, знаковое для медицинского сообщества инфекционистов. В этом жарком регионе в низовьях Волги находится значительное число эпидемических очагов особо опасных инфекций.

– Возникновение и организация кафедр инфекционных болезней АГМУ относится к 1925 г., когда во всех медицинских вузах страны стали создаваться самостоятельные кафедры инфекционных болезней, – рассказал ректор. – Первым организатором и заведующим кафедрой с момента возникновения и до 1942 г. был крупнейший учёный в области маляриологии, доктор медицинских наук, профессор Фёдор Михайлович Топорков, воспитанник Саратовского университета, организатор противоземлемической службы и известный учёный-инфекционист.

Профессор Ф.Топорков совместно с Шмерлом Эпштейном впервые в астраханском регионе начали работу по ликвидации малярии. При этом большое внимание уделялось изучению клинко-патогенетических закономерностей брюшного и сыпного тифов, дизентерии. Имя профессора Ф.Топоркова внесено в Книгу почёта Всесоюзного научно-методического общества эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов им. И.И.Мечникова.

С 1942 по 1964 г. кафедру возглавляла ближайшая ученица профессора Топоркова доцент Августа Возжаева. С июня 1964 по март 1975 г. кафедрой руководил доцент

Борис Богомолов (ныне – заместитель главного инфекциониста ГМУ УДП РФ, член-корреспондент РАН).

В конце июля 1970 г. на долю астраханцев выпало тяжёлое испытание: в регионе был зарегистрирован первый случай холеры Эль-Тор у капитана судна, ходившего на юг Каспийского моря к границам Ирана. Заболевание закончилось трагически. С 25 июля 1970 г. в Астрахани началась эпидемия холеры. В числе тех, кто встал на пути этого заболевания, оказались студенты и преподаватели АГМУ.

И вот уже 26 лет кафедрой заведует академик РАЕН, доктор медицинских наук, профессор Халил Галимзянов. С этого периода здесь начали осваивать новые научные направления: изучение клинко-патогенетических закономерностей природно-очаговых, социально значимых и паразитарных инфекций, заниматься их дифференциальной диагностикой, разработкой алгоритмов адресной этиотропной и иммунокорректирующей терапии.

Следуя традициям своих учителей, коллектив продолжает активную педагогическую и научно-исследовательскую работу в практическом здравоохранении.

Подтверждают это доклады сотрудников кафедры, прозвучавшие на заседании. Они были посвящены клинко-патологическим особенностям поражения печени при кокцидиозе, современным особенностям течения Конго-Крымской геморрагической лихорадки в Астраханской области, региональным особенностям клинического течения, структуре осложнённой лихорадки Западного Нила, клинической характеристике тяжёлого течения Астраханской риккетсиозной лихорадки.

Интерес вызвали и доклады, посвящённые вопросам изучения гемокоагуляционных нарушений у больных природно-очаговыми инфекциями. Ещё ряд выступлений касался использования бактериофагов и обмена опытом применения фагосодержащей продукции в медицинских учреждениях.

Живую дискуссию вызвало выступление председателя правления Ассоциации медицинских обществ по качеству, руководителя комиссии по непрерывному медицинскому образованию Национальной медицинской палаты, профессора Гузели Улумбековой. Она считает, что финансирование здравоохранения должно быть увеличено. Иначе начнёт реализовываться негативный демографический сценарий – увеличение смертности населения. Особенно угрожающими темпами возрастает смертность мужчин трудоспособного возраста. Руководству федерального здравоохранения следует уделить гораздо больше внимания этой проблеме, сделав раннее выявление заболеваний у этой группы

одним из приоритетов работы отрасли. Кроме того, она высказала свою точку зрения на основные тенденции дальнейшего развития непрерывного медицинского образования в свете предстоящей специализированной аккредитации врачей.

Предложения получили  
одобрение

Участники выездного заседания УМК указали на необходимость создания единого образовательного пространства по дисциплине «Инфекционные болезни» и обеспеченности учебного процесса современными учебно-методическими материалами. Подготовке к изданию учебных пособий «Диагностика типичного случая инфекционной болезни (стандартизованный пациент)» и «Инфекционные болезни: синдромальная диагностика» была одобрена участниками конференции и поддержана членами УМК. Высказано предложение активизировать работу по созданию единой базы тестовых заданий по дисциплине «Инфекционные болезни» для студентов лечебных факультетов медицинских вузов. Кроме того, на УМК всесторонне рассмотрели учебно-методическую литературу, подготовленную коллективами кафедр инфекционных болезней для рекомендации к использованию в учебном процессе и присвоения грифа УМО Минздрава России.

УМК поручила разработать проект приказа по требованиям к базам и аккредитационным комиссиям, проводящим специализированную аккредитацию профессорско-преподавательского состава (ППС) кафедр инфекционных болезней. Кроме того, высказано мнение о том, чтобы аккредитационные комиссии ППС работали под эгидой УМО Министерства здравоохранения РФ с привлечением профильной УМК по инфекционным болезням.

Динамичные изменения, происходящие в медицинской отрасли, требуют пересмотра подходов к развитию непрерывного медицинского образования. С этим тезисом согласны все ведущие инфекционисты. А предстоящий переход на накопительную кредитную систему в рамках НМО должен произойти за счёт более широкого использования в образовательном процессе дистанционных форм обучения, повышения активности участия врачей в медицинских образовательных мероприятиях. Это позволит не только улучшить уровень профессиональных компетенций врачей, но и в том числе повысить их конкурентоспособность на рынке труда.

Алексей ПАПЫРИН,  
спец. корр. «МГ».

Москва – Астрахань.

В системе здравоохранения страны трудится 1 млн 868 тыс. медицинских работников, из них 1 млн 336 тыс. – специалисты со средним образованием: медицинские сёстры, акушерки, лаборанты, фельдшеры. Это – огромная армия, потенциал которой до конца не раскрыт, а следовательно, не используется должным образом. О том, что сегодня может сестринский персонал, и с какими проблемами сталкивается, шла речь на Всероссийском конгрессе «Медицинские сёстры – движущая сила перемен по оказанию эффективной и экономической помощи». Мероприятие, организованное Ассоциацией медицинских сестёр России (РАМС), продемонстрировало стремление специалистов сестринского дела играть более значимую роль в сохранении и укреплении здоровья населения. Многочисленные симпозиумы и «круглые столы» были посвящены задачам развития и совершенствования сестринской и акушерской практики, внедрению доказательной медицины, повышению уровня подготовки специалистов, расширению их профессиональных функций.

В форуме приняли участие гости из Китая, Швеции, США, Дании, Японии, Кыргызстана, Украины. Как сказала президент РАМС Валентина Саркисова, для медицинских сестёр границ нет.

## Им хочется идти вперёд

Когда смотришь в огромный зал, заполненный людьми с горящими глазами, понимаешь – им многое по плечу. Красивые, образованные, целеустремлённые, объединённые любовью к своей профессии, они вызывают искреннее уважение, не стесняются высказывать свою точку зрения, проявлять активность. Да простят меня врачи, но в мероприятиях сестринского персонала больше жизни и заинтересованности. Понятно, что на подобные конгрессы приезжают лучшие представители, но объективно надо признать – за два последних десятилетия медицинские сёстры изменились в целом. О чём говорит хотя бы такой факт. Если раньше на сестринских конференциях и конгрессах докладчиками выступали преимущественно врачи, то сейчас везде солируют медицинские сёстры. Им есть что сказать, чем поделиться. Они ведут собственные исследования, учатся и обучают других.

Более того, в только что вышедший в свет европейский сборник примеров показательной сестринской и акушерской практики включены 5 примеров из Российской Федерации (всего же в сборнике – 55 примеров со всего европейского региона).

Не так давно о российских сёстрах мало что было известно на международной арене, а сегодня

## Ориентуры

# Движущая сила отрасли

## В Санкт-Петербурге состоялся Всероссийский конгресс медицинских сестёр



Выступает В.Саркисова

их лидер, президент РАМС Валентина Саркисова возглавляет Европейский форум национальных сестринских и акушерских ассоциаций – крупнейшую европейскую организацию. Это ли не признание!

Сотрудничество с РАМС ценит и Всемирная организация здравоохранения, о чём сказала её представитель Галина Перфильева, выступая перед участниками конгресса.

Едва ли найдётся в медицинском сообществе страны более многочисленная профессиональная общественная организация, чем РАМС. Она объединяет свыше 170 тыс. медицинских сестёр, акушерок и фельдшеров! При этом пополнение рядов не считает самоцелью, главное – вовлечённость сестринского персонала в общественную деятельность.

Приветствуя участников конгресса, директор Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, глав-

показали, как с помощью научных данных можно решать проблемы клинической практики, – говорит В.Саркисова.

В итоге – в целом ряде регионов специалисты сестринского дела провели работу по формированию у пациентов приверженности лечению, профилактике его прерывания, добываясь 100-процентного выполнения назначений. Это помимо безусловной пользы для здоровья самих пациентов способствовало достижению серьёзного экономического результата, ведь прерывание терапии увеличивает риск развития туберкулёза с лекарственной устойчивостью, стоимость лечения которого в сотни раз превышает лечение обычного туберкулёза.

работа по профилактике побочных эффектов лечения, в том числе учреждены школы пациента. В результате стали расти показатели удовлетворённости медицинской помощью, меняться качество жизни больных, был сделан важнейший шаг к обеспечению безопасности химиотерапевтического лечения и экономии финансовых средств. Выяснилось, что нередко врачи, особенно непрофильных отделений недостаточно хорошо следят за дозировками препаратов, за способами их разведения.

Медицинские сёстры внедряют инновации и в деятельность амбулаторно-поликлинического звена, центров профилактики и здоровья, организуют службы поддержки тя-

желобольных пациентов на дому, реформируют работу регистратуры, разрабатывают модели онлайн общения с пациентами.

Но РАМС, как профессиональная организация, хотелось бы, чтобы движение со стороны сообщества медицинских сестёр сопровождалось аналогичным движением навстречу со стороны органов управления здравоохранением.

За последние 2 года в этом плане намечаются положительные сдвиги.

Министерство здравоохранения РФ выражает поддержку инициативам по расширению сестринской практики, появились позитивные изменения в решении кадровых вопросов, не за горами внедрение накопительной системы повышения квалификации.

– В течение долгого времени мы настаивали, что медицинская сестра – это самостоятельная профессия, со своей уникальной ролью в вопросах лечения, ухода, поддержки пациента, – говорит В.Саркисова. – Из года в год повторяли тезис, что медсестра – помощник не врача, а пациента. И в последнее время именно так о медицинской сестре начинают говорить. Мы гордимся этими достижениями. Гордимся тем, что с обложки стратегических документов ВОЗ по укреплению сестринского

здоровья.

Ярким примером эффективной сестринской помощи стал проект в области онкологии.

### БЛИЦ-ИНТЕРВЬЮ

**Зоя ИВАНОВА, исполнительный директор Ассоциации медицинских работников Архангельской области, в прошлом главная медицинская сестра противотуберкулёзного учреждения:**

– Я более 40 лет отработала в противотуберкулёжном учреждении. И хочу сказать, что РАМС оказала большое влияние на повышение уровня знаний сестринского персонала нашей службы. Когда-то (в 2008 г.) благодаря ассоциации мы проходили обучение, построенное по каскадному принципу, то есть меня научили, я должна научить 10 человек из противотуберкулёзной службы и 10 человек из общей лечебной сети. Провели у себя в Архангельске очень большую работу, организовали много мастер-классов, семинаров, конференций. Результаты не заставили себя ждать. А толчком к действиям послужил образовательный проект РАМС.

Сегодня нас на конгрессе из Архангельска 21 человек. Кто-то прибыл благодаря поддержке спонсоров, а кого-то учреждения сами направляли, например, главный врач скорпомощной больницы № 1 командировал 7 медсестёр. Сразу видно, что руководитель понимает роль сестринских кадров в современных условиях. Для них такая поездка – это возможность обогатиться новыми знаниями. И наши ожидания полностью оправдались. Очень интересный был мастер-класс по реабилитации, особенно привлёк внимание опыт Краснодарской краевой больницы № 1, где ещё в реанимационном отделении сразу же, после того как пациент пришёл в себя после операции, начинают реабилитационные мероприятия.

– Оценив самые распространённые проблемы пациентов с онкозаболеваниями, – комментирует В.Саркисова, – увидели, что поддержка необходима при проведении химиотерапии. Мы обучили медицинских сестёр из 30 регионов и смогли показать, что медицинская сестра может и должна уделять больше внимания клинической работе.

В 18 регионах был внедрён контрольный подсчёт дозировки препарата, в 30 регионах стартовала

и акушерского дела в Европе на читателей – а среди них министры здравоохранения 53 европейских стран – смотрят медицинские сёстры нашей страны – члены Ассоциации медицинских сестёр России.

Понятие эффективности медицинской помощи очень многогранно. И одним из важнейших аспектов является то, как на деле реализуется потенциал знаний и навыков специалистов. К сожалению, инновационные подходы,



Зал был заполнен до отказа

### БЛИЦ-ИНТЕРВЬЮ

**Ирина СОРУХАН, главная медицинская сестра Владимирской областной клинической больницы:**

– Конгресс стал уникальной площадкой, где встречаются медсёстры из разных регионов, обсуждают профессиональные проблемы. И это замечательно.

Мы присутствуем на подобных мероприятиях уже не в первый раз. Положительных эмоций, ярких впечатлений – очень много. В ходе конгресса получаешь огромный объём информации. Люди делятся тем, что у них происходит, и ты можешь почерпнуть то, чего нет у тебя. Ты сравниваешь и, конечно, рассказываешь в своём учреждении о том, что услышал, увидел, что хотел бы внедрить в практику.

Нам был интересен симпозиум, посвящённый деятельности региональных сосудистых центров. Чрезвычайно полезным оказался мастер-класс по операционному белью, в ходе которого больница рассказала об опыте организации персонализированного учёта белья на конкретного больного. Такие мастер-классы нужны организовывать чаще. Да и вообще следует создавать больше методических руководств, потому что в медицинской практике много сфер, где нет нормативов.

Мы – постоянные участники конгрессов, организованных РАМС, но всякий раз привозим с них для себя что-то новое. Нам интересно услышать даже о том, что ещё находится в стадии разработки. Начинаем задумываться, прикидываем, где что надо подкорректировать. То есть возвращаемся с конгресса уже с перспективой на будущее.

Сейчас много говорится о расширении функций медицинской сестры. Да, функции надо расширять, но в то же время следует уменьшать документооборот, унифицировать его, чтобы медсестра могла больше заниматься практикой, а не тратить время на заполнение огромного количества бланков. Компьютеры были бы в помощь, если не надо было бы дублировать всё в бумажном варианте.

ный специалист по торакальной хирургии Минздрава России Пётр Яблонский назвал РАМС – одной из самых многочисленных, красивых, ответственных, диверсифицированных и в хорошем смысле слова бюрократических общественных организаций в России, а специалистов сестринского дела – приверженцами перемен.

– Вы сохранили богатейшие традиции российского сестринского движения, милосердие, сострадание. Выполняете колоссальный объём работы, охотно осваиваете новые технологии, – сказал он. – Я с умилением вижу сестру, которая держит в руках камеру робота Да Винчи и я знаю, где это происходит – в муниципальной больнице. Современные технологии ворвались во все сферы медицины, без вас их существование невозможно.

### Убедительные результаты

РАМС существует всего 23 года (для сравнения: Ассоциация медицинских сестёр Китая – более века и насчитывает 70 тыс. специалистов). Во многих европейских странах профессиональные ассоциации также перешагнули столетний рубеж). Но то, что РАМС сделала за столь короткий промежуток времени, как сказала президент Международного совета медицинских сестёр Джудит Шамиан, феноменально. Ассоциация действительно стала движущей силой перемен, инициируя их и осуществляя.

Сегодня медицинские сёстры активно демонстрируют, что благодаря их опыту можно достигать и повышения эффективности, и снижения затрат на оказание помощи. Это подтверждают, например, результаты совместного с Международным советом медсестёр проекта по фтизиатрии, направленного на совершенствование сестринской помощи пациентам, страдающим от туберкулёза.

– Мы обучили медицинских сестёр фтизиатрических учреждений,

## БЛИЦ-ИНТЕРВЬЮ

**Алёна ГАЛИЕВА, главная медицинская сестра противотуберкулезного диспансера города Можга Удмуртской республики:**

– Нас здесь из Удмуртии 14 человек. Мы старались рассредоточиться по разным мастер-классам, чтобы потом обменяться информацией. Для себя вынесла много нужного. Приеду домой, буду с главным врачом обсуждать, что и как можно изменить, например, в организации труда среднего медперсонала, потому что в связи с оптимизацией идёт сокращение медицинских сестёр и перераспределение функциональных обязанностей. Очень полезным было выступление начальника отдела охраны труда Минздрава России Татьяны Лозовской.

