



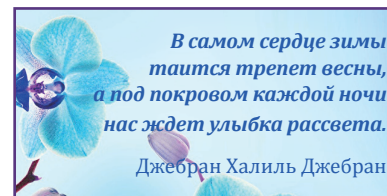
Scientia potentia est. Знание — сила.

ALMA MATER

№ 1 (169)
30 января 2019 г.

Газета ученого совета Института повышения квалификации
специалистов здравоохранения

Выходит с 2002 г.



• ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. ПРОЕКТНЫЙ ПОДХОД •

Утверждена программа госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019

Постановлением Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. № 1506 утверждена программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годы. Документ устанавливает, в частности, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, требования к территориальным программам госгарантий.

По словам вице-премьера РФ Татьяны Голиковой, объем финансирования программы на ближайшие три года оценивается в 8,6 трлн рублей. В 2019 году увеличение ассигнований составит 500 млрд рублей, включая средства, которые будут направлены на оказание гражданам онкологической помощи.

Как говорится в пояснительной записке к документу, программа на следующие три года содержит ряд новых положений. Так, расширен перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, для лечения которых лекарственные препараты будут закупаться за счет ассигнований из федерального бюджета (гемолитико-уремический синдром, юношеский артрит с системным началом, мукополисахаридоз I, II и IV типов). В целях обеспечения прав отдельных категорий граждан на получение при лечении в амбулаторных условиях лекарственных препаратов бесплатно или с 50%-ной скидкой программой предусматривается, что перечень лекарствен-

ных препаратов для таких категорий граждан будет формироваться в объеме не менее утвержденного распоряжением Правительства на соответствующий год Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), за исключением лекарственных препаратов, используемых исключительно в стационарных условиях.

В целях перехода от валовых показателей объема медицинской помощи (койко-дни) к показателям, характеризующим законченные случаи лечения пациентов, а также установления единых подходов к планированию и оплате специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в качестве норматива объема «медицинской реабилитации» в стационарных условиях вводится 1 случай госпитализации вместо 1 койко-дня.

Устанавливаются средние нормативы объема для проведения профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию. Устанавливаются средние нормативы финансо-

вых затрат на одно посещение, связанное с проведением профилактических осмотров, включая диспансеризацию, за счет средств ОМС (1019,7 рубля – в 2019 году, 1055,7 рубля – в 2020 году, 1092,6 рубля – в 2021 году).

Установлены новые критерии качества медицинской помощи – «доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медосмотрах и диспансеризации в общем количестве впервые в жизни

зарегистрированных заболеваний в течение года» и «доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации лиц старше трудоспособного возраста в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года у лиц старше трудоспособного возраста».

Устанавливаются средние нормативы объема медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении, а также средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении (113 907,5 рубля – в 2019 году, 118 691 рубль – в 2020 году, 124 219,7 рубля – в 2021 году).

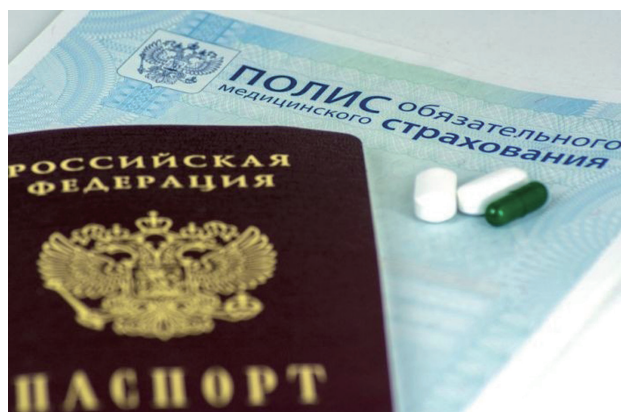
Устанавливаются средние нормативы объема медицинской помощи по профилю «онкология». Также устанавливаются средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «онкология» в стационарных условиях (76 708,5 рубля – в 2019 году, 99 208,9 рубля – в 2020 году, 109 891 рубль – в 2021 году) и условиях дневных стационаров (70 586,6 рубля – в 2019 году, 74 796 рублей – в 2020 году, 77 835 рублей – в 2021 году).

Скорректированы предельные сроки ожидания проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии и ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи для пациентов с онкозаболеваниями. Теперь эти сроки не должны превышать 14 дней со дня назначения.

Расширен перечень критериев доступности и качества медицинской помощи, по которым в субъектах РФ будет проводиться оценка эффективности реализации территориальных программ в части оказания медицинской помощи при онкозаболеваниях, развития первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в том числе лицам старше трудоспособного возраста, а также оказания медицинской помощи при ВИЧ-инфекции.

Скорректирован Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи. Два метода лечения (эндопротезирование суставов конечностей и коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании

(Окончание на с. 2)



со стентированием при ишемической болезни сердца) перенесены из раздела II «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, не включенных в базовую программу ОМС», в раздел I «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС».

Средние нормативы объема медицинской помощи на 2019–2020 годы, оказываемой за счет средств бюджета и средств ОМС, скорректированы с учетом статистических данных о динамике заболеваемости и смертности населения, фак-

тического выполнения объемов медицинской помощи за 2017 год.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют: за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в расчете на одного жителя) в 2019 году – 3488,6 рубля (100 % к 2018 году), в 2020 году – 3621,1 рубля (103,8 % к 2019 году), в 2021 году – 3765,9 рубля (104 % к 2020 году); за счет средств ОМС (в расчете на одно застрахованное лицо) в 2019 году – 11 800,2

рубля (109,1 % к 2018 году), в 2020 году – 12 696,9 рубля (107,6 % к 2019 году), в 2021 году – 13 531,4 рубля (106,6 % к 2020 году).

Стоимость территориальных программ в 2019 году составит 2682,7 млрд рублей (108,2 % к 2018 году), в 2020 году – 2863,1 млрд рублей (106,7 % к 2019 году), в 2021 году – 3034,8 млрд рублей (105,9 % к 2020 году).

www.medvestnik.ru

С 2019 года изменится структура оказания первичной медико-санитарной помощи

С 2019 года существенно меняется структура оказания первичной медико-санитарной помощи в рамках ОМС, сообщила Светлана Кравчук, начальник управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

С января 2019 года стартует федеральный проект «Развитие первичной медико-санитарной помощи». Проект рассчитан до 2024 года и имеет несколько ключевых показателей эффективности. В центре проекта – создание систем управления качеством оказания медицинской помощи и сопровождения пациента в процессе лечения, включая защиту его прав.

Один из основных показателей развития проекта – доля медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в рамках ОМС, на базе которых будут функционировать каналы обратной связи застрахованных со страховыми представителями. Такие каналы связи могут иметь разное воплощение: пост страхового представителя, телефон, терминал для связи с представителем страховой компании. В 2019 году доля медицинских организаций, имеющих подобный канал связи, должна составить 30,7 % по всей России, в 2020 году – 47,8 %, к 2024 году его должны иметь почти 73 % медицинских организаций первичного звена. Задача работы страховых представителей – обеспечить возможность россиянам получить немедленную консультацию и помощь по любым вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи по ОМС. При этом посты и терминалы страховых представителей могут быть установлены в поликлиниках как от каждой страховой медицинской организации, так и комплексно от пула страховых компаний.

