

События

Новый госпиталь для победителей

В Уфе состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Современные технологии в организации оказания медицинской помощи ветеранам Великой Отечественной войны»



Конференция началась с торжественного открытия нового корпуса Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн.

При торжественном перерезании красной ленточки присутствовали депутат Государственной Думы РФ, член Комитета по охране здоровья Салия Мурзабаева, заместитель министра здравоохранения Республики Башкортостан Эльза Сыртланова, председатель благотворительного фонда «Урал» Муртаза Рахимов, ректор Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России Валентин Павлов, председатель Комитета по здравоохранению, социальной политике и делам ветеранов регионального парламента Николай Никитин, председатель

Символический ключ от госпиталя получил Халил Мустафин

Комитета по делам воинов-интернационалистов при Совете глав правительств СНГ Александр Ковалёв, председатель правления Союза советских офицеров Республики Башкортостан Владимир Кравчук, Герои России Рафик Ихсанов и Владимир Алимов.

Экскурсию по госпиталю провёл его главный врач, главный специалист по медицинскому обеспечению ветеранов войн Минздрава Республики Башкортостан Халил Мустафин.

Госпиталь был построен фактически заново на месте старого здания, восстановлен по фотографиям 20-х годов прошлого века и стал поистине украшением Уфы. Трёхэтажный реабилитационный

центр оснащён самым современным медицинским оборудованием. Комфортабельные палаты, со всеми удобствами, рассчитанные на 3 пациентов, оборудованы сложной системой вытяжной вентиляции с подачей тёплого и холодного воздуха. Есть здесь и соляная шахта, применяемая при заболеваниях бронхолегочной системы, и углекислые ванны, а также грязелечебница. Аппаратная физиотерапия, механотерапия, очень хорошо оборудован зал ЛФК, две комнаты для релаксации поражают оригинальной подсветкой, вращающимися под расслабляющую музыку удобными массажными креслами и ароматерапией.

(Окончание на стр. 4.)



Салия МУРЗАБАЕВА, член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья:

Для лекарственного обеспечения ветеранов Великой Отечественной войны в бюджете заложено дополнительно 16 млрд руб.

Стр. 4

Игорь НИКИФОРОВ, заведующий кафедрой наркологии и психотерапии Института повышения квалификации ФМБА России, профессор:

Слияние психиатрической и наркологической служб отбросит нас назад лет на 40.

Стр. 5



Олег ИВАНИНСКИЙ, министр здравоохранения Новосибирской области:

Мы привили людям потребительское отношение к медицине...

Стр. 7

Сотрудничество

Юным омичам помогут выздороветь в Томске

Специалисты НИИ кардиологии Сибирского отделения РАН провели в Омске выездную консультацию для детей, страдающих врожденными пороками сердца.

НИИ кардиологии находится в Томске, но, чтобы детям, нуждающимся в оперативном лечении, стать его пациентами, необязательно сразу туда отправляться. Уже много лет налажена практика выездных консультаций, и специалисты этого института приезжают в Омск, бывает, что и дважды в год.

Как правило, такие консультации проводятся вместе с кардиологами Детской клинической больницы № 2 им. В.П.Бисяриной и кардиохирургами Омской областной клинической больницы. Сюда направляются дети в возрасте от 1 месяца до 18 лет со всех детских лечебно-профилактических учреждений Омска и сель-

ских районов Прииртышья, и на совместных консилиумах решается, требуется им или нет госпитализация в НИИ кардиологии Томска. В 2014 г., например, высокотехнологичное лечение по профилю сердечно-сосудистой хирургии было оказано 97 юным омичам.

В рамках нынешнего приезда в Омск томские специалисты осмотрели 218 мальчишек и девочек, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, и на лечение в НИИ кардиологии отобрано 79 из них. Как и прежде, их лечение будет проведено бесплатно. Остальным детям была оказана консультативная помощь по тактике дальнейшего обследования, лечения и возможности оказания оперативной помощи в будущем.

Рудольф НИКУЛИН.

МИА Сити!

Томск.

Начало

Терапевт у аппарата

В столичной поликлинике № 175 стартовал пилотный проект, в ходе которого пациенты данного медицинского учреждения будут иметь возможность связаться со своим участковым терапевтом по мобильному телефону.

«Мы официально утвердили эту услугу. Все номера мобильных теле-

фонов будут вывешены на доске в регистратуре и на дверях кабинетов терапевтов. Каждый пациент сможет записать номер своего участкового и позвонить ему по любому вопросу. Если врач находится на приёме и не сможет ответить в тот же момент, то позже перезвонит, — разъяснил главный врач поликлиники Алексей Тернавский.

Сообщается, что в рамках этого проекта в поликлинике будут работать 12 терапевтов, к каждому из которых прикреплено около 400 пожилых пациентов или тех, кто страдает одновременно тремя и более хроническими заболеваниями.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!

Москва.



Модульные мониторы пациента Dixon

Каждый монитор имеет портативный измерительный блок (EMS) с дисплеем 3,5", который в случае необходимости отсоединяется и используется отдельно в роли полноценного компактного монитора

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

О биомедицинских клеточных продуктах

Пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай сообщил, что Государственной Думой РФ в первом чтении принят проект федерального закона «О биомедицинских клеточных продуктах», разработанный Министерством здравоохранения РФ.

Законопроект подготовлен с учётом анализа международного опыта, зарубежной правоприменительной практики и направлен на регулирование отношений, возникающих в связи с разработкой, доклиническими исследованиями, экспертизой, государственной регистрацией, клиническими исследованиями, производством, продажей, хранением, транспортировкой, применением, уничтожением, ввозом в Российскую Федерацию, вывозом из Российской Федерации биомедицинских клеточных продуктов для профилактики, диагностики и лечения заболеваний (состояний) пациента, сохранения беременности и медицинской реабилитации пациента, а также с донорством биологического материала в целях производства биомедицинских клеточных продуктов.

Впервые на законодательном уровне определяется целый ряд принципиальных понятий, таких как «биомедицинский клеточный продукт», «клеточная линия», «дифференцировка клеток», «донор биологического материала», «безопасность биомедицинского клеточного продукта», «эффективность биомедицинского клеточного продукта».

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Дорогой перемен

Программа теле-ЭКГ, налаживание рабочего процесса посредством информатизации и поликлиника на колёсах – это ближайшие перспективы развития службы скорой медицинской помощи Владивостока. О новых веяниях в работе СМП на заседании Комитета Законодательного собрания Приморского края по социальной политике рассказал Дмитрий Чурилов, главный врач владивостокской «скорой».

По его словам, сейчас служба постепенно берёт на вооружение разнообразные информационные новинки. Так, например, сотрудники «скорой» уже используют электрокардиографы с дистанционной передачей электрокардиограммы из машины старшему врачу смены (программа «Теле-ЭКГ»). Десять бригад оснащены планшетами с установленной программой «Карта вызова», что позволяет сократить обработку документации, улучшить работу со статистикой.