отдельные прорывы не стали пока повсеместной практикой. Потому что медицинские сёстры слишком часто выполняют функции помощника врача, курьера, завхоза, кого угодно, только не медицинской сестры, испытывая при этом нехватку времени на выполнение своей основной роли, на непосредственную работу с пациентом.

– Мы решительно настроены на изменение этого положения дел, на расширение роли медицинской сестры именно в работе с пациентом, – заявила В.Саркисова. – Но, к сожалению, когда по нашему настоянию на разных российских конференциях стали обсуждаться вопросы расширения роли сестринского персонала, не все в этих размышлениях пошли по правильному пути, некоторые специалисты стали говорить о передаче сестре части врачебных функций. Мне бы хотелось, чтобы это наше стремление понимали в совершенно ином ключе. Может быть, в какой-то отдалённой перспективе речь будет идти и об этом. Однако сейчас в центре нашего внимания должны быть вопросы сестринской помощи, но в широком понимании, помощи, которая действительно отвечает потребностям пациента, требованиям времени, задачам сохранения и укрепления здоровья и, в том числе, экономии ресурсов.

## Новая модель

Совершенствование профессиональной деятельности среднего медицинского персонала определено Министерством здравоохранения как одно из ключевых направлений кадровой политики в отрасли, напомнил слова министра Вероники Скворцовой главный внештатный специалист по управлению сестринской деятельностью Минздрава России Сергей Двойников.

– То, о чём вы мечтали более 20 лет, включено в государственную программу, – отметил он. – Мы переходим с традиционной модели «сестра – помощник врача» на совершенно иную модель «сестра – помощник пациента», то есть пациентоориентированную.

По словам С.Двойникова, основным содержанием новой модели является коренное изменение содержания деятельности существующих должностей сестринского персонала; передача функций сестры, не соответствующих её подготовке и уровню образования, вспомогательному персоналу; пересмотр объёмов нагрузки на сестринский персонал в сторону уменьшения; изменение номенклатуры специальностей, введение новых должностей.

В результате внедрения новой модели профессиональные полномочия медицинской сестры будут включать независимое от врача определение объёма сестринского ухода (что нужно делать сейчас, а что завтра, в какой периодичностью), его организацию и осуществление (какой необходим уход для данного пациента с данной патологией); профилактику, обучение здоровому образу жизни, тому, как себя вести в ближайший период после выписки из стационара, в отдалённый реабилитационный период (какую физическую нагрузку, какую диету соблюдать и т.п.); оказание экстренной медицинской помощи; проведение консультаций, психологической, социальной поддержки пациента и его близких.

На сегодняшний день новая модель деятельности сестринского персонала апробируется в 17 пилотных регионах. Не везде всё идёт гладко. Есть проблемы, сложности.

– Страна огромная, нужно расширять зону пилотных регионов. То, что хорошо в одной области, может с трудом реализовываться в другой, – сказал С.Двойников. – В течение будущего года предстоит существенно изменить номенклатуру деятельности сестринского персонала, нормативно-правовое поле его работы. И к подготовке новых нормативных документов будут прежде всего приглашены именно те специалисты, которые работают в пилотных медицинских организациях.

С.Двойников призвал профессиональное сообщество сконцентрироваться на расширении функций и самостоятельной деятельности сестринского персонала в амбулаторно-поликлинической и стационарной службах; расширении функций акушеров в женской консультации, родильном доме, перинатальном центре; определении места, зоны ответственности сестринских кадров в центрах и кабинетах профилактики, в центрах реабилитации и учреждениях санаторно-курортного лечения.

– Акцент должен перейти на ме-

дицинских сестёр возможностей получать высшее образование, в том числе через очно-заочные формы, на гармонизации образовательных программ средних специальных и высших учебных заведений, на совершенствовании содержания циклов повышения квалификации, на повсеместном внедрении накопительной системы, на расширении возможностей научно-исследовательской работы.

Президент Международного совета медицинских сестёр Джудит Шамиан, подчёркивая значимость образования медсестёр, привела такой факт. В 9 европейских странах было проведено исследование, касающееся взаимосвязи уровня образования сестёр и различных рисков, показавшее, что повышение на 10% пропорции сестёр-бакалавров снижает риск смертности пациентов на 7%.

– Мы боремся за образование потому, что благодаря ему получаем совершенно другие результаты лечения, – подчёркнула она.

На протяжении последних лет РАМС всячески содействует инновациям и внедрению научно обоснованных сестринских вмешательств. По словам В.Саркисовой, год за годом размах этой деятельности расширяется, медицинские сёстры подхватывают начинания своих коллег и применяют к новым категориям пациентов, достигая эффективного контроля боли, профилактики пролежней, раннего восстановления в послеоперационном периоде, сокращения сроков госпитализации, расходов на оказание помощи.



У медицинских сестёр много вопросов

дицинскую сестру. Она – важная фигура здравоохранения, – подчеркнул главный специалист Минздрава.

По его словам, ассоциации нужно принимать самое активное участие в подготовке кадров, их профессиональном развитии.

– В современных условиях роль профессиональных объединений повышается, без их одобрения не может реализоваться ни одна образовательная программа, – сказал С.Двойников. – Поэтому профессиональные ассоциации должны быть готовы к тому, что в конечном итоге в ближайшее время на их плечи ляжет значительная ответственность за качество оказания медицинской помощи.

## Опирайсь на исследования

– Необходимым условием совершенствования сестринской практики, а значит повышения её эффективности и экономичности, мы считаем инвестиции в сестринское образование, – парировала В.Саркисова. – Ассоциация будет настаивать на расширении у ме-

Исследования – важная часть профессии, – напомнила Джудит Шамиан. – Не все из нас должны заниматься исследовательской деятельностью, но все мы должны использовать результаты исследований, внедрять доказательные практики. Опираясь на них, мы будем экономить значительные ресурсы, оказывать именно тот уход, который нужен. Следовательно пациенты будут чувствовать себя лучше при меньших затратах времени, ресурсов и средств.

– Медсёстры способны внести огромный вклад в улучшение медицинской помощи и повышение её эффективности. Продолжайте идти вперёд, – призвала она российских коллег.

## На защите трудовых прав

Говоря о кадровых ресурсах в условиях реформирования здравоохранения, заместитель председателя ЦК профсоюза работников здравоохранения Геннадий Щербаков подчеркнул, что профсоюзу предстоит ещё теснее работать с РАМС, поскольку преобразования

## БЛИЦ-ИНТЕРВЬЮ

**Елена ГЛАДУНОВА, старший фельдшер отделения организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях поликлиники № 3 детской городской больницы № 3 Магнитогорска Челябинской области:**

– Впервые присутствую на таком конгрессе. Покорили и организация форума, и уровень докладов. Счастлива, что попала на симпозиум по организации исследований в сестринском деле. Были очень интересны, познавательны и незаменимы по своей практической наполненности выступления зарубежных гостей. Хотелось бы заняться исследовательской работой, но с чего начать? На симпозиуме даны дельные советы.

Вернувшись домой, буду рассказывать коллегам об атмосфере единения, царившей на форуме, и агитировать за то, чтобы в следующий раз мы приехали сюда большим коллективом (сегодня я, к сожалению, одна) и смогли бы охватить, рассредоточившись по секциям, больше вопросов, ведь программа обширная, симпозиумы одновременно идут в разных залах, и везде не успеть. Полагаю, им будет здесь интересно. У наших медицинских сестёр есть стремление учиться, развиваться. С удовольствием приобрела для них и для себя немало новой медицинской литературы.

затрагивают трудовые права людей. По его словам, ситуация с кадровым обеспечением в отрасли катастрофическая. По оценке Министерства здравоохранения РФ, нехватка среднего медицинского персонала составляет 157,7 тыс. человек, при этом более 20% медицинских сестёр работают по совместительству.

С одной стороны, за последние 3 года средний уровень заработной платы вырос, с другой стороны, этот рост в большинстве регионов обеспечивается благодаря сокращению рабочих мест и экономии фонда заработной платы, увеличению объёма и избыточной интенсификации труда медицинских сестёр.

– Мы настаиваем и будем настаивать на изменении методики Росстата по оценке средней зарплаты, исходя из необходимости её расчёта на ставку, а не на физическое лицо, – пообещал Г.Щербаков.

## Надо хвалить

Однажды всемирно известного альтиста и дирижёра Юрия Башмета, обладателя множества наград, лауреата Государственной премии СССР и четырёх Государственных премий РФ, журналисты спросили: «Не надоело ли ему получать награды? Ведь их у него «миллион».

## Решать проблемы сообща

– Мы настраиваем женщин на положительный лад, помогаем избавиться от страха перед родами, всячески подчёркивая, что беременность – это физиологическое состояние, – сказала корреспонденту «МГ» героиня. – Организация школ материнства способствует снижению уровня тревожности, повышению информированности, сокращению частоты оперативного родоразрешения во втором периоде родов. Они действительно нужны для сохранения здоровья беременных женщин и рождения здоровых детей. И их надо всячески поддерживать.

А Ольга Акинина из города Ленинск-Кузнецкий Кемеровской области удостоена знака «За верность профессии».

И для одной героини, и для другой, это, по их словам, – стимул к дальнейшему совершенствованию.

## БЛИЦ-ИНТЕРВЬЮ

**Ольга ЮНИНОВА, старшая медицинская сестра Республиканской клинической инфекционной больницы Удмуртии:**

– Участие в конгрессе заставило о многом задуматься. Попробуй организовать качественный уход, если укомплектованность кадрами всего 47% и сестра работает «сутки через сутки».

Для меня был большой вопрос – раскладка медикаментов. Получила на него ответ на симпозиуме «Ресурсосберегающие технологии. Свободные руки», где был представлен опыт работы кемеровчан, организовавших отделение персонифицированной раскладки и раздачи лекарственных препаратов. Думаю, отделение нам вряд ли удастся создать, а вот персонифицированную раздачу внедрить можно.

Он задумался, а потом сказал: «Не надоело. Когда человека, работающего с душой, хвалят, он и дальше готов творить, экспериментировать, пробовать. Надо хвалить».

Поощрять, награждать, мотивировать, выделять лучших специалистов – РАМС считает одной из своих важнейших задач. Поэтому на торжественной церемонии открытия конгресса ряд медицинских сестёр и акушеров были награждены знаком ассоциации «За верность профессии», дипломами за вклад в развитие сестринского дела, исследовательскую деятельность. Так, Мария Студенцова,

социациям, определения и соблюдения оптимальных нормативов нагрузки, обеспечения безопасных и комфортных рабочих мест, законодательного закрепления профессиональной роли, статуса и ответственности сестринского персонала, введения страхования профессиональных рисков и многих других вопросов, – сказала в заключение лидер российских медицинских сестёр В.Саркисова, возглавляющая ассоциацию более 20 лет. Кстати, на предшествовавшей конгрессу отчётно-выборной конференции коллеги вновь её переизбрали президентом,

## БЛИЦ-ИНТЕРВЬЮ

**Елена ИПАТОВА, старшая медицинская сестра отделения анестезиологии и реанимации Архангельского областного клинического онкологического диспансера:**

– Конгресс запомнится позитивной доброжелательной атмосферой, тёплым общением друг с другом. В профессиональном плане он дал также очень много. Новую информацию сейчас можно почерпнуть и в Интернете, и в различных изданиях, но здесь – живые люди. Ты можешь подробно расспросить, что и как они сделали в своих регионах, поделиться успехами и сомнениями, обогатиться опытом, показать свои наработки.

акушерка Ленинградской областной клинической больницы, стала призёром конкурса «Исследования в сестринском деле». Её работа посвящена изучению эффективности психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам и материнству.

доверив руководство РАМС на ближайшие 5 лет. – Нам предстоит ещё много работы, у нас масса различных проблем, и решать их можно только сообща.

Валентина ЕВЛАНОВА,  
спец. корр. «МГ».

В 1995 г. ВОЗ объявила туберкулёз неотложной глобальной проблемой. За прошедшие два десятилетия было пролечено 56 млн. больных туберкулёзом (ТБ), что, предположительно, позволило предотвратить 22 млн. смертей. Смертность от ТБ в мире, по сравнению с 1990 г., снизилась на 45% (с 24 до 14 на 100 тыс. населения). Однако ежегодно около 3 млн больных туберкулёзом не получают лечения. Особое беспокойство вызывают случаи туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ/ШЛУ-ТБ). Хотя считается, что глобальная распространённость МЛУ-ТБ составляет 3,6% среди впервые диагностированных случаев и 20,2% у ранее леченных больных, в России и ряде республик бывшего СССР, по данным Томаса Фридена и соавт. (JAMA. 2014;312(14):1393-1394. doi:10.1001/jama.2014.11450), она гораздо выше: 20-35% среди впервые диагностированных случаев и 50-69% у ранее леченных больных. Самой большой опасностью эти авторы считают недостаточное внедрение эффективных и доступных стратегий и средств. Борьба с туберкулёзом основывается на трёх принципах: во-первых, быстром и раннем диагнозе; во-вторых, незамедлительном начале эффективного лечения, которое должно мониторироваться до конца, и, в-третьих, прекращении передачи инфекции.

### ВОЗ: благодарность за лидерство

Каковы же успехи и проблемы борьбы с туберкулёзом в нашей стране? На сайте Росийского общества фтизиатров опубликован необычный документ – письмо регионального директора Европейского бюро ВОЗ Жужаньи Якаб министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой (см. [http://roftb.ru/netcat\\_files/doks2015/letter.pdf](http://roftb.ru/netcat_files/doks2015/letter.pdf)). «Я хочу выразить вам признательность за усилия, предпринимаемые Министерством здравоохранения РФ в области профилактики и борьбы с лекарственно-устойчивым туберкулёзом», – пишет госпожа Якаб. «Мы благодарны за проявленное вами лидерство в сфере борьбы с проблемой устойчивости к противомикробным препаратам, выразившееся в проведении пересмотра национальных нормативных документов и рекомендаций по клиническому ведению больных туберкулёзом с МЛУ/ШЛУ-ТБ. Важными вехами в этой связи стали проведение уникального консультативного процесса Министерства здравоохранения и Всемирной организации здравоохранения в рамках деятельности Рабочей группы высокого уровня по ТБ в Российской Федерации и утверждение вами приказа № 951 от 29 декабря 2014 г.», – подчёркивает она.

Насколько значима проблема борьбы с туберкулёзом вообще и с МЛУ/ШЛУ-ТБ в частности? Ответ можно найти в подготовленном ВОЗ «Докладе о глобальной борьбе с туберкулёзом, 2014 г.» (см. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf)). Символично, что этот 170-страничный доклад, содержащий данные 202 стран и территорий, посвящён сотруднику Департамента коммуникаций ВОЗ Гленну Томасу (Glenn Thomas), оказавшемуся на борту самолёта «Малайзийских авиалиний», сбитого 17 июля 2014 г. Согласно приведённым в докладе оценкам экспертов, число заболевших туберкулёзом в 2013 г. в мире составило 9 млн человек, а 1,5 млн умерли от этой болезни, в том числе 360 тыс. человек, также инфицированных ВИЧ. В период с 2000 по 2013 г. в результате эффективной диагностики и лечения ТБ было спасено 37 млн человеческих жизней. Однако, отмечают авторы доклада, «принимая во внимание, что большую часть случаев смерти от ТБ можно предотвратить, показатели смертности от этой болезни продолжают оставаться на недопустимо высоком уровне, и необходимо ускорить темпы борьбы с ней для выполнения к 2015 г. глобальных задач, поставленных в рамках Целей тысячелетия в области развития (ЦТР)».

Задача снижения бремени ТБ к 2015 г. по всем трём целевым показателям (заболеваемость, распространённость, смертность) была достигнута в 2 из 6 регионов ВОЗ (Америке и Западной части Тихого океана). В 2013 г. показатель успешного лечения сохранялся на уровне 86% среди всех новых случаев ТБ, но показатели успешного лечения в Европейском регионе в 2012 г. оставались на уровне ниже среднего, составляя 75%.