Следующий важнейший показатель проекта – количество субъектов Российской Федерации, на территории которых будут открыты офисы по защите прав застрахованных каждой страховой медицинской организации. В 2019 году под него

будет разработана нормативная база, перед страховыми организациями будут поставлены конкретные задачи. И уже в 2020 году, на первом этапе этого проекта, подобные офисы будут открыты в 36 регионах России, в 2021 году – в 48 регионах, а к 2024 году во всех субъектах РФ. На страховых представителей третьего уровня, квалифицированных специалистов и экспертов качества медицинской помощи страховых медицинских организаций, ляжет вся работа с поступившими жалобами на оказанную медицинскую помощь. Цель подобных офисов – обеспечить досудебный разбор случаев нарушений прав застрахованных. Практическая реализация этого этапа начнется в 2020 году. Показателем эффективности данного нововведения станет доля обоснованных жалоб от общего числа жалоб, урегулированных в досудебном порядке страховыми медицинскими организациями. Если на данный момент страховые компании решают в досудебном порядке более 50 % конфликтных ситуаций, то уже к 2020 году этот процент должен вырасти до 65,1 %, а к 2024 году составить не менее 77 %.

Следующий значимый показатель федерального проекта по развитию первичной медико-санитарной помощи – информирование застрахованных о профилактических мероприятиях. Вектор оказания медицинской помощи всё более смещается в сторону предотвращения заболеваний. На страховых представителей и ранее были возложены обязанности по информированию населения о диспансеризации и профилактических осмотрах. Особенностью данного показателя в рамках проекта по развитию первичной медико-санитарной помощи является

то, что с 2019 года он будет опережать процент населения, охваченного диспансеризацией. В 2019 году планируется проинформировать о праве пройти профилактические осмотры 44 % взрослого застрахованного населения (старше 18 лет), в 2020 году – 48,6 %, далее плановые показатели резко возрастают и к 2021 году информированием должны быть охвачены не менее 66,2 % взрослого населения, а к 2024 году не менее 95 %. В конечном итоге такой подход должен сформировать ответственное отношение к здоровью у пациентов.

Вместе с подходом к оказанию медико-санитарной помощи изменяются и подходы к контрольно-экспертной деятельности страховых медицинских организаций. При росте показателей обращений в медицинские организации для лечения более чем на 10 % будет введен жесткий многоэтапный контроль за причинами, которые вызвали данный всплеск. На территориальные фонды будет возложена обязанность ежемесячного анализа роста заболеваемости и летальных исходов. ТФОМС поручает проведение тематических экспертиз качества медицинской помощи СМО. Страховые медицинские организации организуют проведение целевых и тематических экспертиз, готовят и направляют в ТФОМС предложения по улучшению качества медицинской помощи. Медицинские организации в свою очередь проводят анализ нарушений, которые выявили экспертизы качества медицинской помощи СМО и направляют в страховые компании план мероприятий по устранению нарушений.

«Важно, что данный контроль осуществляется не только за смертностью в стационарах, но отслеживание идет с поликлинического звена – с момента обращения пациента за медицинской помощью. По сути – это экспертиза всех уровней оказания медицинской помощи. И эта работа позволит не только сформировать защиту прав застрахованных, но и создать систему управления качеством медицинской помощи в каждом регионе России», – отметила Светлана Кравчук.

www.ffoms.ru

Детских больниц и ФАПов построят больше, чем планировали



Правительство РФ уточнило финансирование и целевые показатели социальных нацпроектов, в том числе «Здравоохранение».

В рамках нацпроекта «Здравоохранение», в который входит 8 федеральных проектов, планируется построить 40 детских больниц – на 3 больше, чем планировалось ранее (37). Об этом сообщил премьер-министр Дмитрий Медведев на заседании президиума Совета при президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам.

Также предусмотрены дополнительные средства на строительство и замену ФАПов – кроме запланированных 1500 объектов, в 2019 году предлагается построить еще 40 фельдшерских пунктов и офисов врачей общей практики. По словам председателя Кабмина, деньги на это в бюджете заложены.

Кроме того, выделяется дополнительное финансирование на информатизацию системы здравоохранения – «чтобы каждый мог не только записаться к врачу через Интернет, но и, не приходя в поликлинику, получить все необходимые медицинские документы, выписки, пройти медико-социальную экспертизу», – пояснил Дмитрий Медведев.

Говоря о нацпроекте «Наука», премьер-министр отметил необходимость «лучше синхронизировать» его со здравоохранением – чтобы наука не была в отрыве от медицины.

«Отдельный федеральный проект по созданию сети национальных медицинских исследовательских центров уже утверждён, – сказал глава Правительства. – В этих центрах будут не только разрабатывать инновационные медицинские технологии, но и с помощью телемедицины – консультировать пациентов».

В рамках нацпроекта «Демография» приняты дополнительные меры по поддержке старшего поколения. Так, для удобства пожилых, живущих в селах или социальных учреждениях, собираются выделить деньги на закупку автотранспорта – для доставки в медучреждения.

Всего в ближайшие 3 года на национальные проекты «Здравоохранение», «Демография», «Образование» и «Наука» из федерального бюджета планируется потратить 2,78 трлн рублей, а в течение 6 лет – 6,5 трлн рублей из всех источников.

www.doctorpiter.ruwww.todaykhv.ru

Кто будет проходить аккредитацию в этом году

Внесены изменения в сроки и этапы аккредитации специалистов, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование. Напомним, что 22 декабря 2017 года вышел приказ № 1043, который устанавливал сроки и этапы аккредитации. Новый приказ № 898н вносит очередные изменения.

Аккредитация после ординатуры в 2019 году

С начала этого года лица, получившие после 1 января 2019 года высшее образование по основным образовательным программам в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» (уровень ординатуры) по специальностям «Неврология», «Кардиология», «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Онкология», «Педиатрия», «Терапия», будут проходить аккредитацию.

Аккредитация после курсов переподготовки только для врачей 6 специальностей

Также аккредитацию будут проходить и те лица, которые завершили курсы переподготовки после 01.01.2019 года по следующим специальностям:

- Неврология
- Кардиология
- Общая врачебная практика (семейная медицина)
- Онкология
- Педиатрия
- Терапия

Таким образом, в 2019 году аккредитацию будут проходить только врачи (специалисты с высшим медицинским образованием), завершившие обучение на курсах переподготовки по вышеперечисленным специальностям. Это значит, что им по окончании курса не будет выдаваться сертификат специалиста. Им нужно получить свидетельство об аккредитации, пройдя дополнительную процедуру аккредитации. Для этого специалист должен на основании полученного диплома о переподготовке подать документы на прохождение аккредитации в территориальных аккредитационных центрах.