Ещё один проект – поликлиника на колёсах. Речь об организации в рамках СМП амбулаторно-поликлинической помощи. К этой работе планируется привлечь специалистов, которых пока нет в штате «скорой», например терапевта и хирурга.

Отдельно главный врач остановился на заработной плате сотрудников. По его словам, с этого года территориальный фонд ОМС Приморья увеличил тариф на оказание скорой медицинской помощи. С учётом роста дополнительных выплат увеличение уровня заработной платы по среднему медперсоналу составило 121%, по врачам – 101%. Сейчас в среднем врачи «скорой» получают чуть более 41 тыс. руб., средний медперсонал – 26 тыс. и младший – 18.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

День борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями

В столице Колымы впервые прошла акция «День борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

«Как врача меня радует тот факт, что сегодня здесь собрались люди разных возрастов и занятий. Всех вас объединила идея здорового образа жизни. Чем больше колымчан будет заниматься спортом, тем больше здоровых и успешных людей будет жить в Магаданской области», – сказал главный кардиолог Минздрава Магаданской области Александр Шестаков. Он пожелал участникам акции успехов и крепкого здоровья.

На втором этапе акции 7 апреля школьники, студенты, пенсионеры и представители общественных организаций собрались в ФСК «Колымский» на массовую оздоровительную зарядку «Время быть здоровым». Все желающие проверили свои силу и выносливость, сдав нормы физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне». Во время акции её участники могли воспользоваться услугами мобильного центра здоровья. Экспресс-обследование включило в себя измерение артериального давления, спирометрию, определение уровня глюкозы в крови. Также во время акции консультации оказывали специалисты Магаданского областного наркологического диспансера.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Магадан.

Проверили половину камчатских детей

На Камчатке наблюдается серьёзная нехватка медицинских кадров для проверки состояния здоровья детей в регионе. Данная тема была поднята на обсуждении в краевом правительстве во время очередного заседания, которое проходило под руководством Ирины Унтиловой, вице-губернатора Камчатки. Стало известно, что за прошедший год медикам удалось проверить лишь 23 тыс. детей в возрасте от 1 года до 17 лет. Данное количество – это чуть больше половины всех детей, проживающих на Камчатке. Основной причиной неполного медицинского осмотра несовершеннолетних детей в регионе является недостаток специалистов. Отмечается, что для того, чтобы иметь возможность осмотреть всех камчатских детей, формируются специальные выездные бригады педиатров. В прошлом году было сформировано 10 таких бригад, которые проводили работы по осмотру детей в 10 разных муниципальных районах. К настоящему моменту работа по привлечению детских врачей в регионе продолжается.

Олег НИКОЛАЕВ.

Петропавловск-Камчатский.

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

Новые технологии

Реабилитация тотчас за порогом реанимации

В Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте скорой помощи им. И.И.Джанелидзе открылось новое отделение



Заместитель директора института по НИР профессор И.Вознюк (третий слева) и заведующая отделением медицинской реабилитации кандидат медицинских наук Л.Анисимова с больными в зале механотерапии и лечебной физкультуры

Логика работы НИИ как многопрофильной клиники с колоссальным потоком больных, где только в прошлом году стационарное и амбулаторное лечение получили 60,6 тыс. пациентов, подчинена современной парадигме оказания экстренной и неотложной медицинской помощи пациентам с острой патологией, формулировка которой заключена в трёх стратегиях: золотого часа, высокой технологичности лечебно-диагностических мероприятий, их персонификации.

Поэтому идея о создании службы медицинской реабилитации в стенах учреждения, заточенного на полный спектр неотложных состояний при чрезвычайных ситуациях и техногенных катастрофах, и встраивании её в интенсивный лечебный процесс сама по себе уникальна. Современная трактовка выражения: «Реабилитация начинается в реанимации» и соответствующий подход к организации реабилитационных пособий, в последнее время настойчиво декларируемый российским Минздравом, предоставляют реальную возможность влиять на выживаемость, сроки лечения и глубину функциональных нарушений, считает заместитель директора НИИ по научно-исследовательской работе профессор Игорь Вознюк.

В состав научного отдела острой цереброваскулярной патологии и неотложной неврологии, которым руководит Игорь Алексеевич, организационно и включено новое отделение. Предназначенное для обеспечения I и II этапов реабилитационного лечения пациентов в острой фазе заболевания, а также продолжения помощи больным, имеющим реабили-

тационный потенциал, благоприятный ближайший прогноз и перспективу восстановления функций до уровня частичной независимости, оно появилось не на пустом месте. «Стартовой площадкой» стали развёрнутые ранее физиотерапевтический и массажный кабинеты.

Более 52% из числа госпитализированных в минувшем году в головное медицинское учреждение Санкт-Петербурга, обеспечивающее оказание скорой медицинской помощи, имели острую патологию сердечно-сосудистой системы, при этом у 1,5 тыс. больных диагностировалось острое нарушение мозгового кровообращения. Возможности открывшегося отделения как раз и сфокусированы на восстановлении таких пациентов, а также больных после оперативного лечения заболеваний и травм центральной нервной системы, позвоночника.

Профилактика грозных, часто фатальных осложнений, связанных с обездвиженностью и вынужденным положением тела больного в остром периоде болезни, – основная мишень для ранней реабилитационной помощи. В отделении медицинской реабилитации четыре основные технологические линии. Первая линия задействована на восстановление объёма движений основных сегментов опорно-двигательной системы, в том числе позвоночника, в пассивно-активном режиме; вторая предназначена для силовой тренировки по формированию выносливости при поражении ССС, ЦНС, скелетной мускулатуры; третья ориентирована на коррекцию трофических, тонических и сенсорных нарушений; четвёртая линия используется в целях восстановления комплексных двигательных стере-

отипов, в том числе ходьбы, мелкой моторики и др.

Из имеющегося арсенала аппаратной техники и приспособлений можно выделить оборудование, которое по принципу обратной биологической связи обеспечивает пациенту максимальный объём движения с учётом индивидуальных возможностей, дополняя усилия с его стороны автоматической работой. Ряд методик, освоенных здесь, сделал доступной роботизированную помощь и нейропротезирование.

Главные усилия сотрудники отделения с высшим и средним медицинским образованием под руководством кандидата медицинских наук Ларисы Анисимовой прилагают для сохранения ослабленных мышц, предотвращения пневмонии, пролежней, тромбозов, с тем, чтобы повысить шансы своих подопечных на выживание и возвращение к нормальной жизни.

Новоиспечённое отделение занимает два этажа институтского здания. На нижнем уровне размещены основные лечебные залы, подразделения обеспечения и клинко-инструментального контроля за лечебным процессом, верхний же отведён под стационарный блок с 4 палатами суммарной мощностью 15 коек, а также малый лечебный зал и кабинет массажа. Разработанные в НИИ принципы внутренней логистики предполагают, что пациенты из палат второго этажа либо других отделений НИИ легко смогут получить помощь силами и средствами отделения медицинской реабилитации.

Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора.