В докладе много внимания уделяется ТБ с множественной лекарственной устойчивостью. «Если бы тестирование на лекарственную устойчивость в 2013 г. было проведено среди всех зарегистрированных больных ТБ (6,1 млн новых и ранее леченных случаев), можно было бы выявить примерно 300 тыс. случаев МЛУ-ТБ, более половины из которых приходилось бы на 3 страны: Индию, Китай и Российскую Федерацию», – подчёркивают

### Итоги и прогнозы

# Двадцать лет спустя

## Борьба с туберкулёзом в России: победы и поражения

авторы доклада. «Для борьбы с эпидемией МЛУ-ТБ необходимы действия в пяти приоритетных областях: 1) высококачественное лечение лекарственно-чувствительного ТБ для предупреждения МЛУ-ТБ; 2) расширение использования методов экспресс-тестирования и выявления случаев МЛУ-ТБ; 3) обеспечение непосредственного доступа к качественной помощи; 4) инфекционный контроль; 5) усиление политической поддержки, включая адекватное финансирование текущих мер, а также проведение научных исследований для разработки новых средств диагностики, лекарственных препаратов и схем лечения», – утверждает в докладе.

Объём затрат на лечение одного больного с МЛУ-ТБ колебался в среднем от 9235 долл. в странах с низким уровнем доходов до 48 553 в странах со средневысоким уровнем доходов (при том, что стоимость излечения одного случая лекарственно-чувствительного ТБ стандартными антибиотиками составляет 50 долл. – см. «МГ» № 99 от 19.12.1997). Научные исследования и разработки приводят к появлению новых противотуберкулёзных препаратов, однако, подчёркивают авторы доклада, необходим гораздо больший объём инвестиций. В настоящее время завершаются клинические испытания 10 новых или перепрофилированных лекарственных средств и 15 вакцин, а за последние 2 года были утверждены 2 новых препарата для лечения МЛУ-ТБ: бедаквилин и деламанид. На сессии ВОЗ в мае 2014 г. принята стратегия «Положить конец эпидемии ТБ», которая предусматривает достижение к 2035 г. целевых показателей снижения смертности от ТБ на 95% и заболеваемости ТБ на 90% (по сравнению с 2015 г.). Насколько реально это в нашей стране? В «Приложении 2» к цитируемому докладу даны профили стран с высоким бременем МЛУ-ТБ, включая Россию. За последние годы у нас отмечается снижение летальности и распространённости ТБ (в 2013 г. эти показатели составили 18 тыс. и 130 тыс. человек соответственно). Но среди новых случаев ТБ почти каждый пятый являлся МЛУ-ТБ, а среди повторно леченных – каждый второй. Лечение по поводу МЛУ-ТБ в 2013 г. начали получать более 20 тыс. больных. Бюджет национальной программы борьбы с туберкулёзом составил в 2014 г. 1827 млн долл., что во много раз превышает расходы других стран, таких как Индия и Китай, достигших существенных успехов в борьбе с ТБ.

### Достичь точки невозврата

По данным Минздрава России, озвученным на недавно прошедшем в Воронеже X съезде Росийского общества фтизиатров, показатель смертности от туберкулёза за январь – апрель 2015 г. по сравнению с аналогичным периодом 2014 г. снизился на 5,5% и составил 10,3 случая на 100 тыс. населения (см. «МГ» № 46 от 26.06.2015). Однако в своём выступлении на съезде главный фтизиатр Минздрава России профессор Ирина Васильева отметила рост количества больных с МЛУ-ТБ (их число в РФ без учёта заключённых составило в 2014 г. 36 230 человек). Она же привела данные фармакоэкономического исследования, согласно которым каждый рубль, вложенный в высокоэффективное лечение таких больных сегодня, позволит сэкономят госбюджету 3,6 руб. 5 лет спустя. Основными проблемами отечественной фтизиатрической службы были названы: 1) недостаточно активное выявление туберкулёза путем массовых флюорографических осмотров населения; 2) недостаточное качество лабораторной диагностики лекарственно-устойчивого туберкулёза; 3) низкая эффективность лечения больных туберкулёзом; 4) увеличение числа больных МЛУ-ТБ; 5) увеличение числа больных туберкулёзом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (ТБ/ВИЧ); 6) низкий уровень организации инфекционного контроля в медицинских организациях по профилю «фтизиатрия». В заключение прозвучали слова австрийского писателя Франца Кафки: «Начиная с определённой точки возврат уже невозможен. Этой точки надо достичь...»

По словам И.Васильевой, «на эффективность лечения больных туберкулёзом существенно влияют перерывы в лечении и несоблюдение необходимой длительности курса лечения, так называемый отрыв от лечения.

В этой связи Министерством здравоохранения большое внимание уделяется мерам по повышению приверженности больных к лечению. Так, в программу снижения смертности в РФ, частью которой явилась программа по снижению смертности от туберкулёза, утверждённую Минздравом России и согласованную с Правительством РФ, включён обязательный для исполнения раздел по внедрению мер повышения приверженности больных туберкулёзом к лечению: это социальная и психологическая поддержка больных, развитие стационарозамещающих технологий, просветительская работа и информирование населения и больных туберкулёзом о заболевании и последствиях незаконченного лечения».

Большие надежды возлагаются на вышеупомянутый приказ Минздрава России № 951 от 29.12.2014. В отличие от предыдущего приказа, регламентирующего ведение больных туберкулёзом (№ 109 от 21.03.2003), в нём предусмотрено лечение больных с предширокой и широкой лекарственной устойчивостью. Изменения затронули преимущественно диагностику и лечение больных МЛУ туберкулёзом.

Это связано, во-первых, с нарастанием доли МЛУ/ШЛУ-ТБ в структуре больных туберкулёзом и расширением спектра лекарственной устойчивости штаммов возбудителя туберкулёза. Во-вторых, с новыми методами диагностики МЛУ-возбудителя (взамен традиционных, при которых на выявление штамма возбудителя с МЛУ требовалось 3 месяца; за это время проводимое вслепую лечение, без учёта лекарственной устойчивости возбудителя заболевания, микобактерии туберкулёза, было не только неэффективным, но и способствовало расширению спектра устойчивости возбудителя). В-третьих, с появлением новых противотуберкулёзных препаратов (бедаквилин) и новых данных о противотуберкулёзной активности некоторых антибактериальных препаратов, используемых для лечения других инфекций. Наконец, были исследованы причины формирования ШЛУ-ТБ. По оценке ВОЗ, в настоящее время доля таких больных составляет 10% от всех случаев МЛУ-ТБ.

В соответствии с целями ВОЗ для улучшения эпидемиологической ситуации в странах с высоким бременем туберкулёза эффективность лечения больных МЛУ-ТБ должна составлять не менее 75%. В настоящее время в РФ эффективность лечения МЛУ-туберкулёза не превышает 40%.

Вместе с тем в последние годы в мире появились новые антибактериальные и противотуберкулёзные препараты для лечения больных туберкулёзом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью. Данные препараты включены в Руководство ВОЗ по ведению больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью.

Разработанные в 2014 г. Росийским обществом фтизиатров новые режимы химиотерапии получили одобрение Европейского бюро ВОЗ и включены в клинические рекомендации (протоколы) по лечению больных туберкулёзом и методические рекомендации по совершенствованию диагностики и лечению туберкулёза, утверждённые приказом Минздрава России № 951 от 29.12.2014. Применяемые в схемах лечения антибактериальные и противотуберкулёзные препараты включены в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2015 г., утверждённый распоряжением Правительства Росийской Федерации № 2782-р от 30.12.2014. «Внедрение современных схем химиотерапии позволит значительно повысить эффективность лечения этой наиболее сложной категории больных МЛУ/ШЛУ-ТБ, что позволит выполнить намеченные Всемирной ассамблеей здравоохранения цели по снижению заболеваемости туберкулёзом и смертности от него и исключить нашу страну из списка стран с высоким бременем МЛУ-туберкулёза, а также приведёт к экономии бюджета в 38,29 млрд руб.», – подчёркивает И.Васильева.

Вместе с тем непринятие активных мер, направленных на повышение эффективности лечения больных туберкулёзом с МЛУ/ШЛУ, приведёт не только к росту смертности и заболеваемости туберкулёзом в Росийской Федерации, но и к увеличению экономических потерь страны в связи с нетрудоспособностью значительного количества граждан.

Как отмечает И.Васильева, «при отсутствии должного лечения больных МЛУ/ШЛУ-ТБ дополнительные потери ВВП могут составить более 62 млрд руб. в течение ближайших 5 лет».

### Всё начинается с детства

В настоящее время в РФ на диспансерном учёте в противотуберкулёзных учреждениях состоит более полумиллиона детей и подростков, то есть 2% детского населения. Согласно приказу № 951, для скрининговых обследований детей старшего возраста и подростков рекомендовано использование аллгена туберкулёзного рекомбинантного в стандартном разведении (Диаскинтест), что позволяет почти в 100% случаев подтвердить диагноз туберкулёза. По словам главного фтизиопедиатра Минздрава России профессора Валентины Аксёновой, в настоящее время имеется практически 100-процентный охват данным видом обследования детей и подростков, состоящих на учёте в противотуберкулёзных учреждениях.

«Применение аллгена туберкулёзного рекомбинантного в условиях общей лечебной сети позволяет значительно повысить эффективность работы по раннему выявлению различных проявлений туберкулёзной инфекции, значительно сократить материальные затраты государства на борьбу с туберкулёзом, а фтизиопедиатрам – сосредоточить свои усилия на профилактике заболевания и работе в очагах инфекции», – подчёркивает В.Аксёнова. Внедрение данного диагностического средства способствовало выявлению больных на ранней стадии заболевания; выявляемость туберкулёза в общей лечебной сети составила 0,5 на 1000 обследованных, что выше, чем при скрининге с использованием диагностического теста с аллгеном туберкулёзного очищенного (проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л).

Изменения методики профилактики и раннего выявления различных проявлений туберкулёза отражены в приказе № 951, согласно которому все дети после первичной вакцинации БЦЖ-М в родильном доме с годовалого возраста ежегодно обследуются методом иммунодиагностики с использованием туберкулина (проба Манту с 2 ТЕ) до 7 лет включительно, а далее, если не наступит инфицирование микобактериями туберкулёза, проводят ревакцинацию БЦЖ. С 8-летнего возраста всем детям и подросткам ежегодно проводят иммунодиагностику с использованием Диаскинтеста, что позволяет выделить наиболее угрожаемую группу риска по заболеванию туберкулёзом и больных на ранней стадии заболевания.

### «Вертикаль» и «горизонталь»

Достижение «точки невозврата» в борьбе с туберкулёзом (как с другими инфекционными заболеваниями) зависит от многих факторов. Рассадником МЛУ-ТБ являются переполненные российские тюрьмы. Американский медицинский антрополог и врач Пол Фармер, работавший в 1990-е годы консультантом проекта Всемирного банка по туберкулёзу в российских тюрьмах, пишет, что все российские заключённые с МЛУ-ТБ «получали абсолютно неэффективное лечение под предлогом экономии средств» (см. BMJ, 2003, Nov 22; 327(7425): 1232). Изменилась ли тут ситуация за прошедшие два десятилетия к лучшему?

Главный фтизиатр Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) России Татьяна Чебагина отмечает тенденцию к улучшению. По состоянию на 31 декабря 2014 г. в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС) содержалось 673 тыс. человек, при этом процент больных, страдающих туберкулёзом, от общего количества составляет 3%. В структуре заболеваемости заключённых туберкулёз стоит на пятом месте и составляет 3,9%. «Благодаря планомерно проводимым противотуберкулёзным мероприятиям количество больных активным туберкулёзом в учреждениях УИС за последние 12 лет уменьшилось почти в 3 раза – с 79 тыс. до 26 тыс. человек. Показатель смертности от туберкулёза с 1999 по 2014 г. снизился почти в 5 раз» – подчёркивает Т.Чебагина. Однако частота распространения МЛУ-ТБ в течение последних 7 лет выросла почти на 20% и составляет 22% от общей численности больных активными формами туберкулёза. По данным Т.Чебагиной, за последние 10 лет почти в 2 раза увеличилось



количество ВИЧ-инфицированных больных (с 30 904 в 2004 г. до 59 532 в 2014 г.). Наблюдается ежегодный рост числа больных с сочетанной патологией «ВИЧ + туберкулёз», только за 2014 г. количество таких больных увеличилось на 6% (с 5806 до 6185).

По словам И.Васильевой, преемственность между ФСИН и гражданской службой слабая. Освободившийся из мест лишения свободы заразной больной зачастую не доходит до врача, тем самым распространяя инфекцию. За 3 месяца до освобождения осуждённого из мест лишения свободы в противотуберкулёзный диспансер по месту его жительства направляется выписной эпикриз. «Но вследствие отсутствия преемственности «наши подопечные» не доходят до врача-фтизиатра», – соглашается Т.Чебагина. «После освобождения человека из мест лишения свободы полномочия ФСИН России заканчиваются», – напоминает она.

Типичными являются случаи досрочного освобождения больных туберкулёзом в терминальной фазе заболевания, которые умирают вскоре после освобождения, тем самым повышая смертность в гражданском секторе. Кроме этого, во ФСИН с опозданием внедряют новые методы диагностики и лечения туберкулёза. Однако, по словам Т.Чебагиной, ситуация постепенно улучшается. Сейчас в УИС функционирует 90 бактериологических лабораторий по диагностике туберкулёза, и в 52 из них используется ПЦР-диагностическое оборудование для диагностики туберкулёза молекулярно-генетическим методом. В 2015 г. выделено дополнительное финансирование для закупки препаратов III ряда для лечения больных с ШЛУ-туберкулёзом.

По данным ВОЗ, туберкулёз является основной причиной смерти ВИЧ+ больных. От него умирает почти каждый четвёртый ВИЧ-инфицированный, и примерно треть из 34 млн ВИЧ+ больных во всём мире инфицированы туберкулёзом. «Проблема ВИЧ-инфекции тесно связана с проблемой туберкулёза: ежегодно растёт число больных сочетанной туберкулёз/ВИЧ-инфекцией, ВИЧ-инфицированные чаще умирают от туберкулёза (в 60% среди медицинских причин, по данным статистической формы № 61), чем от других вторичных, СПИД-индикаторных заболеваний. Усилия в решении одной проблемы не могут быть эффективны без скорейшего продвижения в решении другой», – подчёркивает И.Васильева. К сожалению, в отличие от других стран, в РФ нет федерального центра по ТБ/ВИЧ. Ни один из пяти профильных по туберкулёзу федеральных НИИ не имеет коев для больных ТБ/ВИЧ, а научные и эпидемиологические исследования наших учёных в этой сфере крайне скудные.

Как отмечает главный редактор журнала The Lancet Ричард Гортон (R.Horton), «всеобщая доступность высококачественной медицинской помощи имеет решающее значение для контролирования такой болезни, как туберкулёз» (<http://www.theguardian.com/books/2012/nov/15>). Однако до сегодняшнего дня большинство международных организаций поддерживают так называемые «вертикальные» программы (когда делается акцент на одной проблеме при почти полном игнорировании остальных). «Горизонтальный» подход к улучшению здоровья путём совершенствования национальной системы здравоохранения в целом представляется более эффективным. «Туберкулёз – это не просто инфекционное заболевание. Это социальная болезнь, которая поражает бедных, бесправных и ранимых. Победа над ней наступит при условии социального прогресса, при котором борьба с нищетой, неграмотностью и бездомностью займёт не меньше места, чем новые лекарства и вакцины», – утверждает Р.Гортон.

Целью стратегии борьбы с туберкулёзом в РФ на период до 2020 г. объявлено «повышение качества и экономической эффективности противотуберкулёзных мероприятий на основе современных научно обоснованных подходов к профилактике, выявлению, диагностике и лечению туберкулёза, в том числе МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ». Предполагается к этому сроку достичь 20-процентного снижения уровня заболеваемости ТБ и такого же снижения уровня смертности от него. Для этого необходимы качественное выявление и контроль над распространением лекарственной устойчивости возбудителя ТБ с помощью оснащения лабораторий современным диагностическим оборудованием, организация комплексного лечения больных ТБ с использованием современных научно обоснованных методик, а также взаимодействие пенитенциарного и гражданского секторов здравоохранения. В числе первоочередных задач – создание и поддержание федерального регистра больных туберкулёзом. И тогда сбудется пророчество Владимира Маяковского (из поэмы «Во весь голос»): «Потомки, / словарь проверьте поплавки: / из Леты / выплывут / остатки слов таких, / как «проституция», / «туберкулёз», / «блокада».

**Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.**

Москва.