Чем отличается сертификация от аккредитации

Сертификация		Аккредитация
Кто проводит	Государственные образовательные или научные организации в соответствии с лицензией на осуществление образовательной деятельности. Иными словами, проводится той же организацией, которая проводит обучение	Проводится аккредитационной комиссией. Аккредитационная комиссия формируется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти с участием профессиональных некоммерческих организаций, указанных в ФЗ № 323 от 21.11.2011 года, ст. 76. То есть это отдельная процедура по итогам освоения образовательной программы, которая проводится независимой комиссией
Документ по итогам	Сертификат специалиста	Свидетельство об аккредитации специалиста
Форма итогового контроля	Сертификационный экзамен	Процедура первичной аккредитации специалистов включает три этапа оценки квалификации лица: Тестирование – для оценки сформированности знаний и умений, необходимых для выполнения трудовых функций (профессиональные стандарты) и освоения профессиональных компетенций (ФГОС) Оценка практических навыков (умений) в смоделированных условиях – для определения владения выпускниками практическими навыками профессиональной деятельности в соответствии с требованиями профессионального стандарта Решение ситуационных задач – для оценки освоения выпускниками трудовых функций профессионального стандарта
Периодичность	Один раз в пять лет	Один раз в пять лет
Нормативная база	Приказ МЗ РФ от 29.11.2012 года № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста»	ФЗ № 323 от 21.11.2011 года Приказы Минздрава о сроках аккредитации № 1043н, № 898н
Кто может пройти	По итогам профессиональной переподготовки до конца 2020 года: специалисты, попадающие под квалификационные требования приказов Минздрава 83Н и 707Н – за исключением 6 специальностей. По итогам сертификационного цикла (повышение квалификации 144 ч.): специалисты, предыдущий сертификат которых по этой специальности был получен до 01.01.2016 года	Все остальные: Первый этап начался в 2016 году для специальностей «Фармация» и «Стоматология», выпускники вузов начали проходить систему аккредитации. Второй этап стартовал с 2017 года – это все выпускники вузов, которые получили высшее медицинское образование уровня «Специалитет», то есть прошедшие классическую одноуровневую систему образования, также подлежат аккредитации. Третий этап: с 2018 года аккредитацию будут проходить выпускники средних учебных заведений – медицинских училищ и техникумов. Четвёртый этап: с 01.01.2019 года Под аккредитацию попадают лица, прошедшие ординатуру и профессиональную переподготовку по специальностям ВМП: • Неврология • Кардиология • Общая врачебная практика (семейная медицина) • Онкология • Педиатрия • Терапия Пятый этап с 01.01.2020 года Рассчитан на тех, кто в 2020 году получит медицинское или фармацевтическое образование в иностранных государствах. И все остальные специальности по итогам прохождения профессиональной переподготовки. Шестой этап с 01.01.2021 года для «иных лиц, не прошедших процедуру аккредитации специалистов» на предыдущих этапах

В России впервые за 10 лет сократится численность населения. Миграция перестала компенсировать естественную убыль

В России за 11 месяцев 2018 года естественная убыль населения составила 180,5 тысячи человек, свидетельствуют опубликованные 19 декабря данные Росстата.

Миграционный прирост за то же время составил 101,8 тысячи человек. Таким образом, население России сократилось на 78,7 тысячи человек.

Специалисты по демографии, опрошенные РБК, выразили уверенность, что по итогам обработки данных за декабрь тренд не изменится, и по итогам всего года в России будет зафиксировано сокращение численности населения.

В последний раз население России по итогам года уменьшалось в 2008 году.

По итогам 2017 года в России была также зафиксирована естественная убыль населения – впервые за пять лет. Тогда, однако, за счет миграции общее население страны выросло на 77 тысяч человек.

www.rbc.ru

От деятельности частной клиники пострадали более 500 человек

Управление МВД России по Брянской области продолжает расследование уголовного дела, возбужденного по факту мошенничества в частной клинике. В органы внутренних дел поступило уже более 500 заявлений от обманутых клиентов медучреждения.

В ходе расследования было установлено, что работники ООО «Мед-Лайф» (г. Брянск) вводили в заблуждение обратившихся за помощью граждан, выставляя не соответствующие действительности диагнозы о наличии у них тяжелых заболеваний, и убеждали клиентов в необходимости прохождения платного лечения именно в их клинике, сообщает пресс-служба ведомства.

Уголовное дело по факту мошенничества в брянской клинике было возбуждено в марте 2018 года. Задержан главный врач медучреждения Александр Куприянов. Директор «Мед-Лайфа» находится в федеральном розыске.

Граждан, пострадавших от мошеннических действий медучреждения, полиция призывает обращаться с заявлениями.

www.medvestnik.ru

В Сеченовском университете внедряют методику диагностики рака по капле крови

В 2019 году будет запущена в широкую практику разработанная учеными Сеченовского университета методика ранней диагностики рака по капле крови. Об этом сообщил ректор вуза Петр Глыбочко 21 декабря на встрече с представителями СМИ.



По его словам, тест по капле крови действует в отношении шести нозологий: рака молочной железы, рака желудка, рака печени, рака шейки матки, рака легких, рака предстательной железы.

Несколько миллилитров крови тестируют на биохимических и иммунохемилюминесцентных анализаторах. В итоге получают больше сотни показателей. Проанализировать миллионы взаимосвязей между ними человеку не под силу, но обученная нейронная сеть с этим легко справляется.

Разработка уже запущена в клиническом центре Первого МГМУ. «Новая методика позволяет предположить появление рака в органе, когда этого

нельзя определить ни на УЗИ, ни на каком другом исследовании. То есть мы обеспечиваем пациенту раковую настороженность с рекомендацией обратиться особое внимание на проблемный орган», – рассказал Петр Глыбочко.

Сейчас ученые ждут получения международного патента на свою разработку и официального разрешения Минздрава. Тогда обученную нейросеть можно будет поставить на компьютер любой лаборатории страны, после чего ранняя диагностика рака станет доступной.

www.medvestnik.ru

Российским медикам присуждены премии Правительства РФ в области науки и техники

За разработку и внедрение новых технологий и лекарственных препаратов в российское здравоохранение премии Правительства РФ в области науки и техники удостоен ряд ученых. Соответствующее распоряжение подписал премьер-министр Дмитрий Медведев.

За разработку и внедрение высокотехнологичных минимально инвазивных операций в абдоминальной хирургии и онкологии премия присуждена коллективу МГМСУ им. А.И. Евдокимова, включая руководителя работы зав. кафедрой профессора Сергея Емельянова; научному руководителю Российского научного центра радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова профессору Дмитрию Гранову; зав. кафедрой Ростовского государственного медицинского университета профессору Михаилу Черкасову; зав. кафедрой Уральского государственного медицинского университета профессору Михаилу Прудкову; зав. отделением Федерального научно-клинического центра специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России профессору Юрию Иванову.

За разработку и масштабное внедрение полного спектра отечественных препаратов рекомбинантных факторов свертывания крови VII, VIII и IX для лечения гемофилии премии удостоены руководитель работы, генеральный директор НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева академик РАН Александр Румянцев; проректор Самарского государственного медицинского университета профессор Игорь Давыдкин; ректор СамГМУ академик РАН Геннадий Котельников; заведующая городской поликлиникой № 37 Санкт-Петербурга Татьяна Андреева; зав. отделом НМИЦ гематологии профессор Владимир Зоренко; генеральный директор АО «Генериум» Дмитрий Кудлай; председатель совета директоров АО «Фармстандарт» Виктор

Харитонин; президент ООО «Международный биотехнологический центр "Генериум"» Александр Шустер.