Эхо трагедии

Огонь потушен, но боль осталась

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова посетила Черногорскую межрайонную больницу № 2 в Республике Хакасия. Здесь на лечении находятся несколько человек, пострадавших во время недавних разрушительных пожаров. Каждому пациенту Вероника Скворцова пожелала скорейшего выздоровления.

В Хакасии медицинские учреждения продолжают работать в усиленном режиме даже после того, как пожароопасная обстановка стабилизировалась. По словам министра здравоохранения республики Владимира Титова, особый режим сохранится до тех пор, пока жизнь в искаленных огнём районах не войдёт в норму, а каждый из пострадавших не получит всю необходимую медицинскую помощь. По последним данным, представленным Минздравом Респу-

блики Хакасия утром 21 апреля, огненная стихия унесла жизни 30 человек. В стационарах продолжают оставаться 52 пострадавших, 12 больных в тяжёлом состоянии эвакуированы в Красноярский краевой ожоговый центр. 1293 жителям зоны бедствия медицинская помощь была оказана амбулаторно. Сегодня уже можно говорить, что во многом благодаря слаженной работе врачей Хакасии и соседнего Красноярского края удалось предотвратить гораздо большие человеческие потери. Кстати, среди тех, кто лишился крыши над головой и имущества, оказались и медицинские работники: как подчёркивают в Минздраве Республики Хакасия, их коллеги, находясь во время пожаров на службе и исполняя свой гражданский долг, спасали людей, а не собственное добро. В последние дни и сам министр, и специалисты республиканского

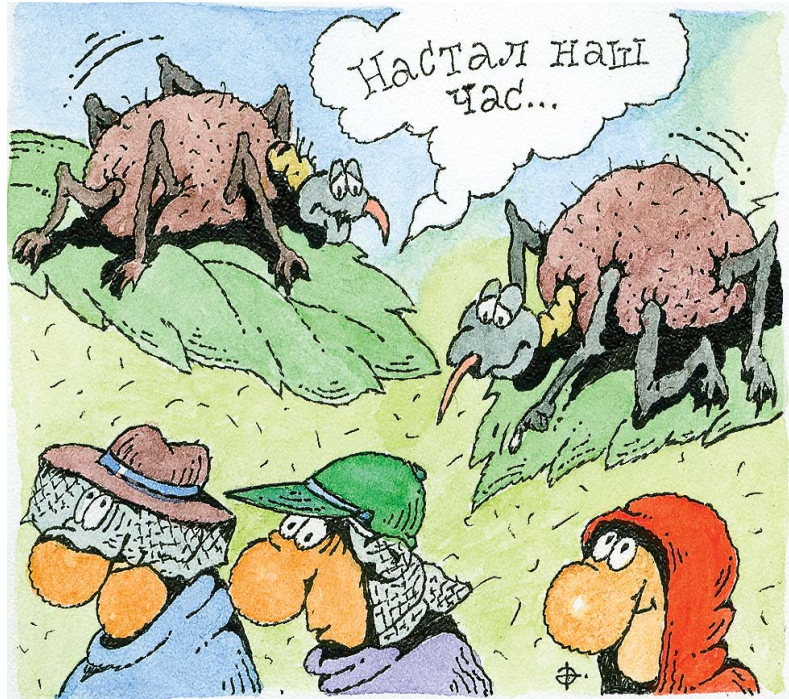
Минздрава большую часть времени проводят не в своих служебных кабинетах, а в пострадавших от огня районах республики. – Продолжаются подворные обходы в сёлах. Сформированы списки детей до года, инвалидов и всех остальных категорий льготников. Обеспечение медикаментами и лечение этих людей находится на особом контроле Министерства здравоохранения, – подчёркивает В.Титов. В «обожжённые» районы Хакасии одна за другой выезжают специализированные медицинские бригады. Так, Республиканская клиническая офтальмологическая больница направила в зону бедствия передвижной кабинет врача-офтальмолога, так как у многих людей во время тушения огня пострадали глаза, потерялись очки. С участниками трагических событий продолжают работать психологи. За первую неделю специалисты проконсультировали более 1,5 тыс. человек, каждому четвертому потребовалась специализированная психологическая помощь.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан.

Санитарная зона

Не только от судьбы — и от клеща не уйдёшь!



Сразу 9 жителей Омска и сельских районов Прииртышья стали «объектом особого внимания» очнувшихся после зимней спячки клещей.

Нынешней весной, необыкновенно тёплой с конца марта, эти кровососущие паразиты, оккупировавшие Омскую область, включая и более чем миллионный областной центр, не давали о себе знать до середины апреля. Должно быть, из-за очень снежной нынешней зимы. Прежде Управление Роспотребнадзора по этой сибирской территории регистрировало укусы ими людей уже в самом начале второго весеннего месяца. Но следует отметить, что только 4 из 9 омичей были атакованы клещами непосредственно по месту жительства – в Омском, Знаменском, Саргатском и Горьковском районах Прииртышья. Остальные 5 обнаружили присосавшихся клещей вдали от родных мест – на Алтае и в... Ана-

пе. И если Алтайский край, как и Омский, считается вотчиной клещей, то чтобы стать их жертвой на южном курорте России (Краснодарский край) – такого сибиряки не припомнят. От судьбы, похоже, и правда, не уйдёшь. И хорошо ещё, что эти встречи с переносчиками не только клещевого энцефалита, но и других инфекций, опасных для здоровья и даже жизни, закончились благополучно. Но впереди множество других. В 2014 г., например, в Омской области было укушено паразитами почти 6 тыс. человек. И многим из них пришлось долго лечиться. Пик нападений клещей эпидемиологи прогнозировали на Радоницу, в Родительскую субботу, поэтому накануне была проведена массовая обработка погостов противоклещевыми средствами...

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Решения

Курить — кошельку вредить

Совместный приказ Минстра и Минздрава России № 756пр/№ 786н о требованиях к выделенным местам для курения на пассажирских судах дальнего плавания и в местах общего пользования многоквартирных домов был на днях зарегистрирован Министерством юстиции РФ.

Напомним, в статье 12 Федерального закона № 15-ФЗ от 23.02.2013 «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» перечислены типы общественных и рабочих мест, в помещениях и на территории которых курение запрещено. Это объекты системы здравоохранения, учреждения культуры, физкультуры и спорта, помещения органов

власти, объекты транспортной инфраструктуры и общественный транспорт, предприятия торговли и общественного питания и др. Организация мест для курения на открытом воздухе или в изолированных помещениях возможна только по решению собственников в двух типах мест: на пассажирских судах дальнего плавания и в местах общего пользования многоквартирных домов. Приказ вступит в силу 14 октября 2015 г. С этого момента места для курения на открытом воздухе необходимо будет оборудовать пепельницами, табличкой «Место для курения» и освещать в тёмное время суток. На двери в изолированные помещения для курения в многоквартирных домах также должна размещаться табличка «Место для курения» (дверь обязательна), а

внутри такой курилки необходимо будет установить пепельницы, огнетушитель, вентиляцию и искусственное освещение. Решение об оборудовании изолированного помещения будет приниматься собранием собственников жилья и финансироваться из средств самих жильцов. Курение в других местах общего пользования жилых домов (подъезды, лестничные площадки, лифты и т.д.) запрещено, штраф для граждан составляет 500-1500 руб. Штраф за нарушение правил при организации курилки составляет 20-30 тыс. руб. для должностных лиц и индивидуальных предпринимателей и 50-80 тыс. руб. – для юридических лиц.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сити!