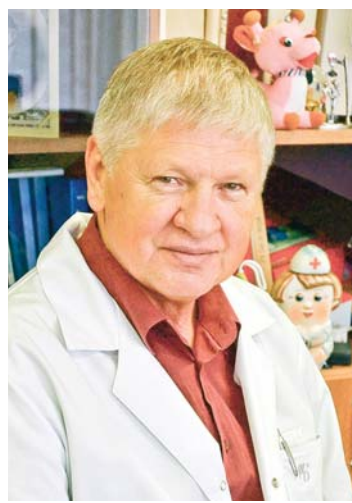
**За свои неполные 15 лет Дима Р. пережил уже три онкологических заболевания, причём все три новообразования имели разную локализацию. Течение каждого последующего эпизода становится тяжелее предыдущего, что закономерно: детский организм истощился в борьбе и с самой болезнью, и с особенностями её лечения.**

**О феномене второй (а в ряде случаев, как в приведённом примере, и третьей) злокачественной опухоли онкологи знают давно, и так же давно стремятся найти способы борьбы с этим явлением. Как изменить ситуацию, чтобы маленькие пациенты российских онкологов не становились «хрониками»? Об этом обозреватель «МГ» Елена Буш расспросила главного детского онколога Минздрава России, заместителя директора Института детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, академика РАН Владимира Полякова.**

## Акценты

# За что страдают дети?

## Лечение одной опухоли не должно приводить к появлению другой



**Владимир Поляков**

– В настоящее время учёным известны две возможные причины множественного канцерогенеза: генетические мутации и лечение предшествующих злокачественных опухолей. В первом случае первично-множественные злокачественные новообразования возникают синхронно и имеют разную гистологическую структуру и выявляются с интервалом до 12 месяцев, либо одновременно. Во втором случае метастазно – они имеют разную гистологическую природу и возникают последовательно, когда интервал между возникновением первой и последующих опухолей составляет более 12 месяцев и может растянуться на многие годы. Устранить первую причину, то есть повлиять на генотип человека, мы пока не в силах. Что же касается второй причины, наши усилия должны быть сосредоточены на оптимизации подходов к лечению онкологических заболеваний у детей, – говорит академик Поляков.

Современные российские результаты лечения детей со злокачественными новообразованиями соответствуют общемировым: на круг, по всем видам онкопатологии, почти 80% детей полностью выздоравливают, причём, есть такие заболевания, при которых пятилетняя и общая, и безрецидивная выживаемость превышает 90%. Но, к сожалению, то, чем онкологи лечат детей, не является абсолютно безопасным в плане последствий, в частности, химиопрепараты, особенно алкилирующего ряда, и лучевая терапия. Вылечив больного, врачи через какое-то время встречаются с тем, что у ребёнка появляется другое новообразование. По данным американских онкологов, и это совпадает с российскими наблюдениями,

средний промежуток времени до появления второй опухоли составляет 5-7 лет.

Возникновение последующих опухолей не имеет закономерности в плане локализации, коль скоро изначально препараты алкилирующего ряда – их несколько групп и около 20 наименований – применяются при лечении рака разных локализаций. Но чаще всего, если ребёнок ранее проходил курс химиотерапии алкилирующими препаратами и лучевую терапию, второй опухолью бывает костная саркома.

– Научно доказано влияние этих препаратов и ионизирующего излучения на возникновение второй опухоли. Хотя, если говорить объективно, все препараты, которые применяются в онкологической практике, обладают определённой токсичностью, прежде всего миелотоксичностью, но это и нейротоксичность, и гепатотоксичность, и кардиотоксичность, и нефротоксичность. Поэтому параллельно

эту проблему к категории высокоактуальных. Причём, как подчёркивает главный детский онколог, этот показатель не зависит от страны и региона, в котором ребёнку оказывалась онкологическая помощь, поскольку протоколы лечения идентичны, будь то американские, английские, немецкие или российские. Они включают те же самые препараты, дозировки и схемы их применения.

В то же время на международном уровне активно раз-

работываются и внедряются новые протоколы лечения онкологических заболеваний у детей, в которых изменены режимы введения и ограничены дозы противоопухолевых препаратов. Задача – уменьшить риск возникновения вторых опухолей у детей. Ещё одна тенденция в мировой детской онкологии – это снижение доз наружного облучения за счёт альтернативных возможностей. Как поясняет Владимир Поляков, нововведения не отражаются негативно на длительности и результатах лечения. Напротив, все новые подходы рассчитаны на то, чтобы результат терапии был высоким, а побочные проявления и поздние осложнения минимизированы. За рубежом новые протоколы лечения уже сформированы, они прошли клинические испытания, утверждены и применяются. Более того, есть отдалённые результаты их применения. И эти результаты показывают, что отказ от использования препаратов алкилирующего ряда,

опухолевых заболеваний у детей, вызвал у главного специалиста Минздрава России тяжёлый вздох.

– Внедряются, но с трудом. И вот почему. Как правило, за рубежом при появлении новых противоопухолевых вакцин, таргетных, биологических и иммунологических препаратов, химиопрепаратов протоколы лечения разрабатываются параллельно и для взрослой, и для детской клинической практики. У нас же, к сожалению, порядок иной: все новые лекарства сначала идут во «взрослую» клинику, и только после того, как препарат прошёл третью фазу испытаний на «взрослых моделях», разрешается проводить его клинические испытания в детской практике. Из-за этого мы значительно отстаём от тех современных лечебных подходов, которые применяются на Западе. Отстаём на годы, а то и на десятилетия, – заключает В.Поляков. – Пока новое лекарство пройдёт согласование в фармкомитете, пока этический комитет разрешит провести клинические испытания в детской клинике, пока мы наберём доказательный материал – а он набирается более длительное время в силу того, что детская заболеваемость в отличие от заболеваемости взрослых значительно меньше – время уходит, а дети страдают.

Если у взрослых материал по применению нового лекарственного препарата, например, при раке молочной железы, яичников или желудка можно набрать за год, пролечив 20 тыс. больных, и через 3 года уже опубликовать отдалённые результаты, то у детей, если говорить, к примеру, о саркоме мягких тканей, исследования в пределах одной клиники будут идти 5-6 лет: в РОНЦ им. Н.Н.Блохина первичных больных с этим диагнозом за год проходит 20-25 человек. Так и складывается наше отставание от мировой практики.

Существует ли в принципе объективная необходимость перепроверять эффективность новых протоколов лечения, если они уже зарекомендовали себя не в одной стране мира? Коль скоро своих эффективных противоопухолевых лекарств российская фарминдустрия не выпускает, не пора ли начать доверять тем учёным и клиницистам, которые занимаются созданием новых препаратов и разработкой протоколов лечения за рубежом? Тем более что, как известно, они тоже работают в рамках очень строгих правил.

– Проблема, о которой мы говорим, крайне важна, и потому медлить с её решением нельзя. В 2013 г. на международной конференции американцы представили цифры, которые потрясли всех: они написали, что у человека, ко-



**Здесь лечатся маленькие пациенты российских онкологов**

с проведением химиотерапевтического лечения больного обязательно должны назначаться протекторы. Они снижают количество побочных проявлений химиотерапии непосредственно во время лечения, что уменьшает вероятность побочных проявлений в отдалённом периоде. А возникновение второй опухоли как раз относится к категории поздних осложнений химио- и лучевой терапии, – продолжает Владимир Георгиевич.

И такие осложнения, согласно мировой статистике, встречаются у 5-7% детей. Показатель достаточно высокий для того, чтобы отнести

замена их на другие препараты аналогичного действия, но без негативного влияния, снижает частоту возникновения вторых опухолей у детей. Точно так же, как внедрение методов конформной лучевой терапии, стереотаксическое наведение и т.д. позволяют уменьшить повреждение окружающих здоровых тканей при проведении лучевой терапии.

– Проблема, о которой мы говорим, крайне важна, и потому медлить с её решением нельзя. В 2013 г. на международной конференции американцы представили цифры, которые потрясли всех: они написали, что у человека, ко-

(Продолжение. Начало на стр. 1.)

**– Геннадий Петрович, как шло становление университетских Клиник? Какие этапы выделили бы вы в их развитии?**

– Я уверен, что без собственных клиник обеспечить качественную подготовку будущего врача, действительно, невозможно. А без этого бессмысленно говорить о повышении доступности и качества медицинской помощи.

Но давайте немного «окунёмся» в историю, вспомним, как это было. Годом основания Клиник Самарского государственного медицинского университета является 1930 г., когда президиум Средне-Волжского крайисполкома утвердил проект клиник на 1 тыс. коек. С 1935 г. они становятся основной лечебной базой города и области. Первым директором их назначается самарский хирург Андрей Глассон. Его преемником на посту руководителя клиник стал Георгий Митерёв – впоследствии нарком, а затем и министр здравоохранения СССР.

С историей Клиник неразрывно связана одна из героических страниц нашего Отечества – оказание помощи раненым во время Великой Отечественной войны. За год в преобразованных на тот момент в эвакуационных клиниках выполнялось до 3 тыс. сложных операций и до 10 тыс. исследований. О героическом труде медицинских работников свидетельствуют цифры отчётов: через эвакогоспиталь № 5335 прошло более 20 тыс. раненых солдат и офицеров, 7 тыс. больных, лечение получили 920 инвалидов войны из числа местных жителей.

Вплоть до 80-х годов XX века развитие клинической базы вуза являлось отражением процесса поэтапного превращения однофакультетного института в полноценный университетский комплекс. Реорганизация Клиник, как и вуза в целом, прямо и непосредственно связана с именами их руководителей – представителей той, без преувеличения, целой эпохи – академика РАН Александра Краснова (ректор вуза с 1967 по 1998 г.) и Эльфины Ахметзяновой (главный врач Клиник с 1959 по 1986 г.). В этот период количество коек возросло до 1,5 тыс., открылись новые корпуса и отделения, была построена консультативная поликлиника. Долгое время университетские Клиники оставались самым крупным лечебным учреждением области.

Развитию и признанию их на отечественном и международном уровне способствовали работавшие тогда учёные, ставшие основоположниками российских научно-педагогических школ. Это академик РАН А.Краснов, академик АМН СССР и РАМН И.Солдатов, заслуженные деятели науки России, профессор А.Аминев, А.Германов, Г.Ратнер, С.Шестаков, В.Германов, Б.Жуков, И.Королюк, В.Косарев и другие.

Особенность наших университетских Клиник – в них очень многое сделано и делается со словом «впервые». Так, травматологами-ортопедами впервые в регионе были проведены уникальные операции сухожильно-мышечной пластики. Благодаря им были поставлены на ноги тысячи больных после разыгравшейся в 1956 г. эпидемии полиомиелита в стране. За разработку этого нового научно-практического направления в травматологии и ортопедии в 1997 г. группа самарских учёных (в том числе и Г.Котельников – ред.) были удостоены Государственной премии РФ.

В клинике факультетской хирургии под руководством профессора С.Либова впервые в Куйбышеве открыты отделения грудной и сердечной хирургии. Сотрудники факультетской хирургии первыми в Поволжье начали выполнять операции под эндотрахеальным наркозом. Точно так же самарцы опередили всех в проведении одномоментных

операций на обоих лёгких у больных с бронхоэктатической болезнью и при эхинококкозе лёгких. Ещё в 1957 г. впервые в мире проведена операция резекции лёгких у годовалого ребёнка по поводу абсцесса, осложнённого пиопневмотораксом.

Под руководством почётного гражданина Самары, профессора Г.Ратнера в городе прошло становление экстренной сосудистой хирургической помощи и эндокринной хирургии, были созданы первые в Куйбышеве отделения реанимации, гипербарической оксигенации.

стране лаборатория радиоиммунного анализа.

К счастью, рассказывать о работе наших Клиник можно очень долго. Думаю, «Медицинская газета» могла бы сделать ещё не один материал о дне сегодняшнем, достижениях в области медицины и науки в СамГМУ.

**– Безусловно, идти вперёд, обучать студентов у постели больного позволяет, в том числе, и современная материально-техническая база. Но все ли кафедры СамГМУ имеют свои**

другие – по совместительству. В любом случае все они участвуют в оказании медицинской помощи. У нас железная дисциплина. Работа осуществляется в строгом соответствии с утверждёнными графиками, расписанием лекций и практических занятий. Заведующие клиническими кафедрами начинают свой рабочий день с утренних врачебных конференций, затем проводят клинические обходы, консультируют наиболее сложных и тяжёлых пациентов, оперируют хирургических больных. Ассистен-

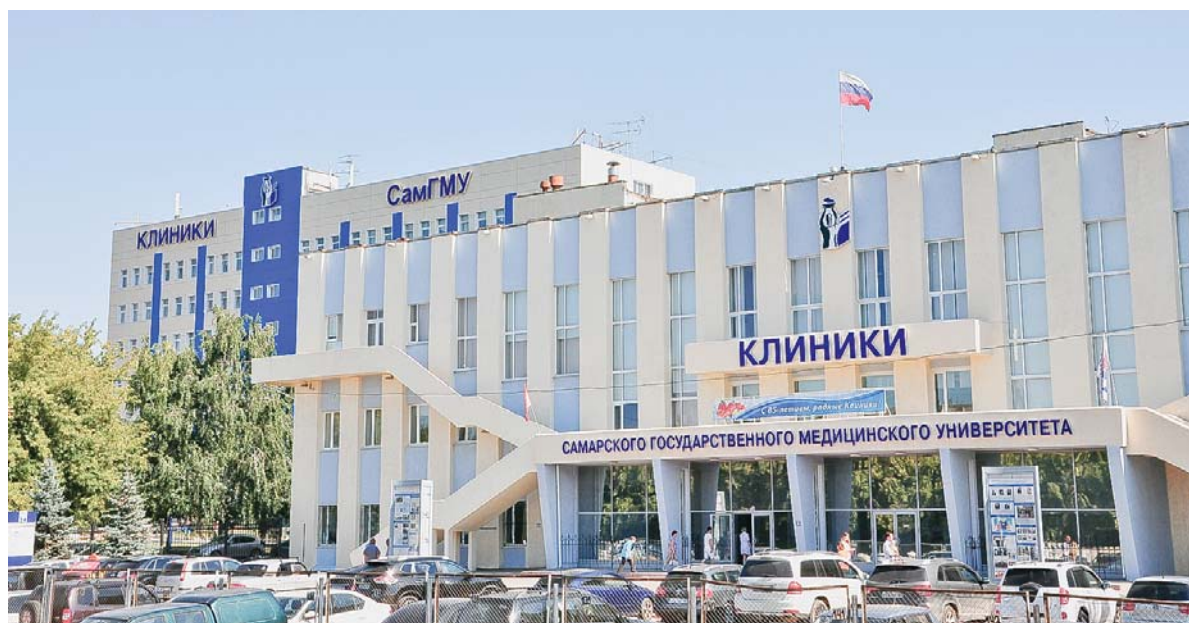
университетских Клиник, понимая, насколько это ценно.

Сегодня самые крупные лечебные учреждения области имеют статус клинических (в данный момент – 21, 17 – в Самаре, 4 – в Тольятти). На их базе располагаются многие клинические кафедры СамГМУ. В целом, более 140 учреждений Самарской, Пензенской и Ульяновской областей являются базами теоретической и практической подготовки всех категорий обучающихся. То есть с этим у нас тоже всё в порядке.

Из первых уст

## Большинство достижений с пометкой «впервые»

Если нет в университете клиник, значит, нет в этом вузе и качественного образования! Такие подходы в СамГМУ



Вид на Клиники СамГМУ со стороны проспекта К.Маркса

Кафедра и клиника факультетской хирургии являются пионерами в СССР в выполнении операций на «сухом» сердце.

Профессор А.Аминев по праву считается основоположником протологии в нашей стране и пионером применения эндоскопического метода в отечественной хирургии. Под его руководством разработаны и впервые в Союзе внедрены в клиническую практику наименее травматичные методы хирургического лечения выпадения и свищей прямой кишки, рака, геморроя, анальных трещин, повреждённых сфинктера.

Академик АМН СССР и РАМН, почётный гражданин Самары, профессор И.Солдатов впервые в области провёл операции при опухолях лор-органов, эндауральные операции на стремени при отосклерозе, усовершенствовал их технику, предложив новые модификации хирургических вмешательств на ухе по поводу болезни Меньера. На базе руководимой им кафедры и клиники, которая теперь носит его имя, впервые в регионе был основан межобластной центр по слуховосстанавливающим операциям и школа передового опыта по оказанию лор-помощи детям. И.Солдатов основал и развил сурдологическую и фониатрическую службы в регионе.

Профессору И.Королюку удалось организовать службу лучевой диагностики и сформировать новое научное направление – радиоиммунный анализ. В Клиниках была создана одна из первых в нашей

учебные базы в университетских Клиниках?

– В настоящее время в них располагается 20 кафедр, из них – 16 клинических. То есть, почти половину учебного времени студенты проводят в нашем больничном комплексе. Хочу подчеркнуть, что все преподаватели этих кафедр одновременно являются и сотрудниками клиник.

Будущие врачи, непосредственно с первых курсов, участвуют в утренних конференциях, вместе с больничными ординаторами под контролем преподавателей задействованы в текущей лечебно-диагностической работе отделений. Их знакомят с планами работы подразделений, приглашают на клинические разборы сложных больных. В последующем они (вместе с преподавателями – лечащими врачами) курируют «своих» пациентов, заполняют документацию, участвуют в обходах, работают в перевязочных и операционных блоках.