За разработку и внедрение хирургических методов лечения детей с тяжелыми деформациями позвоночника премии удостоились представители коллективов НМИЦ травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова, Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна, Научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г.И. Турнера во главе с их директорами.

За научное обоснование, разработку и внедрение в клиническую практику современных эффективных и результативных методов реабилитации больных с социально значимыми стоматологическими заболеваниями премия присуждена группе ученых во главе с руководителем работы зав. кафедрой Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования профессором Садуллой Абакаровым. В нее также вошли представители МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова, Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, СамГМУ, Белорусского государственного медицинского университета, Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи.

www.medvestnik.ru

В России разрабатывают лечение муковисцидоза с помощью геномного редактирования

Лечение распространенного наследственного заболевания муковисцидоз с помощью геномного редактирования, эффективность которого в разы превышает мировые, впервые разрабатывают в России в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Медико-генетический научный центр». Об этом рассказала заведующая лабораторией редактирования генома этого центра Светлана Смирнихина в понедельник на пресс-конференции в ТАСС.

«В нашей лаборатории редактирования генома Медико-генетического научного центра [мы] впервые в России разрабатываем лечение муковисцидоза с помощью геномного редактирования», – сказала она.

По ее словам, в лаборатории удалось исправить мутацию, которая чаще всего вызывает муковисцидоз. Предварительные результаты показывают, что эффективность коррекции мутации составила более



10 %, что существенно выше мировых результатов, эффективность которых не превышает 5 % для муковисцидоза, отметила Смирнихина.

«Уверена, что через год мы будем говорить об успешных результатах геномного редактирования, о том, что разработали лечение муковисцидоза», – заключила она.

www.tass.ru

Фото: www.news.yandex.ru

В Китае робот впервые сдал экзамен на врача

Искусственный интеллект Smart Doctor Assistant, созданный китайской компанией iFlyTek совместно со специалистами из университета Цинхуа, успешно прошел национальный экзамен на врачебную лицензию. По итогам тестирования искусственный интеллект набрал 456 баллов при необходимом показателе в 360 баллов.

Это первый случай в мире, когда компьютеру удалось сдать медицинский квалификационный экзамен. Системе IBM Watson, аналогом которой является Smart Doctor Assistant, пока что не удалось справиться с американским экзаменом USMLE. «Нам удалось обогнать IBM и выпустить первого робота, который сдал бы предназначенный для человека экзамен», – цитирует South China Morning Post Лю Цинфэна, председателя правления iFlyTek.

«Наш искусственный интеллект будет помогать врачам в удаленных регионах, изучая истории болезни и диагностические приемы лучших докторов в крупнейших китайских госпиталях», – заявил Лю. Похожая философия лежит в основе работы диагностического искусственного интеллекта на базе суперкомпьютера Tianhe-2, возможности которого

демонстрировались в августе. Разработчики Smart Doctor Assistant не собираются ограничиваться медициной и надеются использовать полученные наработки в сферах образования и юриспруденции.

Совершенствование искусственного интеллекта является ключевой частью китайской национальной стратегии развития. В июле этого года правительство Китая предложило состоящий из трех этапов план, согласно которому к 2030 году страна должна стать мировым лидером в областях, связанных с применением цифровых технологий. По прогнозу PricewaterhouseCoopers China, уже через десять лет Китай обгонит США в сфере технологий искусственного интеллекта.

www.osp.ru

• НАШИ ЛЮДИ •

Золотой характер

Зубной техник стоматологической клиники «Стомадент-ДВ» Ирина Астапчук стала победителем IV Национального чемпионата по профессиональному мастерству «Абилимпикс», который проходил в Москве 20–23 ноября 2018 года, в компетенции «Зубной техник». Ранее Ирина Валерьевна одержала победу в краевом конкурсе, обойдя всех своих конкурентов.



«Абилимпикс» – международное некоммерческое движение, целью которого является создание системы конкурсов по профессиональному мастерству среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Эти соревнования способствуют мотивации инвалидов к получению профессионального образования, содействуют их трудоустройству и социальной адаптации в обществе.

Всего в этом году в IV Национальном чемпионате «Абилимпикс» в Москве приняли участие около 1200 человек в возрасте от 14 до 65 лет из

83 регионов страны. Хабаровский край представляли 25 участников. Школьники, студенты и специалисты региона продемонстрировали своё мастерство в 20 из 73 компетенций. В общем медальном зачете чемпионата команда нашего края с 10 медалями вместе с командами Краснодарского и Красноярского краев заняла пятое место, пропустив вперед только команды Москвы, Республики Башкортостан, Республики Татарстан и Оренбургской области.

Чемпионат проводился под эгидой Министерства просвещения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ. В награждении лично участвовали министры Ольга Васильева и Максим Топилин.

Проблему со слухом у Ирины установили в детском возрасте. Учи-

лась в школе-интернате для глухих и слабослышащих детей, после чего поступила в медицинское училище на специальность «Зубной техник». Ирина получила на экзаменах по лепке и рисунку пятерки. Умение и любовь к рисованию очень пригодились в будущей работе.

В клинике «Стомадент-ДВ» И.В. Астапчук трудится более десяти лет. Аккуратность, старание и профессионализм Ирины высоко ценятся коллективом и благодарными пациентами. Она никогда не позиционирует себя как инвалид, никаких ограничений возможностей! Напротив, Ирина Валерьевна работает всегда наравне со всеми, участвует во всех мероприятиях в клинике, делает свою работу четко, аккуратно и красиво. Ирина зубной техник-керамист, что само по себе подразумевает высокохудожественную работу.

Ирина Валерьевна водит автомобиль, любит трудиться на своей даче, растит сына-спортсмена, печет пироги с повидлом и вяжет. Одним словом, оптимистка по жизни!

На конкурсе претендентов на победу оказалось немало. Требовались и точность, и умение, и скорость. Ирина оказалась на высоте: четко и быстро выполнила работу лучше всех, за что и получила заслуженную награду.

Коллектив клиники переживал и очень болел за Ирину. После московской победы на работе встречали цветами.

Впереди – международный уровень «Абилимпикс». Пока точно неизвестно, где будут проводиться соревнования, в Риме или Париже. Ирина готова ехать хоть куда за новыми победами!

А.В. Брежнев,
заведующий ортопедическим отделением
стоматологической клиники ИПКСЗ «Стомадент-ДВ»

Как уйти от грядущей бедности на пенсии

Бывают времена, когда медленно накапливающиеся перемены приводят к тому, что изменяется сразу весь уклад жизни. И прежде всего – те вещи, которые казались незыблемыми, были основой бытия. Одна из них – пенсия по старости, обязанность государства регулярно выплачивать гражданам, достигшим определенного возраста и имеющим должное количество лет трудового стажа, суммы, достаточные для их нормальной жизни. И вот эта привычная вещь, на которой основан быт десятков миллионов человек, вскоре может остаться в прошлом.