Москва.

Подписка-2015

Продолжается подписная кампания



Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на второе полугодие 2015 г. Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдете в Объединённом каталоге «Пресса России – 2015». Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;
32289 – на полугодие.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110** или по электронной почте: **mg-podpiska@mail.ru**.

Справки по телефонам: **8-495-608-7439**,

681-3596, 8-916-271-0813.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте **www.mgzt.ru**

Выписывайте и читайте «Медицинскую» газету! Будет больше подписчиков – значит, громче будет звучать ваш голос в аудитории медицинского сообщества, мы вместе сможем не только лучше разобраться в сугубо медицинских, врачебных вопросах, но и веселее заявить о том, что для вас важно. Успехов и до встреч на страницах старейшей врачебной газеты России!

Министерство связи		АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ	
Медицинская газета (индекс издания) Количество комплектов			
на 2015 год по месяцам			
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
Куда			
(почтовый индекс)			
Кому			
ДОСТАВочная КАРТОЧКА			
на газету		(индекс издания)	
Медицинская газета			
Стоимость	подписки	руб.	коп.
	пере-адресовки	руб.	коп.
на 2015 год по месяцам			
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
Куда			
(почтовый индекс)		(адрес)	
Кому			

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Не забыт и читальный зал. Имеются современная водолечебница, специальная камера для психосоматической разгрузки, кабинет УЗИ. А лазеротерапия есть как стационарная, так и переносная. Приём будут вести специалисты всех направлений, включая офтальмолога и логопеда.

В отделении медицинской реабилитации для пациентов с заболеваниями центральной и периферической нервной системы будут лечиться пациенты с последствиями инсультов, черепно-мозговых травм и позвоночных травм. Основные методы, используемые здесь, – медикаментозная терапия, лечебная физкультура, механотерапия с уникальными для республики тренажёрами.

Центр рассчитан на 80 койкомест. За год здесь планируется принимать 1-1,5 тыс. пациентов с учётом амбулаторного приёма и работы дневного стационара, где ветераны смогут получать необходимые консультации, а также тепло и заботу профессиональных медработников.

Торжественное открытие конференции состоялось в Башкирском академическом театре драмы им. Мажита Гафури и началось чествованием ветеранов Великой Отечественной войны и ветеранов-медработников. Многие из них получили медали «70-летие Великой Победы», нагрудные знаки «Отличник здравоохранения Республики Башкортостан», почётные грамоты от правительства республики и благодарственные письма, а также ценные подарки и букеты алых роз.

Эльза Сыртланова в докладе «Медико-социальное обслуживание ветеранов Великой Отечественной войны в Республике Башкортостан» отметила, что медицинская помощь ветеранам – это дань памяти тем, кто отдал жизнь и здоровье за наше счастье. Более 700 тыс. своих сыновей и дочерей в годы войны отправила республика на фронт, не вернулась почти половина. Государственная политика в отношении ветеранов реализуется в соответствии с рядом законодательных актов. В республике создана собственная система оказания медико-социальной помощи ветеранам, включающая медицинское обслуживание на дому, льготное лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение.

Сегодня медицинская помощь этому контингенту оказывается в 144 медицинских организациях республики по приоритетному принципу – первоочередной приём в поликлиниках, внеочередная плановая госпитализация стационарного лечения. Приказами главных врачей назначены ответственные лица за оказание медицинской помощи и лекарственного обеспечения ветеранов. Догоспитальная помощь оказывается участковыми терапевтами, врачами общей семейной практики и узкими специалистами, а также фельдшерами ФАПов, которых в республике более 2 тыс. Диспансеризация ветеранов проводится ежегодно вне зависимости от возраста. В прошлом году медицинскими осмотрами было охвачено более 50 тыс. человек. На сегодняшний день осмотрено 100% инвалидов и участников Великой Отечественной войны, в том числе и на дому.

В структуре заболеваний ветеранов первое место занимают болезни системы кровообращения, церебрально-васкулярные, заболевания опорно-двигательной системы. В дневных стационарах в прошлом году пролечено 4,5 тыс. ветеранов. В круглосуточном стационаре лечение получили около 8 тыс. человек. Для лекарственного обеспечения предусмотрена адресная доставка лекарственных препаратов, что особенно актуально для сельской местности, где не везде есть аптечные киоски. На 1 января 2015 г. ветераны получили лекарственную помощь по



Исторический момент – перерезание красной ленточки

События

Новый госпиталь для победителей

7 высокочеловеческим нозологиям на 1 млн руб. Около 350 ветеранов прошли в прошлом году санаторно-курортное лечение.

Салия Мурзабаева свой доклад «Правовые основы регулирования оказания медицинской помощи ветеранам» начала с того, что проблемы ветеранов затрагивают многие сферы жизни, но, учитывая особенности возраста, для них важно всё, что связано с медицинским обеспечением. В настоящее время все права ветеранов законодательно закреплены на региональном и федеральном уровне. Согласно базовому Федеральному закону № 323 «Об основах охраны здоровья» государство обеспе-

чивается сетью медорганизаций, участвующих в реализации государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Сегодня в нашей стране действует 63 госпиталя для ветеранов войн. Кроме того, медицинскую помощь осуществляют 47 отделений для инвалидов – участников войн в составе многопрофильных медицинских организаций субъектов РФ. В целях обеспечения доступности медпомощи ветеранам им законодательно предоставлено право на внеочередное оказание медпомощи, в том числе при госпитализации для ветеранов войн. При этом правило оказания внеочеред-

ственного медицинского института им. И.М.Сеченова в оказание медицинской помощи раненым и больным в городе Уфе в 1941-1943 гг.» напомнил об исторических этапах войны.

1-й Московский мединститут в годы войны был эвакуирован в Уфу в конце 1941 г. В течение военных лет три выпуска молодых специалистов были проведены в Уфе в ускоренном варианте, так же как и в Башкирском мединституте. После 4 лет обучения молодые врачи оказывали квалифицированную помощь во всех уголках России, в том числе и на передовой, и в тыловых учреждениях. Все эвакуированные из Москвы медицинские учреждения, известные столичные учёные внесли большой вклад в развитие медицинского и лекарственного

но развивается воспалительный процесс, образуются трещины, матричная оболочка полностью стирается, обнажая костную ткань. В результате кость начинает расти там, где в норме этого быть не должно. Достаточно серьёзно поражаются тазобедренные суставы, чуть меньше – коленные, а 30% патологического процесса приходится на суставы кисти.