На всех 20 кафедрах проходят профессиональную подготовку интерны и ординаторы, проводится переподготовка врачей, работающих в практическом здравоохранении.

**– Как удаётся совместить лечебную, учебную и научную работу в клиниках СамГМУ? И каков итог такого симбиоза?**

– Профессорско-преподавательский состав клинических кафедр имеет сертификаты врачей-специалистов. Некоторые из кафедральных работников трудятся в Клиниках на основную ставку,

а другие – по совместительству. В любом случае все они участвуют в оказании медицинской помощи. У нас железная дисциплина. Работа осуществляется в строгом соответствии с утверждёнными графиками, расписанием лекций и практических занятий. Заведующие клиническими кафедрами начинают свой рабочий день с утренних врачебных конференций, затем проводят клинические обходы, консультируют наиболее сложных и тяжёлых пациентов, оперируют хирургических больных. Ассистен-

ты и доценты кафедр совместно со студентами участвуют в клинических разборах и конференциях. Не все, наверное, понимают, что именно так студенты получают бесценный опыт врачебного доклада, высокопрофессионального дифференцирования заболеваний, индивидуализированного плана обследования и лечения пациентов. Его не заменишь обучением в виртуальной клинике или занятием на симуляционных тренажёрах. «Отточить» навыки, научиться пользоваться сложной техникой, избежать досадных ошибок – всему этому помогут, бесспорно, занятия в виртуальной клинике. Но обучение у постели больного – гораздо более важная составляющая в погружении в специальность.

**– Полагаю, что не весь учебный и научный процесс замыкается только на университетские Клиники. Что-то переносится и в практическое здравоохранение. В этом случае есть ли проблемы с размещением кафедр СамГМУ в лечебных учреждениях, которые относятся к региональному здравоохранению?**

– Нам повезло. Одной из отличительных черт регионального здравоохранения является полное взаимопонимание и на основе этого взаимодействие между Минздравом области, подведомственными медицинскими организациями и Самарским государственным медицинским университетом. Министр здравоохранения региона Геннадий Гридасов, директор ТФОМС Виктор Мокшин поддерживают развитие

В Клиниках СамГМУ ежегодно проходят лечение в стационарных условиях более 28 тыс. больных, а наши врачи консультируют порядка 400 тыс. человек. Большинство из них – жители нашего региона. Мы оказываем, как и другие федеральные медицинские центры, высокотехнологичную медицинскую помощь. К нам приезжают на операции больные, проживающие в соседних территориях. И это тоже свидетельствует о востребованности нашей работы. Не замечать всего этого – было бы несправедливо.

Есть ещё одна составляющая нашей работы – мы организовали межвузовский медицинский центр. В него приглашаем на диспансеризацию, а если надо, то и лечение студентов всех вузов области. Молодые люди состоят на учёте в этом подразделении СамГМУ, какую бы специальность они не избрали для обучения. Это позволяет нам наблюдать за состоянием их здоровья.

**– Медицинское образование – дело дорогое. Не приходится задумываться о сокращении расходов из-за сложности текущего экономического периода? Как осуществляется финансирование университетских Клиник?**

– Клиники СамГМУ самостоятельны и в финансовом плане. Более того, скажу такую вещь, что они могли бы работать самостоятельно. Но для поддержания необходимого университетского уровня им требуются большие ассигнования, нежели для работы обычного лечебного учреждения. Незарывность Клиник и университета выгодна всем. Университету – наличием собственной клинической базы. Клиникам – возможностью создания и внедрения эксклюзивных методик и технологий, основанных на научных разработках, студентам – в предоставлении обучения, основанном на клиническом подходе, пациентам – возможностью получения самой современной медицинской помощи, опираясь на принципы доказательной медицины. Государству – средством подготовки высокопрофессиональных медицинских кадров, развития конкурентоспособной клинической медицины и медицинской науки.

**– А как вы оцениваете качество медицинского образования в России?**

– Я считаю, что отечественное медицинское образование по-прежнему достойно держит высокую марку. Учёными СамГМУ только за последние 5 лет получено более

400 патентов на объекты интеллектуальной собственности, 197 из которых внедрено в практику. В настоящее время реализуется более 30 инновационных проектов, разработаны новые композиционные биоматериалы, клеточные технологии, лекарственные средства различного спектра действия. Именно в нашем университете разработана теория гравитационной терапии, послужившая основой новому направлению мировой медицины, изготовлена установка гипергравитации. Совместно с Атомным центром Российской академии наук (Саров) и учёными Самарского аэрокосмического университета создан нетканый титановый материал со сквозной пористостью – «металлорезина». Разработан уникальный аппаратно-программный комплекс «Виртуальный хирург» 3D.

Наши выпускники, имея прекрасную теоретическую и практическую подготовку, пользуются высоким спросом как в стране, так и за рубежом. Для того чтобы отечественные медицинские и научные кадры по окончании вузов оставались в России, нужно создавать достойные условия для работы. Это нам удаётся. Иностранцы гости университета считают, что уровень наших специалистов, оснащённость учреждения не уступают зарубежным.

Можно много вспомнить о знаменитых российских хирургах, имена которых известны далеко за пределами нашей страны. Говорить о том, что российское медицинское образование что-то потеряло за последние годы, нельзя. Более того, наши больницы стали лучше оснащены и финансирование их увеличилось.

Но не надо замалчивать и трудности. Уровень знаний молодых врачей, учитывая развитие медицины, надо повышать. При этом проблема не ограничивается только квалификацией профессорско-преподавательского состава. Давайте не будем кривить душой и признаем, что нередки ещё случаи, когда молодые люди поступают в вуз с высокими баллами ЕГЭ, а когда начинают учиться, выясняется, что их знания по какому-то предмету не позволяют успешно освоить учебную программу. То есть на первый курс медуниверситета вчерашние школьники, фактически, зачисляются заочно. А дальше преподаватели ломают голову, сумеет ли студент воспринять тот объём знаний, который в разы больше школьного, или его всё-таки придётся отчислить.

Ряд принятых нормативных актов породили другие серьёзные проблемы. Преподаватель стал не считаться доктором! Представляете, доцент кафедры хирургии, травматологии по букве закона не является врачом. Или профессор акушер-гинеколог с многолетним стажем работы, показывая коллегам на курсах усовершенствования новые методы, не имеет право самостоятельно принять роды... А выпускник вуза, окончив аспирантуру и решив стать преподавателем медицинского вуза, теряет право на врачебную деятельность. Благо, что сейчас, осознав допущенную ошибку, взялись за исправление этой несправедливости.

**– Но показатели здоровья населения оставляют почему-то желать лучшего....**

– Да, они не столь впечатляющие, как хотелось бы. Но причины этого совершенно иные. Мы долгое время не уделяли должного внимания профилактике. У нас многие россияне курят, злоупотребляют спиртным, ведут образ жизни, который никак не назовёшь правильным. К сожалению, не всё у нас нормально и с экологией.

Молодой врач должен быть сторонником здорового образа жизни. Уверен, вы не увидите в СамГМУ курящих студентов. Ещё 15 лет назад мы издали приказ о запрете курения в вузе и в стенах универ-

ситетского больничного городка. В Клиниках ежедневно находятся около 1 тыс. больных, столько же трудится медиков, плюс от 1 до 1,5 тыс. студентов, ещё – 500 посетителей. Представьте, если курить будет каждый пятый из них? Можно утверждать, что клиника погрузится в табачное облако, и это, несомненно, будет вредить здоровью огромного количества людей...

**– Геннадий Петрович, некоторые вузы ввели должность проректора по воспитательной работе. А как вы относитесь к этой идее, считаете её своевременной?**

– Я долгое время работал проректором по учебно-воспитательной работе СамГМУ. Когда наступили перестроечные времена, вышел приказ, подразумевающий, что студентов не надо воспитывать. Одна часть в названии моей должности сразу была удалена. Тогда уже стало понятно, что это ошибка. Нельзя обучать будущего врача и при этом не заниматься его воспитанием. Теперь спохватились, поняли, что врач – это особая профессия. И в некоторых вузах ввели должность проректора по воспитательной работе. Но это уже лишнее. Количественно проректоров работу с молодёжью не улучшишь. Надо заниматься преподавателям с каждым студентом, чтобы они понимали – на них лежит огромная ответственность за жизнь и здоровье больных людей, в их подчинении находятся медицинские сёстры, технический персонал. И надо уметь поставить каждому задачу и выстроить с ними деловые взаимоотношения. Быть примером также для больных и в деле сохранения своего здоровья. Чтобы не выглядеть, как в известной поговорке: сапожник без сапог.

Конечно, уделять внимание надо и общей культуре. Это позор, когда даже на инаугурации Президента РФ не все поют гимн России. Не потому что не хотят влиться в общий хор, а потому что слов его не знают. Школьники, а тем более студенты, должны знать, как выглядит российский флаг, что означают бело-сине-красная полоски на нём. И это надо прививать студентам, чтобы они хотели быть людьми образованными, интеллигентными.

**– Какие планы у руководства СамГМУ по поводу развития университетских Клиник: будут ли строиться новые, расширяться или реорганизовываться существующие?**

– Мы принимаем самое активное участие в пилотном проекте по развитию медицинской реабилитации в РФ. Конкретные планы дальнейшего развития предусматривают повышение доступности и качества специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, совершенствование инфраструктуры, в том числе и в рамках государственно-частного партнёрства.

Приближается и важная веха в истории – 100-летие со дня образования университета. К этой дате нужно закончить ремонт во всех аудиториях и Клиниках СамГМУ (сегодня отремонтированы приблизительно 4/5 корпусов). К 2018 г. планируем построить новое общежитие, в котором смогут проживать молодые врачи, учёные. В планах – возведение многофункционального спортивного комплекса. И конечно, не забудем о переоснащении университетских клиник. В ещё большей степени они будут «насыщены» современным оборудованием, а операционные и отделения реанимации станут, не побоюсь такого определения, одними из лучших в стране. Мы уверены, что у СамГМУ большое будущее, и что в этом нам поможет совместная плодотворная работа с федеральным министерством и администрацией Самарской области.

## Перспективы

# Изюминка — прекрасный коллектив

## В клиниках вуза уверенно развивается трансплантация

**В Самарском центре трансплантации органов и тканей СамГМУ сегодня выполняется около 40 пересадок почки в год. Здесь также проводят послеоперационную реабилитацию и осуществляют многие виды микрохирургических и реконструктивно-пластических операций.**

– Трансплантология – это религия, – говорит руководитель Самарского центра трансплантации органов и тканей Клиник СамГМУ Евгений Губанов. – Надо быть её приверженцем. Только так можно стать хорошим профессионалом! Когда открылся наш центр, мы осуществляли только 10-20 трансплантаций в год. Но с каждым годом их количество увеличивалось. Сегодня у нас трудится около 100 сотрудников, штат значительно расширился. Мы выстроили чёткую систему взаимодействия с лечебными уч-



Вид на приёмное отделение Клиник Самарского (Куйбышевского) ГМУ (50-е годы)

и внимание к этому направлению ректора СамГМУ академика РАН Геннадия Котельникова. Все проблемы, возникающие в ходе нашей непростой работы, решаются с ним в режиме он-лайн. Для трансплантологии это крайне важно, потому что проблемы порой нужно решать срочно, еже-

дидат медицинских наук, доцент Борис Яремин считает, что изюминка Клиник – это прекрасный коллектив. Здесь всегда работали «особые» люди, они все влюблены в свою профессию. Клиники для нас – это, скорее всего, образ жизни, образ мышления, а не просто работа.



Операцию выполняет заведующий кафедрой и клиникой факультетской хирургии профессор А. Вачёв

реждениями Самарской области. К нам на трансплантацию направляют больных из разных районов области. Очень многое даёт нам

секундно, и ночью, и в праздники. Главный специалист Министерства здравоохранения Самарской области по трансплантологии, кан-

– Отрадно, что мы не стоим на месте, а постоянно развиваемся, – говорит он. – В 2015 г. отделение забора и консервации донорских органов Клиник преобразовано в Самарский хирургический центр координации органного донорства. Это позволило нам выйти на принципиально новый уровень. Совместно с ФМБА России и Федеральным научным центром трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова нами были изъяты и переданы в федеральный центр донорские сердце, печень. Благодаря помощи красноярских коллег самарцу успешно пересажена почка, доставленная в Самару силами ФМБА. В ведении потенциальных доноров, пациентов до и после трансплантации с успехом применяется разработанная нашим коллективом информационная система.



Во время операции трансплантации почки

**Когда материалы спецвыпуска о 85-летию Клиник СамГМУ готовились к печати, печальная весть пришла из Самары. Ушёл из жизни академик РАН А.Краснов, светлая ему память. «МГ» решила напомнить нашим читателям о научно-педагогической школе, созданной этим известным российским учёным.**

– Без преувеличения можно сказать, что многие выдающиеся страницы отечественной травматологии и ортопедии написаны мощной научно-педагогической школой академика РАН, заслуженного деятеля науки РФ, почётного ректора СамГМУ, Почётного гражданина Самары Александра Фёдоровича Краснова, – говорит ректор СамГМУ академик РАН Геннадий Котельников. – Его ученики и последователи считали самым большим счастьем ассистировать ему на разработанных им новых операциях, когда осуществлялась новаторская идея и воплощался необычный замысел. Разработки в области сухожильно-мышечной пластики, микрохирургии, биомеханики, новые направления в ортопедии, огромная организаторская, административная и общественная деятельность А.Краснова – и везде неизменный высочайший профессионализм, научная культура и объективный анализ результатов. Всё это стало той основой, на которой зиждется продолжение самарской травматолого-ортопедической научно-педагогической школы в создании новых междисциплинарных подходов к проблеме травматической болезни, в применении гравитационной терапии, в улучшении диагностики и разработке новых оперативных методов лечения деструктивно-дистрофических заболеваний опорно-двигательной системы и др.

Разработав комплексный подход к лечению вялых мышц, Александр Фёдорович как бы «вдохнул силы» в ортопедию как науку, которой только ещё предстояло начать самостоятельную жизнь. Среди новых идей – микрохирургия, биомеханика, барокамера, – лечение ортопедотравматологических больных при помощи кислорода под повышенным давлением А.Краснов применил первым в стране.

В 1986 г. Александр Фёдорович избирается членом-корреспондентом АМН СССР, а в 1991 г. – президентом ассоциации травматологов-ортопедов России и награждается орденом Дружбы. В 1993 г. – он становится действительным членом РАН. Научно-педагогическая школа самарских травматологов-ортопедов получила международное признание и оказала серьёзное влияние на развитие данного научного направления в отечественной медицине.

### Его знали все в СамГМУ

За время управления институтом А.Красновым была создана мощная материально-техническая база, позволившая развернуть новые кафедры и факультеты.

На новых базах, кроме ранее существовавшего лечебного, были развернуты стоматологический, фармацевтический, военно-медицинский факультеты, а также новые – медицинской психологии, медицинских менеджеров и медицинских сестёр с высшим образованием. Кроме того, был создан факультет постдипломной подготовки, реорганизованный в последующем в институт профессионального образования. На базе кафедры педагогики и ряда наиболее передовых кафедр был открыт факультет повышения квалификации преподавателей.

Количество кафедр выросло с 40 до 85. Число студентов, принятых на первый курс института, составляло 1000-1100 человек.

Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии СамГМУ, которую возглавлял Александр Фёдорович, в 1970 г. переехала в восстановленное здание бывшего общежития, к которому со временем были пристроены два 5-этажных корпуса, где разместились диагностические, лечебные и вспомогательные службы.

### Память

# Над Волгой, в городе старинном

Академик Александр Краснов внёс огромный вклад в развитие отечественной травматологии и ортопедии



Клиника травматологии и ортопедии, которую создал А.Краснов, состояла из 5 основных отделений и созданных позднее отделений сухожильно-мышечной пластики, ГБО-терапии и микрохирургии с операционными блоками, реанимацией, залами ЛФК и трудотерапии, плавательным бассейном, детской комнатой и учебным классом.

Клинику обслуживали отделения физиотерапии и функциональной диагностики, клиническая, биохимическая и морфологическая лаборатории, три рентгеновских кабинета. При поликлиническом отделении впервые в стране были развернуты палаты временного пребывания. Со временем их назвали по-другому – дневные стационары.

Всё это дало мощный толчок к развитию кафедры и клиники травматологии и ортопедии. Разработанные им способы и методы пересадки и трансплантации, ампутации и резекции помогли увидеть знакомое с неожиданной стороны. Благодаря этому стали возможны операции, за которые раньше и взялся никто не мог.