Посмотрим же, почему это происходит, и главное – где искать выход из складывающейся ситуации. Пенсия по старости – изобретение сравнительно недавнее. Впервые ввели ее во Франции в 1790 году, в рамках мер по ликвидации феодального строя. Так называемый Феодальный комитет, проводивший реформы, нуждался в лояльности чиновников, которым предстояло проводить в жизнь его решения. Поэтому-то и был принят Закон о пенсиях для гражданских государственных служащих, отслуживших тридцать лет и достигших пятидесятилетнего возраста (отметим, что средняя продолжительность жизни тогда двигалась от 30 к 40 годам).

Всеобщее и массовое пенсионное обеспечение впервые появилось в Германии в 1889 году, в ходе реформ Бисмарка. В Российской империи пенсии получали только военные, чиновники и народные учителя. В СССР в 1930 году было принято Положение о пенсиях и пособиях по социальному страхованию, содержащее многочисленные ограничения на получение пенсий – лицам, «которые не имеют права по конституциям союзных республик выбирать в советы» (классово чуждые), «вычищенным» из советских и кооперативных органов (коррупционеры по-нынешнему), имеющим судимость. Именно это Положение установило действующий ныне возраст выхода на пенсию – 60 лет мужчинам и 55 женщинам.

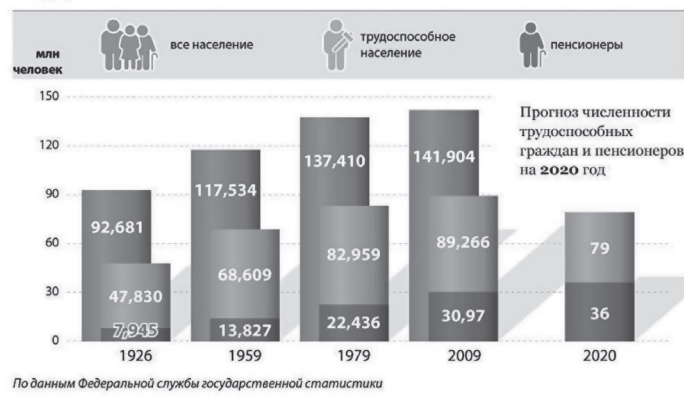
В 1940 году, по данным профессора НИУ ВШЭ Олега Будницкого, в РСФСР продолжительность жизни мужчин составляла 37,5 года, у женщин – 41,9 года. То есть дожить до пенсии было уделом счастливых. Советский закон «О государственных пенсиях» 1956 года, первый всеобщий, этот возраст сохранил – в тот год продолжительность жизни мужчин достигла 60,1 года, а женщин 68,2 года – появилась возможность бабушкам пожить на пенсии. К 1964 году ожидаемая продолжительность жизни мужчин достигла 64,9 года – на пенсии могли пожить и дедушки...

Реформы девяностых обрушили среднеожидаемую продолжительность жизни: с 1993-го до 1997-го и с 1999-го по 2005 год она у мужчин была ниже 60 лет, достигая минимума в 57,4 года в 1994 году. В 2014 году ожидаемая продолжительность жизни у мужчин оценивалась в 65,3 года и в 76,5 – у женщин. Есть время пожить на старости. Только вот какое дело – все существующие в мире государственные пенсионные системы – ну, разве что у саудитов она работает на нефтяной ренте – основываются на введенном Бисмарком принципе «солидарности поколений».

Люди работающие платят взносы социального страхования, из которых выплачиваются пенсии нынешним старикам. Платят, надеясь, что всё в мире стабильно и в свое время, став пожилыми, они тоже будут получать пенсии от тогдашней молодежи. Но мир меняется. Прежде всего, растет продолжительность жизни. Если в 1956 году средняя женщина могла прожить на пенсии 13,2 года, а мужчина 0,1 года, то в 2014 году эти цифры составили 21,5 и 5,3 года. То есть пенсии надо платить более длительное время.

Но есть и вторая сторона проблемы – индустриальный урбанистический и постиндустриальный демографические переходы. У сельского населения детей много. Потом оно идет в город, к станку. Тут рождаемость падает первый раз, это индустриально-урбанистический переход. А потом общество переходит в постиндустриальную эпоху, где всё больше видов труда требует образования, длящегося десятилетиями. Рожают позднее, в России сейчас средний возраст первых родов 27,2 года, тогда как в 1980-м, на закате индустриальной эры, был 23 года. То есть пенсионеров становится больше, а молодежи всё меньше...

Соотношение количества пенсионеров и трудоспособных граждан в разные годы в СССР и России



Эта таблица с прогнозом была составлена еще в 2010 году, но в ней учтено только население РСФСР времен СССР. Ниже приведена таблица из статьи аспиранта МГИМО А.В. Пудовкина «Анализ системы пенсионного обеспечения в СССР», опубликованной в интернет-журнале «Вестник МГИМО-Университет» № 2 (41) 2015 года. При этом в 1980 году работающее население СССР составляло 138,4 млн человек.

В 1959 году на 13,8 млн пенсионеров приходилось 68,6 млн работающих. Пенсия, как правило, устанавливалась в 55 % от средней зарплаты до нее и ограничивалась максимумом в 1200 тогдашних рублей. В 1979 году пенсионеров стало 22,4 млн, а трудящихся 82,9 млн. Тут платить пенсии стало труднее, но решало проблему то, что зарплаты выросли относительно ограничения в 120 рублей в месяц (все цифры только по РСФСР). А вот 2009 год – пенсионеров 30,9 млн, а трудоспособных – 89,2 млн. Обратим внимание – трудоспособных, а не трудящихся. В 2015 году вице-премьер РФ Ольга Голодец сообщила, что из 75 млн человек трудоспособного населения официально трудоустроены и платят налоги, в том числе и в Пенсионный фонд, только 48 млн.

Ну а численность пенсионеров в 2015 году достигла 41,456 млн, а в 2016 году – 42,729 млн. То есть если в 1959 году на одного плательщика соцстраха приходилось по 4,971 работающего, то в 2015 году

Доля пенсионеров в совокупном населении СССР

Годы	1940	1960	1970	1980	1986
Всего население, млн чел.	194,1	208,8	241,7	266,6	278,8
Всего пенсионеры, млн чел.	4,0	21,9	41,3	50,2	56,8
Доля пенсионеров в населении, %	2,06	10,49	17,09	18,83	20,37

• ИНФОРМАЦИЯ К РАЗМЫШЛЕНИЮ •

по 1,158 работающего... И это – в статическом режиме, без учета того, что пенсии эти надлежит платить дольше. И напрашивающееся решение вывести из тени, включить в ряды плательщиков соцстраха «неучтенных» граждан вряд ли даст плоды – кто-то из этих граждан уже свалился в бездомность. Кто-то злоупотребляет спиртным, и если его из этого болота не вытащить, вряд ли пригоден для работы. А еще огромное число людей работает «в серую», поскольку «белой» работы в их моногородах нет.