На сегодняшний день среди пожилых это одна из самых распространённых патологий. У лиц старше 60 лет она составляет почти 97%, а к 2020 г. эта цифра может ещё увеличиться. Сейчас остеоартроз и остеоартрит принято объединять в одно заболевание. Это неадекватная нагрузка на суставы, неправильное хождение по лестнице, избыточные занятия

обеспечения Башкирии в военные годы. Так, частота пневмоний составляла в структуре всех болезней органов дыхания у раненых почти 50%. В труднейших условиях военного времени были проведены клинические испытания эффективности и безопасности антибактериального препарата сульфидин, который был синтезирован и запущен в массовое производство.

Показатель возвращения раненых бойцов в строй в Уфе был очень высоким – доходил до 70%. Отличительной чертой Башкирии было то, что она являлась как бы тыловым госпиталем, куда направлялись самые тяжёлые раненые, которые впоследствии становились

спортом в молодом возрасте, продолжительное нахождение на корточках и на коленях.

Заведующая кафедрой неврологии и нейрохирургии Башкирского ГМУ профессор Лилия Новикова сделала доклад на тему «Современная модель организации реабилитации больных, перенёвших инсульт, в Республике Башкортостан». Сейчас в республике создано 3 региональных сердечно-сосудистых центра. 70% больных, перенёвших первый инсульт, должны полностью восстановиться – такова задача медработников. На сегодняшний день ставится и демографическая задача – снижение заболеваемости и смертности как в стране в целом, так и в Башкирии. Поэтому так важна реабилитация спасённых больных, которая начинается уже через 12 часов после проведения интенсивной терапии.

Сегодня система реабилитации проводится на основе интеграции трёх уровней. Здесь подразумевается та классификация, которая лежит в основе церебрального инсульта. Помощь таким больным должна оказываться только в специализированных отделениях. Важен фактор вовлечения родственников в процесс реабилитации. Первый центр реабилитации таких больных был открыт в 2010 г. в больнице № 5. Важно приобретение заново утраченных бытовых факторов, поэтому реабилитационные центры дополнительно оснащаются стиральными машинами, другими бытовыми приборами, которыми больные овладевают как бы заново.

Чрезвычайно важна профилактика повторного инсульта – буквально с первых дней назначается соответствующее профилактическое лечение, которое подразумевает различные препараты, в том числе антиагрегантного ряда.

Также на конференции были рассмотрены вопросы организации оказания паллиативной медицинской помощи ветеранам войн, современные возможности оказания гематологической медицинской помощи больным пожилого возраста, ортопедические подходы лечения пациентов пожилого и старческого возраста, психосоциальная реабилитация ветеранов войн в условиях психотерапевтического отделения РКПБ № 1 Минздрава Республики Башкортостан.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
спец. корр. «МГ».

Уфа – Москва.



Экскурсия по новому госпиталю заинтересовала журналистов

чивает гражданам медицинскую помощь вне зависимости от возраста, наличия заболевания, места жительства и других обстоятельств. Каждый ветеран имеет право на гарантированный объём бесплатной медицинской помощи в рамках программ госгарантий.

Основные правовые нормы, регламентирующие меры социальной поддержки ветеранов, определены Федеральным законом № 5 о ветеранах. Права различных категорий ветеранов прописаны отдельными статьями закона. Так, инвалиды и участники Великой Отечественной войны сохраняют право на получение медицинской помощи в медицинских организациях, к которым они были прикреплены до выхода на пенсию. В настоящее время медицинская помощь ветеранам

помощи в лечебно-профилактических отделениях субъектов РФ определяют региональные законы.

Одним из важных направлений оказания медицинской помощи являются диспансерные осмотры, цель которых – раннее выявление отклонений состояния здоровья с последующим проведением комплекса лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий по индивидуальной программе. Для ветеранов диспансеризация предусмотрена в углублённом варианте. А для лекарственного обеспечения в бюджете заложено дополнительно 16 млрд руб.

Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Башкирского ГМУ профессор Шамиль Загидулин в докладе «Вклад 1-го Московского государ-

инвалидами. Все военные госпитали в республике были переполнены и оказывали медицинскую помощь в огромном объёме.

Одна из проблем, волнующая всех людей преклонного возраста, была освещена в докладе заведующей кафедрой госпитальной терапии № 1 Башкирского ГМУ профессора Эльвиры Муталовой «Современные подходы к лечению полиостеоартроза у пожилых». На сегодняшний день в группу полиостеоартроза объединяются самые разные заболевания, которые приводят к однотипным биохимическим и клиническим последствиям, когда происходят потеря хряща и патологическое изменение кости. В результате сустав утрачивает свои функции и больной постепенно обездвиживается. Здесь локаль-

В этом году должна завершиться модернизация наркологической службы. По идее, должна не только усовершенствоваться материально-техническая база, но и измениться сама идеология оказания наркологической помощи в целом – а это и подготовка кадров, и обучение врачей усовершенствованным методикам лечения. Такая передовая идеология ещё задолго до объявленной модернизации была присуща кафедре наркологии и психотерапии Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства. С заведующим кафедрой, доктором медицинских наук, профессором Игорем НИКИФОРОВЫМ беседовала корреспондент «МГ» доктор медицинских наук Наиль САФИНА.

– Игорь Анатольевич, специалисты-наркологи, причём не только из системы ФМБА, знают вашу кафедру ещё с 90-х годов...

– Но поскольку кафедра создана в институте, принадлежащем ФМБА России, то основная наша задача – повышение квалификации врачей психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов, работающих в медико-санитарных частях, подведомственных именно ФМБА. Контингент специалистов нашего профиля оказывает медицинскую помощь работникам АЭС, предприятий космической сферы, спортсменам. Это большая ответственность и важная государственная задача. Мы должны поддерживать профессиональные знания и навыки наших врачей в вопросах профилактики и лечения болезней зависимости, пограничных психических расстройств на высоком, а бы даже сказал – высочайшем, уровне. А вообще, да, кафедра наркологии и психотерапии была создана в ноябре 1992 г. под моим руководством. Помимо меня в первый преподавательский состав вошли профессор Т.Чернобровкина и Е.Скворцова, доценты М.Ракидин и Н.Динеева. В качестве приглашённых преподавателей у нас в разное время читали лекции и проводили семинарские занятия профессора Г.Энтин, В.Зайцев, М.Голубев, Е.Шапошников, доценты Н.Найдёнова, В.Овсянников и ряд других прекрасных учёных и педагогов. В 90-е годы мы активно сотрудничали с американским университетом Washburn штата Канзас, обменивались преподавателями, взаимно изучали организацию медико-социальной помощи больным алкоголизмом и наркоманией в России и США. Профессор Айрис Хекман с циклами лекций совместно с нашими преподавателями объездил целый ряд крупных наркологических учреждений в регионах России. Надо отдать должное, только под руководством профессора Владимира Дмитриевича Рёвы, который досконально знает специфику деятельности ФМБА, наш институт стал учреждением высокого уровня переподготовки и повышения квалификации специалистов здравоохранения.

– Как сложилось исторически, «Русские сезоны» – это всегда что-то уникальное.