### Доктор, Учёный, Учитель

– Впечатляла подготовка А.Краснова к каждой операции, где проявлялось разработанное им кредо хирурга: оперировать лишь тогда, когда иначе нельзя помочь, выбирать наименее травматичные варианты, стремиться к максимальным для пациента

результатам, даже если самому хирургу у операционного стола будет сложнее, – делится своими воспоминаниями академик Геннадий Котельников. – При этом он учил искать всегда самые оптимальные варианты. Главной чертой каждой операции должны были быть её высокое качество, с одной стороны, и принадлежность к единой системе, с другой. И «фирменным почерком» кафедры всегда было щадящее отношение: по возможности малое поле разреза, предельно

дая диссертации с учениками, которые их уже пишут, и темы работ тех, кто собирался их писать. При этом он всегда сообщал своим ученикам о новых разработках в науке, новинках в литературе, искусстве, особенно – театральном, которое знал и любил.

Невозможно переоценить влияние Александра Фёдоровича как организатора, созидателя. Ведь это он создал кафедру травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии, которой руководил 36 лет. Гармонично и

было потребностью души. В отпуске, в выходные дни, в праздники он писал свои труды, обдумывал новые методы операций, ход лекций. И такого же отношения к науке и педагогике он требовал и от своих учеников. Об эффективности такого преподавания свидетельствует многое – например то, что впервые за 95 лет истории вуза Краснов и семь его учеников стали лауреатами Государственной премии РФ, присуждённой за разработку нового научного направления. А.Краснов был избран академиком РАН. Причём впервые в истории вуза его ученик Г.Котельников стал действительным членом РАН. Александр Фёдорович возглавлял ассоциацию травматологов-ортопедов России – это тоже было важным знаком признания, потому что, как правило, такие ассоциации возглавлялись столичными учёными.

А суть его научной школы – свыше 500 научных трудов – осталась в учебниках и руководствах, учебных пособиях и монографиях, в справочниках и в главах «Большой медицинской энциклопедии», в патентах на изобретения и в зарубежной печати.

Для всех очевидно, что за последние годы медицина продвинулась далеко вперёд. Но она может творить порой чудеса, если изложенная в трудах передовая научная идея не будет пылиться на полках, а войдёт в практику здравоохранения. Под руководством А.Краснова коллективу СамГМУ удалось не только сформулировать новые идеи, но и создать на их основе эффективные методы лечения больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. В результате под руководством Александра Фёдоровича были подготовлены и успешно защищены 15 докторских и 38 кандидатских диссертаций.

А.Краснов участвовал в работе 16 международных съездов, в течение 20 лет был депутатом областного совета трудящихся, возглавлял областную Комитет защиты мира. Будучи руководителем комиссии по здравоохранению в облсовете, решал труднейшие вопросы по приобретению медицинского оборудования, оказанию помощи инвалидам, организации строительства лечебных учреждений – даже участвовал в выборе площадки для возведения областной больницы им. В.Д.Середавина. А уж сколько раз выезжал он за рубеж с миссией мира – не сосчитать! Где он брал силы для столь многопланового труда? Скорее всего, в своей организованности, умении беречь время, в способности тренировать себя без всяких скидок: футбол, лыжи, плавание всегда были его помощниками, не позволяющими расслабляться. Учеников А.Краснова поражала его способность увидеть знакомое с новой стороны, заметить неизвестное в известном, найти выход из того, что на первый взгляд кажется безвыходным. Не случайно его питомцы возглавляют все профильные отделения стационаров, занимают высокие должности в органах здравоохранения, руководят вузами. За ведущие кафедры, ректоры, министры здравоохранения – всё это воспитанники созданной им школы административной работы.

«Учитель не только тот, кто учит, а тот, у кого хотят учиться, у кого учатся, кого избирают себе в учителя. Такой Учитель – только один. Для меня это – Александр Фёдорович Краснов», – с гордостью говорит Геннадий Котельников.

Подготовил Алексей ПАПЫРИН,  
директор информационного  
агентства  
«Медицинской газеты» Сито!

Проекты

# Свиная трансплантология

**Нобелевскую премию 2015 г. по химии присудили учёным, выделившим протеины, с помощью которых стало возможным манипулирование генами – «резание» и «сшивание» ДНК в нужном месте последовательности, обмен участками и подшивания гена того же зелёного флуоресцентного белка (GFP), который сделал биологию «зрячей». После этого родилась ген-инженерия клеток млекопитающих и возможность модификации бывших в забвении стволовых клеток, что открыло дорогу к созданию в будущем эффективных клеточных терапий. Созданы также и первые ДНК-машины.**

На сессии Национальной академии наук США, прошедшей в начале октября 2015 г., сообщением гарвардского генетика Дж. Черча произвело сенсацию. Дело в том, что учёный рассказал, что в его лаборатории удалось «дезактивировать» у свиньи эмбрионов 62 ретровируса. Подобные вирусы есть и в нашем геноме, и их активация может приводить к раку. Они являются наследием долговременного развития, по ходу которого клетки инфицировались РНК-содержащими вирусами, образующими с помощью особого фермента (обратная транскриптаза) копию ДНК, которая встраивается и интегрируется в клеточный геном. Заметим, что к ретровирусам относятся некоторые РНК-содержащие раковые и всем известный ВИЧ. Помимо выключения-инактивации ретровирусов Черч смог модифицировать более 20 генов свиньи, включая кодирующие поверхностные протеины иммунного отторжения, а также внутрисосудистого тромбообразования (одно из тяжёлых послеоперационных осложнений). СМИ сделали из этого выступления сенсацию, провозгласив, что теперь-то открыт широкий светлый путь к выращиванию в хрюшках человеческих органов, которых так не хватает трансплантологам. Своё восхищение числом модифицированных генов выразила Дженнифер Дудна из Калифорнийского университета в Беркли, пригороде Сан-Франциско.

Столь впечатляющий успех был получен с помощью молекулярного ДНК-редактирования, «матерью» которого считают Дж. Дудна. Его применение обещает такую же революцию, которая случилась в биологии после изобретения ПЦР, или полимеразной цепной реакции – только после этого стал возможен проект «Геном человека», начало которому было положено четверть века назад, проведение исследований многих тысяч геномов людей и других организмов. В самый канун нобелевской недели Nature опубликовал данные геномного обследования 2504 представителей 26 популяций, живущих по всему миру, а также не слишком глубокого «чтения» геномов 10 тыс. человек. Авторы первой работы, проводившейся институтами всего мира, выявили более 88 млн отличий от первого – референтного (Reference) – генома человека, расшифровка которого была опубликована 12 лет назад. Подавляющее большинство изменений (85 млн) составляют однобуквенные отклонения, или варианты, но хватает и более

крупных, или структурных нарушений, которые могут приводить к различным заболеваниям (больше всего несовпадений у жителей Африки, геном которых самый «старый», поэтому в нём и «накоплений» больше. Это позволяет с уверенностью говорить о том, что предки современного человека (как и неандертальцев и денисовцев) вышли с Чёрного континента. Авторы второй работы больше концентрировались на генах, изменения в которых влечёт расстройство жирового обмена (переработки триглицеридов, основы построения молекул жиров, и переносащих холестерин липопротеидов). Прочитан также геном человека, жившего 4 тыс. лет назад в Эфиопии (S). Пока вся эта информация мало пригодна для практического использования, но в следующем году исполнится 100 лет со дня выхода в свет книги Т. Морган «Хромосомная теория наследственности», в которой описывались опыты над дрозофилой, в которой и сегодня мало кто видит полноценный биологический объект.

Ферменты редактирования и необходимая для него РНК представляющая собой «иммунную» систему той же кишечной палочки (E.coli) против вирусов. Рекрутирование системы стало возможным благодаря открытиям трёх лауреатов. На сегодня проблема использования редактирования заключается в его низкой эффективности (что-то подобное было и в первые годы ПЦР). Буквально накануне объявления имён получателей награды в Nature была опубликована статья, полученная из университетов Торонто и штата Монтана, в которой говорилось, что вирус сам (его геном) «включает» редактирование против себя! Включение направлено против инфекции других вирусов (то же мы видим на примере «инфекции» спермием яйцеклетки, которая в редчайших случаях оплодотворяется двумя спермиями, что приводит к аномальному тройному набору хромосом). Открытие учёных возможно объясняет низкую «производительность» ДНК-редактирования. Придётся выяснять, как снимать блок с клеточного иммунитета.

Редактирование направлено на поиск-адресацию генов-мишеней, а также их включение-выключение, и оно облегчает и делает более точными эти процессы. А пока учёные используют ферменты манипулирования ДНК для создания молекулярных высокоспецифичных и быстродействующих «машин» для выявления белков, так или иначе связанных с различными патогенами. Более 30 лет

назад Нобелевскую премию дали молодому иммунологу, который «вывел» первый клон В-лимфоцитов, синтезирующих защитные антитела, молекула которых похожа на букву Y. Концы коротких «ручек»-фрагментов улавливают и связывают антигены (вернее их «осколки» в виде пептидов), поэтому обилие последних подразумевает и множество необходимых для их нейтрализации антител. Парадокс однако в том, что один В-лимфоцит синтезирует лишь одно антитело, поэтому иммунологи говорят о поликлональном антительном ответе, то есть синтезе необходимых антител многих клонов иммунных лимфоцитов. Последнее в связи с ДНК-машинами то, что с веществом генов связываются различные белки и наоборот.

На этом основано действие молекулярных машин, для которых с помощью ферментов в двуцепочной спирали вырезают часть одной из цепей, что нарушает её довольно жёсткую структуру (конформацию – вспомните две формы конформации молекулы глюкозы – «ванна» и «кресло»), в результате чего одноцепочный участок сворачивается в петлю. Когда двуцепочные участки ДНК соединяются-связываются с концами белковой молекулы антитела (Y) петля расправляется, давая энергию для включения светового маркера (люминофора). По свечению лунки с раствором можно судить о наличии в плазме крови антител против того же ВИЧ. При этом центрифугирование пробирики с кровью занимает больше времени, чем постановка диагноза. Авторы полагают, что в силу высокой специфичности последовательностей ДНК их диагностиком не даёт ложноположительных и отрицательных результатов, может применяться в полевых условиях и намного дешевле знаменитой ELISA. Помимо этого их ДНК-машина оказалась эффективной при выявлении пяти других специфических протеинов (АС).

Последнее, что хотелось бы сказать в связи с ДНК-технологиями, это успех канадских «манипуляторов» из Монреальского университета, которые путём внутриклеточного блокирования генов эмбриональных стволовых клеток получили колбочки сетчатки глаза (D). Благодаря этому они смогли «направить» (direct) развитие клеток в нужном направлении, а затем с помощью их вырастить в лаборатории сетчатку толщиной 1,5 мм, клетки которой как и в нормальной расщепляют фосфат, энергия которого генерирует ответ на свет. Учёные полагают, что предложенный им метод поможет бороться с ретинопатиями (гибелью клеток сетчатки), а также понять механизмы возникновения ретинобластомы – опухоли сетчатки у детей, возникающей при мутации гена-протектора раковой трансформации Rb (Retinoblastoma). Так что премию биохимикам дали за дело.

**Игорь ЛАЛАЯНЦ,**  
кандидат биологических наук.  
По материалам Nature Science.



**Производитель солей для ванн**  
**ООО «Ресурс-Ф»** с 1997 года осуществляет поставки средств для бальнеотерапии в лечебно-оздоровительные учреждения (в соответствии с ФЗ-44).  
тел.: +7(495) 598-23-10, 937-34-54,  
resursf@list.ru www.res-f.ru

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

объявляет конкурс на замещение вакантных должностей на должность ведущего научного сотрудника (д.м.н.) в отдел высшего и последипломного образования.

Срок предоставления документов –  
месяц со дня публикации объявления.

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

Тел.: (495)917-8281 – Учёный секретарь,  
916-0203 – отдел кадров.  
Факс (495) 916-0398.

Исследования

## Храпеть или не храпеть?

**Два новых исследования показали, что храп может приводить не только к сердечно-сосудистым заболеваниям, но и к онкологическим.**

Давно известно, что люди, которые храпят, имеют повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний и даже риск умереть во сне. Проблемы происходят из-за того, что их дыхание во сне замедляется и может останавливаться на какое-то время, а это опасно понижает уровень кислорода в организме. Часто храпом страдают тучные люди, склонные к диабету.

Детройтские учёные недавно организовали очередное исследование, которое напрямую касается храпа. Исследователи выяснили, что негативное влияние храп оказывает не только в своей тяжёлой форме, остановкой дыхания во сне. А почти у всех храпунов имеется слабое сердце или плохие сосуды, независимо от степени тяжести храпа.

В эксперименте принимали участие около тысячи добровольцев.

Предварительно их опросили по поводу ночного храпа, а чтобы информация была максимально достоверной, дополнительно опросили и всех близких. Причём возрастных критериев, как таковых не было, то есть, участникам было от 18 до 50 лет.

Далее всем испытуемым участникам сделали ультразвуковое исследование сердечной и сосудистой систем. В итоге было установлено, что у храпящих людей оболочка сонной артерии значительно утолщена, по сравнению с теми, кто по ночам спит спокойно. Данное утолщение характеризует собой достаточное скопление холестерина клеток, что в разы увеличивает риск возникновения инфарктов и инсультов.

Параллельно проводились исследования и в США и Испании, доказывающее, что апноэ – задержки дыхания, вызывающие храп, несут высокий риск раковых заболеваний.

**Леонид БЕНЦКИЙ.**

По материалам Daily Mirror.

## Человек и собака

**Собаки служат в армии, полиции и помогают людям с ограниченными возможностями. Они находят рядом с человеком не одну тысячу лет. Мы их любим, а они любят нас. Результаты недавнего исследования показывают, что отношения собаки и человека закреплены на биохимическом уровне.**

Согласно выводам учёных из Японии при общении человека и собаки в мозгу и теле обоих выделяется гормон – окситоцин. «Предыдущие исследования показывали, что, когда человек дружелюбно общается с собакой, у него в крови повышается уровень окситоцина. Но теперь мы знаем, что те же процессы происходят и у собак», рассказывает Эван Маклейн, директор лаборатории когнитивной деятельности в Университете Дюк.

Окситоцин снижает стресс, укрепляет социальные связи, влияет на уровень доверия и в целом позволяет нам чувствовать себя хорошо. Он выделяется в мозгу при рукопожатии, объятиях или при взгляде в глаза любимого человека.

Учёные провели два эксперимента с целью выяснить роль гормона в межвидовых отношениях. Сначала они наблюдали

за группой собак и их хозяев в течение 30 минут, измеряя уровень окситоцина до и после эксперимента. Регистрировали все движения, включая разговоры, прикосновения и взгляды. Обычно собаки нервничают при длительном визуальном контакте, но не в том случае, когда смотрит хозяин, поясняет Маклейн: «У собак, которые долго смотрели в глаза своим хозяевам, повышался уровень окситоцина. То же происходило и с людьми. При этом показатели росли параллельно».

В другом эксперименте собакам ввели дозу окситоцина либо плацебо, а затем пустили их к хозяевам. Учёные установили, что те собаки, которые получили дозу окситоцина, дольше смотрели в глаза своим владельцам, а в результате этого и у людей возрос уровень гормона.

По словам Маклейна, эти знания помогут в разработке стратегии в области здравоохранения людей с ограниченными возможностями, детей-аутистов и военных, страдающих синдромом посттравматического стресса. Он отмечает, что в дальнейшем будет установлено, применимы ли результаты исследования к детям и больным.

**Юрий БОРИСОВ.**

По материалам Science.

Суд да дело

# Страсбургские страдания

## Вокруг заместительной терапии наркозависимости

В прошлом декабре российский представитель в Европейском суде по правам человека (ЕСПЧ) просил суд отклонить жалобы трёх россиян на запрет заместительной терапии наркозависимости. Возражение мотивировано статьёй 31 федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах», запрещающей оборот метадона в России и использование бупренорфина для лечения наркомании.

В декабрьском меморандуме также подчёркивалось: методы российской наркологии отличаются от западных, а общественность выступает против заместительной поддерживающей терапии (ЗПТ). За истекшее время в РФ развернули целую кампанию по сбору заявлений в поддержку российской официальной позиции. Первым в ЕСПЧ пришло письмо от Независимой наркологической гильдии, в котором утверждается, что ЗПТ не требуется российским наркопотребителям, поскольку в РФ эффективно лечат и без неё.

### Три заявителя против

Суть жалоб Алексея Курманаевского из Казани, Ирины Абдюшевой из Калининграда и Ивана Аношкина из Тольятти действительно одинакова. Пациенты, страдающие наркозависимостью, неоднократно и безрезультатно проходившие стандартное российское лечение – детоксикацию, жаловались в ЕСПЧ на отказ предоставить им ЗПТ метадон или бупренорфином.