И вот из этой-то суровой реальности и исходит прогноз Минэкономразвития на период до 2035 года. Число пенсионеров к 2035 году сокращается на 23 %, или на 7 млн человек, в сравнении с 2017 годом. Почему сокращается? Да потому, что намечено повышение пенсионного возраста – до 65 лет для мужчин и до 63 лет для женщин. Без этого при данной демографической ситуации пенсионная система просто не сможет функционировать, так как количество пенсионеров без реформы вырастет на 5,4 млн человек.

Но намеченное повышение пенсионного возраста сопровождается резким падением уровня пенсий: их отношение к зарплате (коэффициент замещения) падает с текущих 35 до 22 %. Значит, и выходить на пенсию придется позже, и будет эта пенсия по отношению к средней зарплате более чем в полтора раза меньше, чем у нынешних, и без того не живущих пенсионеров. И это не клевета злобной оппозиции, это прогноз Минэкономразвития, самых компетентных в этой тематике госслужащих, имеющих к тому же все необходимые для анализа данные.

И вот из этого серьезного анализа они делают вывод, что даже если рост экономики достигнет к 2026 году запланированных 3,5 %, то пенсии в реальном исчислении вырастут к 2035 году всего на 2,55 % от нынешнего уровня, оставшись на 4 % ниже уровня 2013 года. В пересчете на сегодняшние рубли средняя страховая пенсия в 2035 году составит, как и ныне, чуть более 13 тысяч рублей. Прогноз в высшей степени неутешительный, чиновникам, любящим радовать начальство хорошими вестями и простыми путями решения проблем, видимо, его писать было нелегко. А политикам, обязанным проходить через процедуру выборов и завоевания любви масс, говорить о нем будет совсем тяжело.

Но тем не менее – такова реальность. Люди живут дольше, а молодежи становится меньше. В ЕС на пенсию уходят в среднем в 65 лет, в 2010 году Еврокомиссия рекомендовала повысить пенсионный возраст до 70 лет. В Германии получают пенсию по возрасту с 67 лет. Так что работать следующим поколениям однозначно придется дольше. А выйдя на пенсию – получать меньше. И что же с этой ситуацией делать?

Прежде всего – осознать ее неизбежность. И уже сейчас принимать меры подготовки к ней. Да, важно помочь нынешним пенсионерам, подарить им дрова, завезти хлеба, который в гипермаркете втрое дешевле, чем в автолавке. Важно попытаться остановить сползание неустroенных сограждан в алкоголизм и бездомность – это ведь потенциальные работники, плательщики налогов, кормильцы стариков. Но еще важнее помочь подготовиться к неизбежному – к жизни на поздней и небольшой пенсии – целым поколениям благонравных граждан.

Простых решений тут не будет – их нашли бы и без нас. Всё, о чем пойдет речь, – будет очень и очень серьезно. Увеличат пенсионный возраст – так надо сохранить работоспособность до этих самых 63–65 лет! Из этого вытекает сразу целый спектр мер заботы о здоровье своем и окружающих. Пенсия будет относительно меньше – так, значит, значительной части придется работать и после формального достижения пенсионного возраста. А следовательно, поддерживать необходимую квалификацию, следить за новшествами – ведь работать предстоит в постоянно обновляющемся мире.

Привычная работа может стать слишком трудной, поэтому надо помочь людям заранее овладевать профессиями, требующими меньше сил и больше опыта. Есть в какие-то периоды жизни избыток средств – так надо их грамотно инвестировать, чтобы они приносили доход в старости, а это непросто – в быстро меняющемся мире, с нулевыми, а то и с отрицательными процентными ставками. Придется жить на небольшие деньги. Значит, надо учить людей, как можно рационализировать быт, сократить расходы денег и физических сил с минимальным ущербом для здоровья и комфорта. Разговоров и дел тут – на многие годы и для государства, и для активных граждан.

www.gosvopros.ru

• ТАКИЕ ДЕЛА... •

Что значит – видеть свет... Где ж лучше?

Где нас нет.

А.С. Грибоедов. Горе от ума

Почему пожилые люди в Японии намеренно совершают мелкие преступления и хотят попасть в тюрьму

В Японии одно из самых старых населений в мире – у 27 % жителей возраст выше 65. И сейчас страна столкнулась с новой, беспрецедентной проблемой.

Согласно отчету Bloomberg, в японских тюрьмах каждая пятая из заключенных женщин – пожилого возраста. Причем девять из десяти попадают за решетку за такие мелкие правонарушения, как, например, кража в супермаркете.

Причина такого процента пожилых людей среди заключенных – вовсе не обычная волна преступлений, а скорее проблема социального толка. В период с 1980-го по 2015 год число пожилых, живущих в одиночестве и без

помощи, возросло в шесть раз и составляет почти 6 млн человек. Правительство Токио провело в 2017 году исследование, которое показало, что более 50 % пожилых людей, пойманных за кражу в магазинах, жили одни, а у 40 % не было семьи и родственников, которые могли бы им помочь.

В Японии всегда было принято заботиться о старших родственниках, однако сегодня проблема нехватки ресурсов разрушила эту традицию.

В результате пожилое население чувствует себя все более ненужным и изолированным, особенно женщины. Это приводит к внезапному началу преступной жизни – пожилые люди надеются, что тюрьма подарит им прибежище и уход на старости лет.

Юми Муранака (Yumi Muranaka), начальница женской тюрьмы Ивакуни, рассказала Bloomberg: «У них может быть дом и даже семья. Но это не означает, что у них есть место, где они чувствуют себя как дома.

• ТАКИЕ ДЕЛА... •

Они видят, что их не понимают и воспринимают только как человека, который что-то делает по дому».

Женщины более уязвимы, чем мужчины, в финансовом плане, а больше половины пожилых женщин старше 65 лет живут в нищете. Тюрьма же стала единственным шансом для них сбежать от такой ситуации.

80-летняя заключенная тюрьмы рассказала: «Шесть лет назад у мужа был инсульт, и с тех пор он не вставал с постели. К тому же он страдал от деменции и паранойи. Мне было очень тяжело за ним ухаживать физически и эмоционально из-за моего возраста. Но я не могла никому рассказать об этом, мне было стыдно.

В первый раз я попала в тюрьму, когда мне было 70 лет. Хотя у меня



были деньги в кошельке, я украла в магазине. Я думала о своей жизни. Мне не хотелось возвращаться домой, а больше идти было некуда. И попросить о помощи в тюрьме было единственным выходом.

Жизнь в тюрьме намного легче. Я могу быть собой и свободно дышать, даже если это временно. Мой сын считает, что я больна и меня нужно упрятать в психиатрическую клинику. Но с головой у меня всё в порядке. Думаю, тоска довела меня до кражи».

В тюрьме к женщинам приставляют работника, который в течение дня помогает им с душем и туалетом, ночью эти функции выполняют уже охранники. Ежедневные обязанности тюремных надзирателей становятся похожи на работу сиделок и медсестер, пытающихся справиться, например, с проблемой недержания у пожилых заключенных.