Из первых уст

Доброе имя зарабатывается всей жизнью

Такое оно у кафедры наркологии и психотерапии Института повышения квалификации ФМБА России



Точно так же в 90-е произвели фурор созданные вами «Русские наркологические сезоны в Европе». Наверное, в то время ваша должность главного нарколога Министерства здравоохранения РФ могла позволить вам организовывать столь масштабные мероприятия?

– Наши «Русские наркологические сезоны в Европе» начались в 1993 г. и продолжались до 2000-го. Им действительно предшествовала моя с 1985 по 1993 г. работа главным наркомом Минздрава России. В то замечательное время сотрудники кафедры организовали «Русские наркологические сезоны в Европе». Это был цикл выездных семинаров по обмену опытом в разных европейских странах. Во время этих поездок руководители наркологических учреждений России знакомились с методиками оказания психиатрической и наркологической помощи в Германии, Франции, Испании, Италии, Бельгии, Чехии, Швейцарии, а также США, подробно изучили разные модели реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. Тогда я даже преподавал в университетах США.

В настоящее же время мы проводим циклы общего и тематического усовершенствования как в Москве, так и в регионах Российской Федерации. Тематика циклов достаточно обширна и включает в себя вопросы профилактики алкоголизма, наркоманий и токсикоманий, клинической картины лечения болезней зависимости, реабилитации больных наркологического профиля. Большое значение мы придаём внедрению психотерапевтических методик в практику работы психиатров-наркологов.

Этому посвящаем отдельные циклы усовершенствования. К нам приезжают психиатры и на длительные циклы профессиональной переподготовки по специальности «психиатрия-наркология», учатся и клинические ординаторы. Отдельные циклы усовершенствования мы проводим для врачей всех специальностей, например «Требования и условия органи-

зации оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров». Этот цикл ведётся, в том числе, с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий.

– У вас учатся врачи не только из лечебных учреждений ФМБА?

– Разумеется. К нам также приезжают представители лечебно-профилактических учреждений, не входящих в систему ФМБА России. Это преимущественно врачи психиатры-наркологи из разных наркологических диспансеров и больниц, а также из ЦРБ. Ежегодно на кафедре обучаются в среднем около 100 врачей из самых разных регионов России. География их представительств обширная: от Калининградской области до Сахалина и Камчатки. В отдалённые регионы в целях экономии ресурсов сотрудники кафедры выезжают сами для проведения учёбы на базе конкретных медицинских учреждений. Обычно это республиканские, краевые и областные наркологические диспансеры. С ЛПУ наркологического профиля некоторых регионов у нас сложились партнёрские отношения, и за 23 года существования кафедры мы проводили в них учёбу неоднократно – Республика Саха (Якутия), Ставропольский и Краснодарский края, Ростовская, Ивановская, Владимирская, Нижегородская области и целый ряд других регионов России.

Длительные контакты с регионами позволяют видеть недостатки и преимущества их наркологических служб. Надо сказать, в Краснодарском крае отлично организована профилактическая работа – есть

чему поучиться и у них. В настоящее время по приглашениям региональных учреждений здравоохранения кафедра проводит тематическое усовершенствование в объёме 72 часов «Профилактика алкоголизма, наркомании и пропаганда здорового образа жизни», а также «Реабилитация в наркологии». Как правило, 2 раза в год у нас осуществляется профессиональная переподготовка 576 часов по специальности «психиатрия-наркология». Учитывая, что «МГ» читают повсеместно, не могу не воспользоваться случаем и не дать контакты кафедры. Телефоны: 8-926-387-00-01, 8-916-679-37-30, 8-903-793-99-47. Электронная почта: narkolog.ipk@mail.ru, gricevskaysl@mail.ru. Заведует учебной частью Павел Владимирович Аронов.

Ну, а что касается наших клиник, это – Центральная клиническая психиатрическая больница ФМБА в Электро-стали, клиническая больница № 85 ФМБА России, медсанчасть ОАО «Калибр», Центральная клиническая больница МВД России, частная клиника ООО «Независимость», Психиатрическая клиническая больница № 3 им. В.А.Гиляровского Департамента здравоохранения Москвы. Образовательную и клиническую деятельность сочетаем с научными исследованиями. Научная тематика, разрабатываемая сотрудниками кафедры, обширна – коморбидные расстройства при алкоголизме и наркоманиях, синергетическая медицина, теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии, мониторинг потребления психоактивных веществ подростками, влияние биоритмизающих факторов внешней среды на психическое состояние зависимых от психоактивных веществ лиц, профессиональные стрессогенные факторы и синдром эмоционального выгорания в медицине, психотерапия в наркологии.

– Я думаю, что медицинских работников особенно заинтересует названный вами цикл «Требования и условия организации оборота наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров». Может быть, вы остановитесь на нём подробнее?

– Программа цикла на 72 часа адресована всем медицинским сотрудникам, работающим с наркотическими средствами и психотропными веществами в аптечных и лечебно-профилек-

тических учреждениях. Особое внимание уделяем следующим вопросам: медицинские аспекты Федерального закона «О наркотических средствах и психотропных веществах»; особенности хранения и транспортировки наркотических средств и психотропных веществ в аптечных и лечебно-профилактических учреждениях, порядок назначения (выписывания) лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учёту; формы медицинской документации по учёту оборота лекарственных средств, выписываемых в ЛПУ; дисциплинарная и уголовная ответственность медицинских работников, участвующих в обороте наркотических средств и психотропных веществ в лечебных учреждениях; государственные меры профилактики алкоголизма и наркомании в России. Первый цикл с обозначенной тематикой с успехом прошёл в Московской области. В настоящее время мы проводим серию выездных сертификационных и тематических циклов усовершенствования по темам «Актуальные вопросы психиатрии-наркологии. Новые методы лечения алкоголизма и наркоманий», «Психотерапевтические методики в лечении алкоголизма и наркоманий», «Современная психофармакотерапия в лечении алкоголизма и наркоманий», «Современные подходы к лечению игромании и интернет-зависимости».

– Время от времени появляются высказывания известных психиатров, что выделение наркологии в самостоятельную специальность неактуально...

– На мой взгляд, в 1995-1998 гг. в России была создана лучшая модель наркологической помощи населению. В столь короткие сроки усилиями многих организаторов здравоохранения были созданы 324 диспансера, 2096 кабинетов районных наркологов. Обеспеченность наркологическими койками составила 5,6 на 10 тыс. населения. В начале 2000-х годов с учётом появления целого ряда реабилитационных центров и значительного распространения групп обществ анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов эта модель приобрела хорошую функциональность и законченную структуру. Очень многое для создания этой модели начиная с 1976 г. сделали российские учёные и организаторы здравоохранения – Э.Бабаян, В.Егоров, Н.Трубин, Н.Иванец, Е.Кошкина, Г.Энтин, П.Сидоров, Т.Дудко, В.Мельников, Н.Чистяков и другие. Слияние психиатрической и наркологической служб отбросит нас назад лет на 40, приведёт к развалу с таким трудом созданной мощной структуры наркологической помощи населению и ничем не поможет психиатрической службе. Это не оправдано ни в научном, ни в организационном, ни в экономическом плане. Больше всего от этого пострадают наши пациенты. Уважаемый коллега, которые генерируют эту идею, следует задуматься – какую память они оставят о себе в среде профессионалов. Доброе имя зарабатывается всей жизнью, а лавры Герострата можно получить за один день. Москва.