Всемирная организация здравоохранения, Управление ООН по наркотикам и преступности и Объединённая программа ООН по ВИЧ/СПИДу рекомендуют применять ЗПТ как «один из наиболее эффективных методов лечения опиоидной зависимости» и профилактики ВИЧ. Этот метод применяется во многих странах – от США и ФРГ до Ирана и Китая. В России ЗПТ абсолютно запрещена фактически с 1977 г.

«С точки зрения ВОЗ, опиоидная зависимость – это сложное заболевание, включающее изменения в головном мозгу, – поясняет адвокат Михаил Голиченко, пред-



Здание ЕСПЧ

ставляющий интересы российских заявителей в ЕСПЧ. – Наркозависимого человека бессмысленно упрекать в слабости характера, так же как и больного диабетом в том, что ему нельзя есть сахар, но именно такой позиции придерживается российская сторона».

Между тем многие специалисты считают, что ЗПТ позволяет

пациенту перестать употреблять «уличные» наркотики (героин и другие опиаты), прекратить криминальное поведение, начать лечить сопутствующие заболевания: ВИЧ, гепатит С или туберкулёз.

### Никакой ЗПТ и точка

После того, как ЕСПЧ объединил три жалобы в одно производство, шансы России проиграть резонансное дело о ЗПТ весьма выросли. В декабрьском меморандуме по жалобам и в нынешнем дополнении

Сергей Железняк, по чьей инициативе летом 2015 г. Россия потребовала от ВОЗ разъяснить позицию по ЗПТ. Из ответа ВОЗ следовало: ЗПТ по-прежнему считается приемлемой в лечении наркозависимости. Неудовлетворённые российские чиновники заявили о старте международной кампании против ЗПТ, приуроченной к

апрелю 2016 г., когда в Нью-Йорке пройдёт сессия Генассамблеи ООН по наркополитике, где впервые за 20 лет государства обсудят назревшие в этой области реформы.

Одновременно внутри страны была развёрнута кампания по сбору дополнительных комментариев для ЕСПЧ. Главный нарколог Минздрава Евгений Брюн, а также Минюст рассылали письма по реабилитационным центрам и наркологическим учреждениям с просьбой «высказать позицию» по ЗПТ. Тема обращения в ЕСПЧ затрагивалась и на Втором антинаркотическом съезде в Москве, прошедшем в мае.

Юрий БЛИЕВ,  
обозреватель «МГ».

По материалам сайтов  
ЕСПЧ и ФСКН России.

### Кстати

## Что русскому смерть, то немцу...

В середине 1990-х годов в Германии произошли существенные реформы в наркополитике. Главный вектор государственных усилий в работе с наркозависимыми сместился с полицейско-репрессивного на социально-медицинский. Следует учесть: в 70-80-е годы XX века инъекционное употребление опиоидных наркотиков, прежде всего героина, превратилось если не в массовое, то в социально тревожное явление в ФРГ.

Серьёзной проблемой для немецкого здравоохранения стало распространение ВИЧ-инфекции. Публичные дискуссии и общественные кампании второй половины 80-х довели до массового сознания некоторые научные факты. Стало ясно: сколько ни гоняй наркоманов по улицам, они будут возвращаться в те же места в поисках необходимой дозы и привычного общения. Профилактика ВИЧ среди инъекционных наркопотребителей стала приоритетным направлением.

Её основа – методики снижения вреда, программы обмена шприцев, низкопороговые центры, а также ЗПТ. Из названия ясна суть: нелегальный наркотик заменяется на узаконенный, лицензированный препарат. Пациент уходит с улицы, прекращает криминальное поведение и, помимо медпомощи, получает амбулаторную социально-психологическую поддержку.

По данным бюро федерального уполномоченного по наркополитике, сегодня в Германии ЗПТ метадон, бупренорфином или схожими препаратами (суботекс, метадик и др.) получают около 75 400 человек. Схема такова: раз в день, обычно с утра, клиент приходит в медкабинет, где получает свою дозу заместителя, назначаемую индивидуально по решению врача. Принимать препараты можно в виде жидкости или таблеток, инъекции не нужны.

Метадон или бупренорфин действуют около суток без ярко выраженного эйфорического эффекта, в отличие от героина. Они тоже вызывают зависимость, но клиенту программы ЗПТ более не нужно воровать, обманывать родственников или заниматься предоставлением секс-услуг ради добычи наркотиков.

### Дебаты

## Сексизм да и только!

Французские социалисты внесли поправку в бюджет 2016 г., согласно которой тампоны, прокладки и менструальные чаши как предметы первой необходимости должны облагаться более низким налогом. А депутаты парламента Франции проголосовали против поправки, сокращающей налог на добавленную стоимость для предметов женской гигиены с 20% до 5,5%. Однако предложение было на днях отвергнуто в ходе голосования в Национальной ассамблее.

Группа активисток феминистского движения Georgette Sand, выдвинувшая предложение о снижении налога на предметы женской гигиены, заявила, что её члены, узнав о результатах голосования, «пришли в бешенство».

Многие жители страны, в частности, иронизировали по поводу проведённой министром бюджета параллели между пеной для бритья и предметами женской гигиены.

Феминистки в разных странах не впервые ставят под вопрос обоснованность налогообложения товара, который большинство женщин вынуждены покупать каждый месяц, но который, однако, власти не причисляют к предметам первой необходимости.

Четыре месяца назад Reuters сообщало, что австралийские активисты потребовали отмены

налога на гигиенические товары, такие как тампоны и прокладки, утверждая, что это проявление сексизма. В отличие от таких товаров, как презервативы и солнцезащитные кремы, прокладки и тампоны облагаются в Австралии 10-процентным налогом на товары и услуги.

Министр финансов Австралии Джо Хоки обратился к центральным и местным властям с призывом отменить «налог на функции организма», однако премьер-министр Тони Эбботт уже заявил, что правительство не собирается этого делать централизованно. В то же время, по его словам, местные власти штатов могут решить этот вопрос самостоятельно.

Нынешняя кампания по отмене налога на них стартовала в начале мая, накануне обнародования нового бюджета, когда студентка Сиднейского университета Субета Вималараджан написала в Интернете петицию, призывая положить конец налогу на «телесные функции». С тех пор под ней подписались уже более 100 тыс. человек.

«С другой стороны, презервативы, интимные гели-лубриканты, солнцезащитные кремы и никотиновые пластыри освобождены от налога, поскольку они классифицированы как необходимые товары для здоровья. Неужели репродуктивное здоровье и гигиена 10 млн австралийских граждан

не важны в такой же мере?» – говорится в петиции.

По оценке автора петиции, за счёт налога на тампоны и прокладки правительство ежегодно собирает порядка 25 млн австралийских долларов (20 млн долл. США).

«Причина, по которой эти товары не были исключены из налогообложения и по которой этот вопрос до сих пор не был поднят, заключается в том, что политикам или неловко обращаться к теме менструации, или же они хотят, чтобы мы буквальной образом за это расплачивались. Как бы то ни было, это проявление сексизма», – написала Субета в своём блоге.

Во время телевизионных дебатов после оглашения нового бюджета инициатор петиции спросила министра финансов, считает ли он, что гигиенические товары являются необходимым для здоровья предметом для половин населения страны?

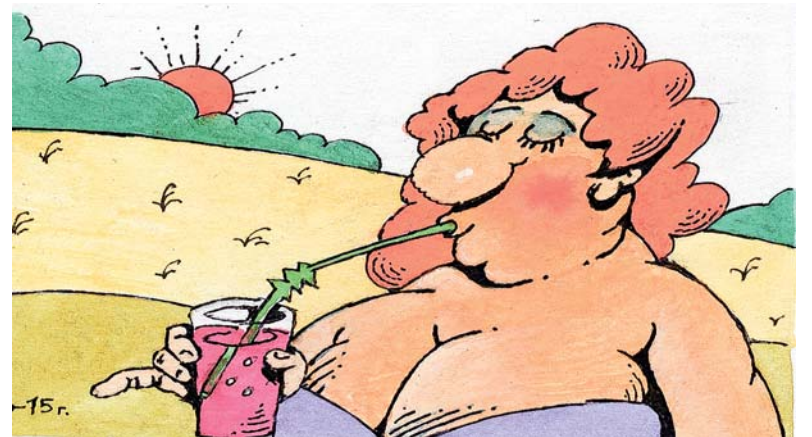
«Считаю ли я, что гигиенические товары необходимы? Да, думаю, да», – ответил Джо Хоки, добавив, что налог, вероятно, должен быть отменен. Однако все же отклонил призыв вывести из-под налога тампоны и прокладки, посчитав, что в противном случае список исключённых товаров будет слишком большим.

Игорь НИВКИН.

По материалам France-Press.

### Исследования

## О пользе гранатового сока



Североамериканские учёные выяснили, что употребление граната может снизить вероятность развития злокачественных новообразований молочных желёз.

Как известно, злокачественные опухоли молочных желёз – наиболее распространённое онкологическое заболевание у лиц прекрасного пола, потому внимание всех онкологов мира сосредоточено на методах борьбы с этим суровым недугом.

Так, в ходе недавно проведённого исследования учёными было установлено, что в зёрнах граната содержится вещества, замедляющие, а при регулярном потребле-

нии и останавливающие выработку эстрогена. Ведь именно переизбыток этого гормона является одной из причин активной пролиферации раковых клеток.

Исследователи надеются, что результаты их работы помогут создать новую противораковую терапию в недалёком будущем. А пока что сок граната полезен и тем, что предотвращает развитие анемии, успокаивает чувство голода, способствует контролю массы тела, а потому является рекомендованным к потреблению всем группам населения по всему миру.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам журнала Cancer.

Имена и судьбы

# Эталон верности врачебному долгу

## Он был расстрелян вместе с царской семьёй

Лейб-медик последнего российского императора Николая II Евгений Боткин может быть канонизирован в лике святого. «Общество православных врачей России имени святителя Луки (Войно-Ясенецкого), архиепископа Симферопольского» (ОПВР) поставит перед Патриархом Русской православной церкви вопрос о канонизации врача, лейб-медика последнего российского императора Николая II Евгения Боткина. В ночь с 16 на 17 июля 1918 г. он был расстрелян вместе с царской семьёй.

### Это важно сегодня

Как сообщил на IV «Балтийском медицинском форуме» в Санкт-Петербурге главный терапевт Минздрава России академик Александр Чучалин, участники конференции примут обращение с такой просьбой к Святейшему Патриарху Московскому и всея Руси Кириллу. «Я убеждён, что врач, отказавшийся уйти из царской семьи в момент, когда судьба её была уже решена, и продемонстрировавший верность врачебному долгу, должен быть канонизирован», – сказал лидер ОПВР. По мнению А. Чучалина, это важно для сегодняшних врачей, как символ врачебного долга и милосердия.

Сын выдающегося российского врача-терапевта и общественного деятеля Сергея Боткина (лейб-медика Александра II и Александра III) и Анастасии Крыловой был четвёртым ребёнком в семье. В 1878 г. на основе полученного дома воспитания был принят сразу в пятый класс 2-й Петербургской классической гимназии. После её окончания поступил в 1882 г. на физико-математический факультет Петербургского университета, однако, сдав экзамены за первый курс, ушёл на младшее отделение открывшегося при подготовительного курса Военно-медицинской академии.

В 1889 г. окончил академию третьим в выпуске, удостоившись звания лекаря с отличием. Работал врачом-ассистентом в Мариинской больнице для бедных, стажировался у ведущих европейских учёных. В 1893 г. защитил в академии диссертацию на соискание степени доктора медицины «К вопросу о влиянии альбумоз и пептонов на некоторые функции животного организма», посвятив её отцу.

В мае 1897 г. Е. Боткин избирает-



Е. Боткин в кругу семьи

ся приват-доцентом Военно-медицинской академии.

В 1904 г. с началом Русско-японской войны врач убыл в действующую армию добровольцем и назначен заведующим медицинской частью Российского общества Красного Креста в Маньчжурской армии. «За отличия, оказанные в делах против японцев» был награждён офицерскими боевыми орденами.

### До последнего дыхания

Осенью 1905 г. Е. Боткин возвратился в Петербург и приступил к преподавательской работе в академии. С 1905 г. – почётный лейб-медик. В 1907 г. назначается главным врачом общины святого Георгия.

По просьбе императрицы Александры Фёдоровны был приглашён как врач в царскую семью и в апреле 1908 г. назначен лейб-медиком Николая II. В 1917 г., после падения 2 (15) марта монархии, остался вместе с царской семьёй в Цар-

ском Селе. Когда после февральской революции и ареста царской семьи Временное правительство, а позже большевики предложили доктору оставить царскую семью и выбрать себе место в одной из московских клиник, Е. Боткин, не раздумывая, ответил: «Я дал Царю честное слово оставаться при нём до тех пор, пока он жив».

Последовав за Николаем II в ссылку, Е. Боткин открыл в Тобольске бесплатную медицинскую практику для местных жителей. В апреле 1918 г. вместе с царской четой и их дочерью Марией был перевезён из Тобольска в Екатеринбург. Мог не ехать, но вызвался сам. Убит вместе со всей императорской семьёй и слугами.

В июле 1919 г. в урочище «Четырёх братьев» близ Екатеринбурга были найдены сотни предметов, принадлежавших убиенным членам императорской семьи и их слугам. Среди прочего – узнали вещи русского врача, лейб-медика семьи Николая II Евгения Сергеевича Боткина...

Останки Николая II, Александры Фёдоровны, Ольги, Татьяны и Анастасии Романовых, а также лиц из их окружения, расстрелянных в доме Ипатьева, были обнаружены в июле 1991 г. около Екатеринбурга.

### Почитается как страстотерпец...

В 1981 г. царская семья была прославлена Русской зарубежной церковью. А в 2000 г. после продолжительных споров, вызвавших значительный резонанс в России, Николай II, его супруга, дети и лица из окружения царской семьи были канонизированы Русской православной церковью. Решение специальной комиссии гласило:

«За многими страданиями, перенесёнными царской семьёй за последние 17 месяцев жизни, которая закончилась расстрелом в подвале екатеринбургского Ипатьевского дома в ночь на 17 июля 1918 г., мы видим людей, искренне стремившихся воплотить в своей жизни заповеди Евангелия. В страданиях, перенесённых царской семьёй в заточении с кротостью, терпением и смирением, в их мученической кончине был явлен побеждающий зло свет Христовой веры, подобно тому, как он воссиял в жизни и смерти миллионов православных христиан, претерпевших гонение за Христа в XX веке. Именно в осмыслении этого подвига царской семьи комиссия в полном единении с одобрения Священного Синода находит возможным прославить в Соборе новомучеников и исповедников Российских в лике страстотерпцев императора Николая II, императрицу Александру, царевича Алексея, Великих князю Ольгу, Татьяну, Марию и Анастасию».

Теперь они почитаются как царственные страстотерпцы. Ранее комиссия по канонизации, возглавляемая митрополитом Ювением, рассматривая вопрос канонизации царской семьи, отметила:

«...не представляется возможным окончательное решение во-

проса о наличии оснований для канонизации этой группы мирян, по долгу своей придворной службы сопровождавших царскую семью в период её заточения и принявших насильственную смерть».

...наиболее подходящей формой почитания христианского подвига верных слуг царской семьи, разделивших её трагическую участь, на сегодняшний день может быть увековечение этого подвига в житии царственных мучеников».

17 июля православные молитвой поминают теперь одно из самых трагических событий не только кровавого XX века, но и всей русской истории. Сейчас речь идёт о том, чтобы причислить лейб-медика Е. Боткина к лику святых.

...В 2003 г. на том месте, где расстреляны последний российский император Николай II, его семья и придворные, был освящён Храма-Крови в честь Всех Святых, в земле Российской просиявших. Здесь, как и во многих храмах в других городах России, в ночь расстрела проходят крестные ходы и ночные службы в память о царственных страстотерпцах.

16 октября 2009 г. Генеральная прокуратура Российской Федерации приняла решение о реабилитации 52 приближённых царской семьи, подвергшихся репрессиям, в том числе Е. Боткина.

...Человек науки, Евгений Сергеевич поначалу скептически относился к религии, не искал утешения у образов, не вымаливал благополучия. Но чуть позже он писал: «Среди нас (выпускников-медиков академии) было мало верующих, но принципы, исповедуемые каждым, были близки к христианским. Если к делам врача присоединяется вера, то это по особой к нему милости Божией. Одним из таких счастливых, путём тяжкого испытания – потери моего первенца, полугодовалого сыночка Серёжи – оказался и я».