Такая тенденция привела еще к одной проблеме – забота о пожилых людях отразилась на повышении медицинских счетов тюрем. С 2005 года сумма выросла на 80 % и к 2015 году достигла 6 млрд иен.

Помимо этого, за три года более трети надзирателей уволилось, что привело к нехватке персонала.

Японское правительство и бизнес-сообщество пока не выпустили реабилитационную программу для пожилых женщин с такими проблемами, но уже работают над проектами. В 2016 году был подписан закон, согласно которому вышедшие из заключения пожилые женщины будут получать помощь от правительства и систем социального обслуживания населения.

www.udivitelnoe.temaretik.com

• НАШЕ НАСЛЕДИЕ •

29 января 1860 года родился великий русский писатель Антон Павлович Чехов. Как великий писатель уживался с великим человеком?

Читая произведения знаменитых писателей, каждый хоть раз в жизни задумывался: а какими эти люди были в жизни? Вдруг великий мыслитель на самом деле отличался скверным характером, а известный моралист не пропускал ни одной юбки? Часто именно так и бывает. Но есть замечательные примеры, когда творчество, направленное на служение высоким идеалам гуманизма, является отражением всей жизни.

Врач или писатель?

Врачебная практика Антона Павловича – это общеизвестный факт. Его профессия нашла свое отражение и в творчестве, к душам человеческим он тоже относился именно как врач, в своей профессии черпал вдохновение и темы для литературы. Но мало кто знает, что активной врачебной практикой он продолжал заниматься буквально до последних лет жизни. «Мечтаю о гнойниках, отёках, фонарях, поносах, соринках в глазу и о прочей благодати. Летом обыкновенно полдня принимаю расслабленных, а моя сестра ассистирует мне, – это работа весёлая», – писал он в мае 1888 года. Причем большей частью великий писатель делал это бесплатно: «...я нищ и убог, так как нашёл удобным для себя и своей самостоятельности отказаться от вознаграждения, какое получают участковые врачи» (письмо от 1 августа 1892 года).

Даже устав от медицины и понимая, что первая профессия крадет время у литературного призвания, Чехов всё равно отдавал ей дань: «Ах, как мне надоели больные! Соседнего помещика трахнул нервный удар, и

меня таскают к нему на паршивой бричке-трясучке. Больше всего надоели бабы с младенцами и порошки, которые скучно развешивать» (письмо от 28 августа 1891 года).

В 1892–1893 годах в средней полосе России разыгралась эпидемия холеры. Антон Павлович не только организовал в Мелихове врачебный пункт и оборудовал его полностью на свои средства, но и в одиночку, без помощников, выполнял свой врачебный долг: «У меня в участке 25 деревень, 4 фабрики и 1 монастырь. Утром приемка больных, а после утра – разъезды».

Так почти до конца жизни великий писатель и настоящий врач разрывался между двумя своими призваниями: «Медицина – моя законная жена, а литература – любовница. Когда надоедает одна, ночью у другой».

Подвиг и медаль

В 1890 году Чехов совершил почти годовую поездку на Сахалин. В те времена это было глобальное путешествие: только дорога туда заняла у писателя 82 дня. Прожив затем на полуострове несколько месяцев,

• НАШЕ НАСЛЕДИЕ •



Антон Павлович познакомился с условиями жизни и судьбами множества людей. В одиночку он провел полную перепись населения Сахалина, собственноручно заполнив несколько тысяч карточек! Надо сказать, что Чехов позднее принимал добровольное участие в переписи населения в России и даже получил медаль «За труды по первой Всеобщей переписи населения 1897 года».

Результатом поездки стала позднее написанная книга «Остров Сахалин». В ней Чехов не просто описал тяжелейшие условия жизни ссыльных, но и доказал это цифрами и фактами. Голос писателя с мировым именем не остался незамеченным, и после публикации книги Министерство юстиции и Главное тюремное управление командировали на Сахалин своих представителей.

Меценат и просто неравнодушный человек

Кажется, что перечисленного выше уже хватило бы на три человеческие жизни, однако список общественных дел великого классика надо продолжать:

- В Таганроге Чехов полностью на свои средства создал публичную библиотеку. Для этого писатель отдал более двух тысяч собственных книг, многие из которых, кстати, были драгоценными экземплярами с авторскими подписями, а затем 14 лет подряд постоянно закупал и посылал туда множество новых изданий.

- Во время жизни в подмосковной усадьбе Мелихово Чехов построил в ближайших селах три школы для крестьянских детей, колокольню и пожарный сарай, участвовал в прокладке дороги, был одним из организаторов создания почтово-телеграфного отделения в Лопасне (совр. г. Чехов).

- Писатель украсил родной Таганрог памятником Петру Первому. Для этого он уговорил известного скульптора Антокольского подарить изваяние городу, а затем организовал отлив и бесплатную доставку статуи.

- Во время голода 1892 года Антон Павлович лично отправился в Нижегородскую губернию, организовал сбор средств, устроил для голодающих бесплатные столовые и позаботился о покупке лошадей для последующей раздачи по весне безлошадным крестьянам.

- Очень по-чеховски: писатель оставил после себя в Мелихово и Крыму множество садов – было посажено более тысячи вишневых деревьев, голые участки леса были вновь засеяны саженцами.

- Кроме всего прочего, Чехов всю жизнь просто помогал людям, обращавшимся к нему. Доказательства тому – множество благодарственных писем, которые писатель получал со всей России.

Казалось, за сорок четыре прожитых года достаточно было бы просто стать классиком мировой художественной литературы и создать двадцать томов бессмертных произведений, но великому русскому писателю удалось гораздо больше – оставить о себе память еще и как о прекрасном человеке, всю жизнь отдавшем служению другим людям.

Судьба Антона Павловича Чехова подарила ему не только радость творчества, но и сильные чувства. В конце жизни рядом с ним была любящая женщина и настоящий друг: Ольга Книппер – последняя любовь Антона Чехова.

www.kulturologia.ru

• ПАМЯТЬ НАРОДА •

75 лет со дня полного снятия блокады города Ленинграда

27 января является Днём воинской славы России – День полного снятия блокады города Ленинграда (1944 год).

Блокада Ленинграда – военная блокада города Ленинграда (ныне – Санкт-Петербург) немецкими, финскими и испанскими (Голубая дивизия) войсками с участием добровольцев из Северной Африки, Европы и военно-морских сил Италии во время Великой Отечественной войны. Длится с 8 сентября 1941 года по 27 января 1944 года (блокадное кольцо было прорвано 18 января 1943 года) – 872 дня.

К началу блокады в городе не имелось достаточных по объёму запасов продовольствия и топлива. Единственным путём сообщения с Ленинградом оставалось Ладожское озеро, находившееся в пределах досягаемости артиллерии и авиации осаждающих, на озере также действовала объединённая военно-морская флотилия противника. Пропускная способность этой транспортной артерии не соответствовала потребностям города. В результате начавшийся в Ленинграде массовый голод, усугублённый особенно суровой первой блокадной зимой, проблемами с отоплением и транспортом, привёл к сотням тысяч смертей среди жителей.