К конструктивному диалогу между равноправными участниками системы ОМС во благо здоровья и жизни людей призывает исполнительный директор по экспертизе и защите прав застрахованных АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Татьяна СЕРЕБРЯКОВА. С ней беседует корреспондент «МГ» Алексей ПАПЫРИН.

– Татьяна Васильевна, один из важных индикаторов работы страховой медицинской компании – работа с жалобами застрахованных. Что показывает анализ, чем чаще всего недовольны клиенты АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» при оказании медицинской помощи?

– Да, вы правы, по количеству обращений в страховую медицинскую организацию (СМО) мы судим о степени доверия граждан к её работе. В 2014 г., по данным нашей компании, основные причины обоснованных жалоб застрахованных были связаны в основном с качеством медицинской помощи – 41,87%; на втором месте – жалобы на взимание денежных средств за медицинскую помощь, оказанную по программам ОМС – 32,10%; на третьем – на организацию работы медицинских организаций – 12,46%. Реже от застрахованных поступают обращения о принятии мер при отказе в оказании медицинской помощи по программе ОМС – 5,28%; о лекарственном обеспечении – 3,29%; о выдаче полисов – 2,49%; о выборе медицинской организации – 0,6%.

– Насколько известно, недавно были уменьшены нормативы на ведение дела страховых медицинских компаний по ОМС и одновременно приняты жёсткие требования к квалификации экспертов, которые имеют право на проверку лечебных учреждений. Удаётся ли выполнить все условия? На ваш взгляд, не чрезмерно ли они жёсткие? И кто они, эксперты страховой медицинской организации?

– К сожалению, в 2015 г. в РФ наметилась тенденция к уменьшению норматива средств на ведение дела, поступающих ежемесячно в СМО от территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС). А ведь эти средства предназначены как раз для того, чтобы страховая организация в полной мере могла реализовать свои обязательства по закону, в первую очередь перед застрахованными гражданами. Очевидно, что высококвалифицированные эксперты качества дорого стоят работодателю, будь то СМО или ТФОМС.

Теперь по поводу «жёстких требований к квалификации экспертов». Я считаю они вполне чёткие и адекватные, компетенции соответствуют необходимому уровню знаний для того или иного вида экспертизы. Так, например, медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее 5 лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. А экспертиза качества медицинской помощи, в свою очередь, осуществляется экспертом соответствующего профиля. Этот врач должен иметь свидетельство об аккредитации или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет и тоже должен быть подоготовленным по этим вопросам экспертной деятельности. В обязательном порядке его имя включается в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи. Включение в него, по закону, инициируется структурами, имеющими определённый вес в здравоохранении субъектов РФ. В числе таких – сами медицинские

ОМС: реальность и перспективы

В тесном контакте

Раскрывая приоритеты компании

организации, ассоциации врачей, территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации. Об уровне знаний и опыта этих специалистов можно судить по такому факту: прежде чем стать экспертом качества в ОМС, врач должен как минимум 10 лет отработать по той клинической специальности, по которой он проводит экспертизу в системе ОМС.

– Сколько экспертиз в месяц проводят специалисты вашей компании? Если это не составляет финансовую тайну, то на какую сумму компания ежемесячно штрафует лечебные учреждения? Куда тратятся деньги, удержанные в качестве таких санкций?

– Ежемесячный объём плановых экспертиз регламентирован на законодательном уровне: не менее определённых значений от количества принятых к оплате в СМО счетов за оказанную медицинскую помощь. Для полного охвата проверками всех медицинских организаций (а в отдельных субъектах РФ их может быть свыше 600) в начале каждого года страховая организация составляет план проверок, который утверждается ТФОМС. Помимо плановых экспертиз мы проводим целевые по определённым основаниям. Так, например, 100% случаев оказания медицинской помощи с летальным исходом, повторных обоснованных обращений за медицинской помощью, внутрибольничных инфицированных, первичного выхода на инвалидность подлежат целевой экспертизе СМО. В общем, объём работы колоссальный. По официальным данным Федерального фонда ОМС (ФФОМС), за 2013 г. в системе ОМС РФ всеми СМО было проведено более 10 млн медико-экономических экспертиз и более 4 млн экспертиз качества медицинской помощи. Для нашей компании их ежемесячный объём в 2014 г. варьировал в пределах сотен тысяч экспертиз.

Что касается «штрафов», то порядок проведения контроля, применения санкций и определения их размера утверждён нормативными правовыми актами. В среднем по РФ, по данным ФФОМС, сумма удержания финансовых средств за некачественную медицинскую помощь в 2013 г. составила 0,79% от суммы средств, направленных в медицинские организации. Согласитесь, это весьма незначительная доля, тем более что 70% этих средств возвращается или, прямо сказать, «реинвестируется» в систему ОМС субъекта РФ.

– А может ли врач или лечебное учреждение оспорить заключение эксперта СМО, если медики не согласны с его выводами? Какой существует механизм рассмотрения подобных претензий?

– Конечно, может, и, безусловно, есть регламентированный порядок обжалования результатов экспертизы, проведённой страховой медицинской организацией. В соответствии с ним при наличии разногласий медицинская организация в течение 15 рабочих дней со дня получения акта экспертизы вправе обжаловать заключение



СМО путём направления претензии в территориальный фонд ОМС. Тот рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и организует проведение повторной экспертизы (реэкспертизы), которое оформляется решением ТФОМС. Далее, при несогласии медицинской организации с решением территориального фонда она вправе обжаловать это решение в судебном порядке. Здесь есть нюанс, который, на наш взгляд, необходимо урегулировать. Дело в том, что оба эксперта, привлечённые к экспертизе (и тот, кто делал «первичную» экспертизу со стороны СМО, и тот, кто делал реэкспертизу со стороны ТФОМС) имеют одинаковую компетенцию. Как вы думаете, почему в этом случае мнение эксперта, привлечённого ТФОМС к реэкспертизе, является преобладающим и должно отменять заключение эксперта СМО? Справедливости ради надо сказать, что в тех субъектах РФ, где взвешенно и грамотно организована реэкспертиза в конфликтных случаях между медицинской организацией и СМО, этот вопрос решается путём привлечения к реэкспертизе эксперта более высокого квалификационного уровня, в определённых случаях проводятся комиссионные рассмотрения результатов.