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

### Юбилей

О жизни человека судят по её плодам. Плоды, принесённые профессором Вениамином Лирцманом за десятилетия его творческой научно-практической работы, – полновесны и значимы. В первую очередь, это его весомый личный вклад в развитие современной травматологии.

К наиболее практически значимым разработкам Вениамина Михайловича, прежде всего, следует отнести методы оперативного лечения переломов и повреждённых сухожилий и связок, которые способствовали восстановлению здоровья тысяч и тысяч людей. Им воспитаны десятки учеников, специалистов в области травматологии и ортопедии. Профессор В. Лирцман является автором научной монографии, более 200 статей, опубликованных в России и за рубежом, 6 запатентованных оригинальных изобретений, 8 методических рекомендаций.

Вениамин Лирцман родился 29 сентября 1925 г. и после 9 класса, в 1943 г., окончив Военно-медицинское училище им. Н.А. Щорса, добровольцем ушёл на фронт. Годы Великой Отечественной войны не прошли даром для юного медика – об этом свидетельствуют 3 боевых ордена и 12 медалей, полученных за мужество и героизм

# Вся жизнь отдана медицине



на полях сражений с фашистами. На фронте В. Лирцман командовал медицинским взводом, был на передовой, вытаскивая раненых с поля боя и оказывая им первую неотложную помощь.

После демобилизации будущий учёный-клиницист поступил в Рязанский медицинский институт, окончив его с отличием в 1953 г., после чего в течение трёх лет работал главным врачом и хирургом Путятинской районной больницы Рязанской области.

Поступив в 1956 г. в клиническую ординатуру Центрального института травматологии и ортопедии,

Вениамин Михайлович начинает учиться и работать в травматологическом отделении под руководством знаменитого отечественного травматолога – профессора Аркадия Каплана, где осваивает все передовые методы оперативного и консервативного лечения. После окончания ординатуры он становится аспирантом ЦИТО и начинает изучать, а впоследствии успешно продолжает развивать одно из сложных направлений травматологии – гериатрическую травматологию – науку о диагностике и особенностях лечения травм у лиц пожилого и старческого возраста.

На эту тему им успешно защищены кандидатская и докторская диссертации (1962 и 1972 гг. соответственно). Наряду с этим В. Лирцман получил авторские свидетельства на изобретения. Также им была написана монография «Предоперационная подготовка и послеоперативное лечение больных пожилого и старческого возраста с переломами костей», разработаны и опубликованы методические рекомендации для врачей-травматологов.

За 27 лет работы в ЦИТО им. Н.Н. Приорова Вениамин Михайлович прошёл все ступени клинического и научного становления высококлассного хирурга и учёного: клиническая ординатура, аспирантура, младший научный сотрудник, старший научный сотрудник. Он неоднократно выступал с докладами на международных и республиканских съездах травматологов-ортопедов, научно-практических конференциях, симпозиумах и других отраслевых мероприятиях.

С 1983 г. Вениамин Михайлович становится профессором кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета. Опытный клиницист, учёный и искусный хирург, владеющий всеми современными методами оперативного и консервативного лечения травматолого-ортопедических больных, В. Лирцман стал ведущим куратором и консультантом травматологических отделений клинической больницы, на базе которой располагалась кафедра.

Используя накопленный за более чем полвека клинический и научный опыт, В. Лирцман до последнего времени читал курс лекций по травматологии и ортопедии, проводил практические занятия с врачами факультета последипломного образования, интернами, клиническими ординаторами, аспирантами. Под его руководством защищены 10 диссертаций – 1 докторская и 9 кандидатских.

Творческая и трудовая активность Вениамина Михайловича продолжает удивлять людей, знающих его и работавших с ним. И сегодня мы видим его в школах, рассказывающего ученикам о тяготах фронтовой жизни и вспоминающего о жизни медиков во время Великой Отечественной войны. Символично и примечательно, что в год празднования 70-летия Великой Победы Вениамин Михайлович отметил и своё 90-летие.

90-летний юбилей профессора Лирцмана – это, главным образом, праздник его многочисленных учеников и пациентов. Первым Вениамин Михайлович подарил успешное профессиональное будущее, а вторым – самое главное, что есть у человека: здоровье, и, как следствие, – счастье и благополучие.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

– **Аркадий Львович, вы – потомственный врач. Повлияло ли это на выбор вами профессии?**

– Я родился в городе Кисловодске, там мой отец был главным врачом курортной больницы, где лечили заболевших отдыхающих. В этом стационаре наряду с прекрасным поставленным лечебным процессом была совершенно потрясающая домашняя обстановка. Весь медицинский персонал клиники – от главного врача до санитарки – жили единой семьёй с пациентами. С самого рождения я видел невероятную медицину. Дело в том, что в послевоенные годы многие ведущие терапевты нашей страны переехали в Кисловодск. Эта больница была одной из баз Центрального института усовершенствования врачей. Кто только там не работал из великих докторов!.. С утра до вечера там шли клинические разборы. 24 часа в сутки я слушал разговоры о больных. Моя мама также была врачом – заведовала отделением функциональной диагностики в курортной поликлинике.

Так что уже с ранних лет у меня сформировалась собственная идеология о том, кто такой хороший врач, в особенности – терапевт. Прежде всего, он должен родиться в благополучной семье. Из бомжей терапевта не получится – вопрос однозначный. Кроме того, с моей точки зрения, без доброго сердца не стать хорошим интернистом. Не говоря уже о том, что нужно много работать, постоянно читать и иметь хорошего наставника, так как без учителя в широком смысле этого слова в медицине делать нечего.

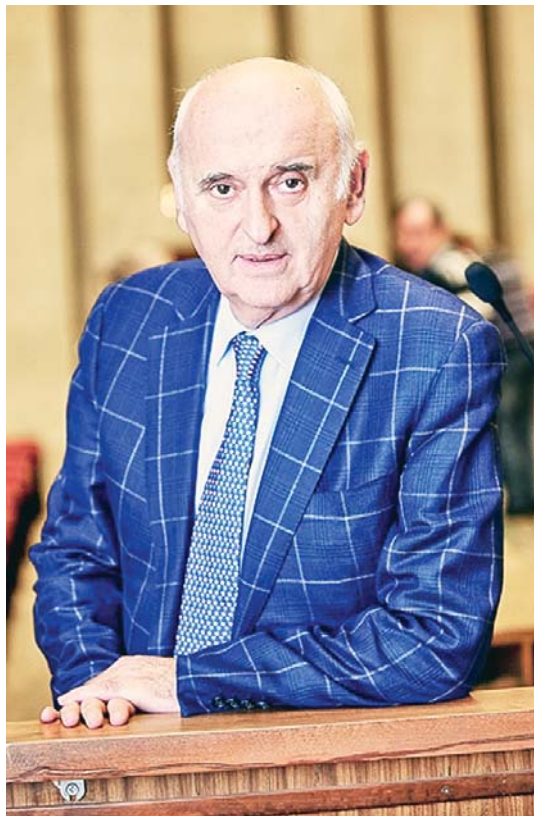
– **Почему?**

– Терапия, в отличие от других клинических специализаций, – в высшей степени логическая дисциплина. Этой логикой не овладеть без учителя. Терапия – не ремесло, не перечисление симптомов. Это абсолютная логика. Способность логически мыслить у постели больного в наибольшей степени развивается под влиянием опытного наставника, неравнодушного и целеустремлённого, желающего оставить после себя наследие в виде прекрасного подготовленного ученика, которые будут продолжать его дело. Конечно, многое приходит с опытом, однако без наставника не стать высококлассным клиницистом. В этом я совершенно убеждён.

– **Кого вы считаете главным своим учителем в профессии?**

– Прежде всего – своего отца. Он был блестящим терапевтом. Его практически безошибочная диагностика проверялась результатами вскрытия. Расхождений практически не было. Также мне повезло познакомиться по приезде в Москву с нынешним президентом Всероссийского научного общества терапевтов академиком РАН Анатолием Мартыновым, давшим мне очень многое в профессиональном плане. В те годы он был доцентом на кафедре профессора Владимира Померанцева, которого я также считаю одним из главных своих наставников. О нём мало кто знает, однако это был удивительный человек и профессионал. Он блестяще владел методологией постановки диагноза. Его методические рекомендации не требовали редакции. Это был великий методист.

– **С недавнего времени вы издаёте биографии выдающихся отечественных терапевтов. Каковы цели этого проекта?**

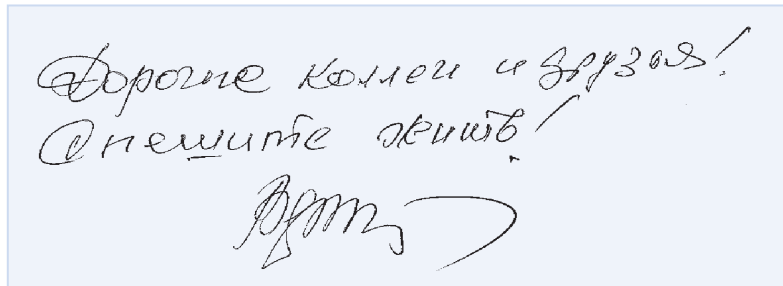


Отечественная медицина, среди всего прочего, славна своей преемственностью. Однако, несмотря на наличие в каждом без исключения медицинском вузе нашей страны кафедры истории медицины, современные доктора мало что знают о корифеях врачебного дела – тех, благодаря кому в той или иной степени они получают образование, а также имеют возможность пользоваться различными методами диагностики и лечения заболеваний. Иными словами – профессия теряет своё благородство и интеллигентность, в то время как общеизвестно, что испокон веков в нашей стране врач, наряду с квалификацией, обладал глубокой культурой и общей эрудицией. К счастью, у нас есть отдельно взятые представители медицинской общественности, которые пытаются возродить эту связь поколений в клиническом мире, удивительным образом сочетая в себе как высочайшую общую культуру и профессионализм ушедшей плеяды докторов, так и нетривиальный подход к одной из наиболее консервативных специальностей, адаптированный к нынешней реальности.

Именно к таким людям можно смело отнести одного из ведущих специалистов нашей страны в области внутренней медицины, заведующего кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Аркадия ВЁРТКИНА.

**Аркадий ВЁРТКИН:**

## Без наставника не стать настоящим клиницистом



– Представьте себе, что вдруг на государственном уровне запретили Пушкина. Так вот, я не знаю, кто «круче»: великие русские врачи или Пушкин. Великая литература или великая медицина, где культурная составляющая по меньшей мере одинакова – что стоит выше на иерархической лестнице ценностей? Я не могу ответить на этот вопрос. Посмотрите на портреты этих врачей – на их лица, одежду... Всю свою жизнь эти люди посвящали медицине и пациентам. Все их научные труды были основаны на пропедевтике – основе основ в клинике. Остались документальные подтверждения их общения с пациентами – это отдельная наука. Такого сейчас не встретишь.

Взять, к примеру, Максима Петровича Кончаловского, Образцова, Стражеского, Пастернацкого, Зимницкого... О таких людях необходимо помнить. Об их жизни необходимо знать, не говоря уже про личный вклад каждого из них в медицину и науку. Их труды шли от ума и сердца. Все они начинали свой профессиональный путь с патологоанатомов – в прозектуре, в то время как нынешние врачи плохо знают анатомию, не говоря уже об остальных недочётах современного образования...

На каком-то этапе своего развития нынешние врачи забыли о своих великих предшественниках,

что недопустимо, на мой взгляд. Это же были широко-, высокообразованные люди – как в общем, так и в профессиональном плане. Вот и думаешь: как же можно выбирать себе в настоящее время наставника, когда наследие наших лучших врачей, мягко говоря, позабыто. Потерялась преемственность.

– **Почему нынешние студенты и молодые врачи не питают особого уважения к старшему поколению в отличие от обратимов прошлых лет?**

– У большинства современных профессоров нет ни потребности, ни времени для того, чтобы заниматься с молодёжью. «Отмахнуться» от молодёжи куда проще, чем уделить пару часов своего времени. Когда я был ординатором, мои наставники заботились обо мне: занимались, буквально за руку водили по пациентам, советовали ту или иную монографию и т.д. Как же не возникнуть чувству уважения или пиетета в такой ситуации? Всё закономерно.

Я привык к этому и стараюсь побольше времени уделять молодым врачам. Необходимо понимать, что именно они в скором времени придут нам на смену, и их квалификация – в значительной степени наша заслуга или же, как это сейчас часто бывает, – упущение. Раньше слово «клиника» означало «святыня». Сейчас этого нет.

Многое девальвировалось, однако я совершенно убеждён в том, что, несмотря на все преграды, и по сей день у молодых врачей есть хорошая возможность найти себе наставника – проводника в клинический мир.

– **Ваша супруга, Наталья Викторовна, руководит столичной ГКБ № 81, вы фактически руководите терапевтической деятельностью ГКБ № 50. Кто же в доме главный?**

– Мы познакомились 40 с лишним лет назад. В те годы она работала рентгенологом и заканчивала свою работу около 14 часов. Я же дежурил на «скорой» на 1,5 ставки, дежурил в клинике, подрабатывал расшифровкой ЭКГ. Короче говоря, львиную долю семейного бюджета добывал я. Однако не могу сказать, что у меня было ощущение того, что я – глава семьи вследствие того, что я обеспечивал семью. Вы знаете, нам не так много осталось до золотой свадьбы, и в нашей семье все эти годы сохраняется абсолютное равноправие. Мы прекрасно понимаем друг друга. У нас уже четверо внуков, так что хватает забот помимо выяснения того, а кто же из нас главный.

– **Когда вам было 40 лет, произошёл распад СССР, коренным образом поменялась жизнь. Как вы это восприняли, будучи уже зрелой, сформированной личностью?**

– Если убрать политическую составляющую, то для меня это был поворот в лучшую сторону. Это – бесспорно. Появились новые возможности дохода, используя свой профессионализм и интеллект: главное – много, плодотворно и эффективно работать. Кроме того, для жителей нашей страны открылись границы: появилась возможность беспрепятственного посещения всех стран мира, в том

числе и с целью повышения своей профессиональной подготовки, не говоря уже о поездках для общего развития и приятного времяпрепровождения. Я совершенно не ностальгирую по советской эпохе. Мне удалось вписаться в современную жизнь.

– **За счёт чего?**

– Секрет моего успеха прост: работа, работа и ещё раз работа. Не тупо просиживать штаны в рабочем кресле, а эффективно использовать имеющиеся у тебя знания на благо пациентов, студентов и коллег. Богатство, в том числе и материальное, – результат правильного приложения и применения умственных способностей. Вся моя жизнь – перманентное преодоление трудностей. С ранних лет. Испытал все «прелести» того времени – уравниловку, пресечение индивидуальности, навязывание мнимых идеалов, антисемитизм, причём отнюдь не на бытовом уровне... Тем не менее я не опустил руки и нашёл свою нишу, заняв достойное место в жизни.

– **Как профессор Вёрткин проводит редкие минуты свободного времени?**

– У меня совершенно «мужские» хобби: последнее время я увлекаюсь горными лыжами и большим теннисом. В юности получил мастера спорта по баскетболу и шахматам. Обожаю преферанс. До недавнего времени я регулярно играл в футбол. Остаюсь футбольным болельщиком и по сей день.

– **И за какой клуб переживаете?**

– Всю свою жизнь я любил неординарных людей. В юности я был поклонником московского «Торпедо» – Стрельцова, Понамарева, Воронина, Иванов... Особенно мне нравится «Стрелец» – Эдуард Стрельцов, который мог за секунду сотворить невероятное на поле. В шахматах моим кумиром был Михаил Таль. Его стиль игры буквально завораживал: бесконечные жертвы, интрига, высокий темп...

– **Были ли у вас кумиры?**

– Мой отец. Его медицинские способности, профессиональная одарённость не могли оставить равнодушным никого. Да и человеком он был незаурядным и неординарным. Для меня он служит примером почти во всём, главным образом – в профессии.

– **В чём состоит ваше главное достижение?**

– Прежде всего, это брак на протяжении 40 с лишним лет. Также не могу не заметить, что внуки у меня получаются весьма неплохо (улыбается). Это тоже достижение. Кроме того, я считаю, что подготовил огромное количество врачей, и наша клиника звучит на федеральном уровне, приближаясь к классике отечественной медицинской школы.

– **Вы – счастливый человек?**

– Абсолютно. Счастье – это биохимическая реакция, возникающая при выходе так называемых «гормонов счастья» в кровь, что происходит, когда человек пребывает в гармонии с окружающим миром и самим собой: успехи в личной жизни и на профессиональном поприще, любимые хобби, хороший отдых, даже вкусная еда... Учитывая, что все составляющие этого у меня есть, я считаю себя абсолютно счастливым.

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

Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-10-00443 Тираж 31 102 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 (3832) 262534; 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.