После прорыва блокады осада Ленинграда вражескими войсками и флотом продолжалась до сентября 1944 года. Чтобы заставить противника



снять осаду города, в июне-августе 1944 года советские войска при поддержке кораблей и авиации Балтийского флота провели Выборгскую и Свирско-Петрозаводскую операции, 20 июня освободили Выборг, а 28 июня – Петрозаводск. В сентябре 1944 года был освобождён остров Гогланд.

За массовый героизм и мужество в защите Родины в Великой Отечественной войне 1941–1945 годов, проявленные защитниками блокадного Ленинграда, согласно Указу Президиума Верховного Совета СССР 8 мая 1965 года городу присвоена высшая степень отличия – звание Город-герой.

www.pravmir.ru

Фото: www.timegeo.ru

Красота по-мужски: простые тонкости ухода за кожей

Прежде всего запомните: уход за кожей не отберет у вас много драгоценного времени и не потребует каких-либо сверхсложных усилий.

Несмотря на то что мужчин, умывающихся мылом и заклеивающих порезы после бритья обрывками газетной бумаги, сейчас вряд ли встретишь в цивилизованном мире, многие всё же не очень представляют, как выглядит система ухода за мужской красотой.

Главные проблемы

Мужские кожные покровы на 20 % грубее, чем женские, ведь в них содержится гораздо больше волокон коллагена и эластина. Это главное объяснение тому факту, что морщины у мужчин проявляются позже, а ультрафиолетовые лучи не наносят коже существенного вреда, но в то же время морщины на мужской коже более ярко выражены и намного сложнее поддаются какой бы то ни было коррекции. Кроме того, из-за наличия большого количества сальных желез кожа мужчины, как правило, более склонна ко всякого рода высыпаниям и воспалениям. С возрастом количество тестостерона идет на спад, и кожа становится более сухой. Но пока этого не случилось, она нуждается в основательном уходе.

Кожные покровы у мужчин гораздо более чувствительны, чем у женщин. Одной из причин чувствительности можно считать регулярное бритье, которое рушит естественную защиту кожи – липидную пленку, а потому она так агрессивно воспринимает «атаки» окружающей среды. Ежедневно бритва повреждает верхний слой эпидермиса, что способствует возникновению микротравм и возможному попаданию инфекции.

Простейший алгоритм ухода

Уход за кожей не отберет у вас много драгоценного времени и не потребует каких-

либо сверхсложных усилий. И не нужно пугаться, представляя, какую корзину средств придется купить и как долго надо будет изучать инструкции по их использованию.

1. Очистка

Для начала следует усвоить тот факт, что простое умывание водой и очистка кожи – совершенно разные вещи, не способные друг друга заменить. Из-за достаточно сильной активности сальных и потовых желез на коже мужчины могут появиться «чёрные точки», так называемые комедоны. Чтобы предотвратить их образование, дважды в день, утром и вечером, необходимо тщательно очищать кожу от кожного сала, пыли и грязи. Для этого нужно использовать мягкое очищающее средство для лица, пену или гель. Ни в коем случае не следует использовать мыло: оно пересушивает кожу, что, в свою очередь, приводит к её шелушению и быстрому увяданию.

Также 1–2 раза в неделю после привычного очищения кожи лица нужно проводить глубокое, но деликатное очищение кожи при помощи содержащего водоросли и кристаллы ментола скраба. Он устранил чёрные точки, глубоко очистит закупоренные поры кожи и, отшелушивая поверхностные клетки, сделает её более гладкой и свежей. Кроме того, что немаловажно, скраб способен предотвратить врастание волосков после бритья и, улучшая кровообращение, способствует более здоровому цветению лица.

2. Тонизирование

После очищения кожу лица нужно тонизировать. Но здесь также необходимо помнить: несмотря на то что кожа мужчины на 60 % жирнее женской, ни в коем случае не рекомендуется использование спиртового лосьона. Спирт пересушивает кожу любого типа, разрушая тем самым её защитный



барьер. Нанеся достаточное количество этого средства на ватный диск, необходимо деликатно и без особых усилий протереть лицо, избегая при этом области глаз. Также тоник подготавливает кожу к нанесению крема.

3. Увлажнение

Питание, увлажнение и защита. Чтобы предотвратить образование морщин, а также защитить кожу от крайне агрессивного воздействия окружающей среды, после тонизирования на кожу, в зависимости от потребностей, необходимо нанести питательный либо увлажняющий крем, небольшими порциями вбивая его кончиками пальцев непосредственно в кожу. Если у вас жирная или комбинированная кожа, используйте нежирный крем. Если же ваша кожа склонна к сухости, вам подойдут защитные, увлажняющие и питательные средства с более густой структурой, содержащие комплекс витаминов и минералов.

Для него или для нее?

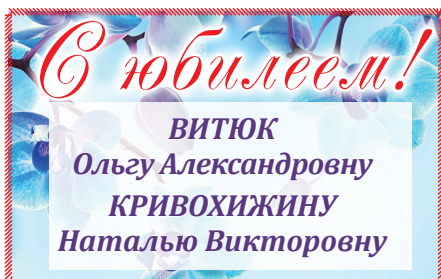
На самом деле между косметикой для женщин и мужчин нет никаких весомых отличий, кроме дизайна упаковки и ароматических отдушек – яркий пример успешного маркетинга. Состав у таких средств практически идентичен. Увлажняющие и питательные свойства одинаково проявляются как на женской, так и на мужской коже. Поэтому выбирайте любой понравившийся крем или тоник, ориентируясь лишь на его составляющие и показания к применению (для сухой, жирной, комбинированной или нормальной кожи).

М.В. Щеткина,

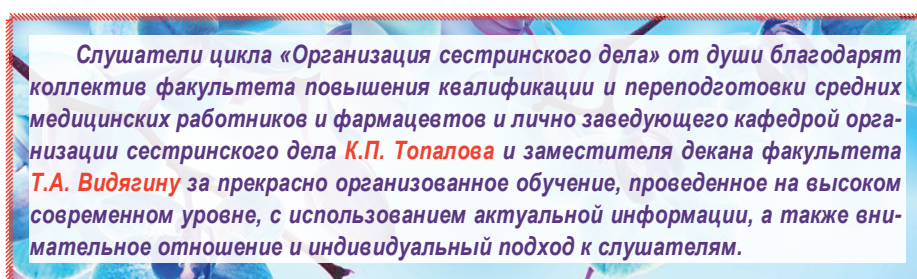
к.м.н., заведующая кафедрой

дерматовенерологии и косметологии

• ПОЗДРАВЛЯЕМ •



• ВЫРАЖАЕМ БЛАГОДАРНОСТЬ •



Ежемесячное информ. издание «Alma Mater»

Учредитель: ученый совет ИПКСЗ

Гл. редактор: д.м.н., профессор В.Е. Воловик

Ответственный секретарь: В.Н. Лебедев

Дизайн, верстка: О.Ф. Вальченко

Фото: Н.З. Шелепенко

Тираж 55 экз.

Отпечатано: редакционно-изд. центр ИПКСЗ

Адрес редакции:

680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9

Тел. / факс: 72-87-15, 27-25-10

• E-mail: rec@ipkszh.khv.ru