Конечно, мы соглашаемся с результатами, если не правы, и возражаем, когда у нас есть на это основания, понимая, что за каждым выявленным нашим экспертом дефектом при оказании медицинской помощи стоит как конкретный человек, так и система здравоохранения в целом. Поэтому в «вопиющих», на наш взгляд, случаях дело доходит и до судов. Последний пример из нашей практики – у нашей застрахованной после операции кесарева сечения возникла гематома шва. По нашему мнению, развитие послеоперационной гематомы с последующей релапаротомией является осложнением, влекущим риск дальнейшего развития различных тяжёлых последствий. Эксперт, проводивший реэкспертизу, с этим не согласился. Дело сейчас находится на разбирательстве в суде, и мы уверены, что суд примет справедливое решение.

– Наверное, важно не только наказывать нерадивых руководителей и врачей, но и помочь устранить какие-то недостатки, допущенные в силу объективных причин. Ведётся ли совместная работа экспертами

СМО и специалистами лечебных учреждений, органами управления здравоохранением по повышению качества медицинской помощи?

– Перед страховой медицинской организацией не стоит задача, как вы говорите, «наказать нерадивых руководителей и врачей». Основной нашей функцией является защита прав и интересов наших застрахованных на получение бесплатной и качественной медицинской помощи. Поэтому мы готовы обсуждать результаты экспертиз и с руководством конкретных медицинских организаций и органов управления здравоохранением. Мы предлагаем пути решения проблем и снижения рисков повторных нарушений. По итогам тематических экспертиз СМО формируем аналитические справки, в том числе для принятия управленческих решений. Другое дело – насколько готовы другие участники системы ОМС в субъекте заниматься этими вопросами? Насколько востребован наш анализ? Поразительно, но в разных субъектах РФ мы встречаем кардинально отличающийся подход к этой теме. От полного неприятия результатов работы СМО, видения в этой работе только угрозы финансовой устойчивости отдельных нерадивых медицинских организаций (при этом вспомните про 0,79%!) до полноценного конструктивного диалога между равноправными участниками системы ОМС во благо здоровья и жизни людей.

– Руководство Национальной медицинской палаты (НМП) считает, что сегодня в здравоохранении сложилась ситуация, когда суды в конфликтных случаях между лечебным учреждением и больным делятся годами, расходы становятся серьёзным финансовым бременем для обеих сторон, а судебные решения иногда бывают несправедливыми. По мнению НМП, решить эту проблему сможет независимая медицинская экспертиза, которая направлена и на упрощение решения споров между пациентами и медицинскими организациями на досудебной стадии урегулирования конфликта. На ваш взгляд, действительно нужна такая независимая экспертиза? Если да, то что она может дать и чем будет отличаться от экспертизы СМО?

– Прежде всего, основная функция страховых медицинских организаций – это информирование граждан об их правах и защите этих прав. Граждане должны знать, что страховая медицинская организация, полис которой они имеют, является их адвокатом в прямом смысле этого слова. Наша компания имеет в своём штате и юристов, и врачей-экспертов, мы бесплатно оказываем помощь на всех этапах судебного разбирательства – начиная от подготовки искового заявления на основании проведённой нашими специалистами экспертизы, до представления интересов гражданина в суде. По данным официальной отчётности, в 2014 г. специалисты нашей компании непосредственно участвовали в 54 судебных разбирательствах, с нашей помощью удовлетворено исков на сумму более 6 млн руб.,

в том числе с материальным возмещением – на сумму около 1 млн руб., с моральным возмещением – на сумму более 5,8 млн руб.

Нам будут очень интересны результаты проекта по внедрению независимой экспертизы, который будет реализовываться НМП в 3 субъектах РФ. Этот проект, как сообщают СМИ, разработан на основе немецкой модели урегулирования споров между врачом и пациентом с привлечением профессиональных медицинских некоммерческих организаций. Но даже у разработчиков этого проекта, как мы видим, есть сомнения: удастся ли адаптировать механизмы, работающие в Германии, к нашей российской действительности? Пока мы видим такие «уязвимые» позиции при его реализации, как корпоративная солидарность врачей и немалая стоимость этих услуг для пациентов (в СМИ идёт речь о том, что эксперты, работающие в Германии в структурах, аналогичных Национальной медицинской палате, «сознавая высокое общественное значение такой работы, придерживаются невысоких ставок»). Но насколько они «невысоки»? Насколько вообще приемлемо для жителя российской глубинки заплатить за реализацию своих прав?

Хочу акцентировать ваше внимание: и экспертиза в ОМС, и судебная защита пациента проводятся бесплатно для застрахованных. Экспертиза качества медицинской помощи, проводимая сейчас в системе ОМС, отвечает и требованию «независимой».

Мы готовы поделиться с коллегами из НМП наработанным опытом вневедомственной ОМС-экспертизы объёма и качества, два вида этих экспертиз должны дополнять, а не заменять друг друга.

– Что является для экспертов базовыми документами: клинические протоколы, порядки оказания медицинской помощи или стандарты лечения?

– Экспертиза качества медицинской помощи проводится путём проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике. В настоящее время уровень стандартизации медицинской помощи недостаточен, об этом только ленивый не сказал. На сегодняшний день для 3,5 тыс. нозологий утверждено около 60 порядков, 791 клинический протокол и 779 стандартов оказания медицинской помощи. Мы знаем, что Минздрав России постоянно работает над вопросом повышения уровня стандартизации качества медицинской помощи, утверждением самих критериев качества медицинской помощи. И, безусловно, огромное значение здесь имеют медицинские профессиональные некоммерческие организации: они, по закону, разрабатывают и утверждают клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, которые по своей сути являются «сводами» отдельных стандартов, утверждённых по нозологиям и условиям медицинской помощи. Мы (СМО) с нетерпением ждём появления новых клинических протоколов и тоже готовы со своим опытом подключаться к указанной работе. Приоритет нашей компании – защита прав застрахованных.

Селфи медсестры на фоне голого пациента, лежащего на операционном столе. «Транспортировка» пациента сотрудниками «скорой» за руки – за ноги, без носилок. Избиение больного уставшим анестезиологом. Всё это – скандальные истории из жизни российского здравоохранения последнего времени, ставшие предметом публичного обсуждения.

Реакция медицинского сообщества на поступки коллег, как и ожидалось, неоднозначная: одни считают, что таким людям белые халаты категорически противопоказаны, другие – что медработник такой же человек, как и все, и потому имеет право заблуждаться. Но вряд ли найдётся хотя бы один, кто скажет, что это норма. Общество, большое запущенной формой безнравственности, нуждается в серьёзном лечении. И почему бы медицинским работникам не показать всему остальному социуму пример самоисцеления?

История вопроса

Впервые о необходимости разработать «Этический кодекс российского врача» заговорили в начале 90-х, и в ноябре 1994 г. он был утверждён на 4-й конференции Ассоциации врачей России. Собственно, на этом история данного документа и заканчивается.

Следующая редакция «Кодекса врачебной этики РФ» была одобрена Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г. Результат тот же: о существовании данного кодекса знают, наверное, только его авторы и делегаты форума. Иначе чем объяснить, что в 2012 г. на I Национальном съезде врачей Российской Федерации обсуждался ещё один аналогичный документ – «Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации»? Попробуйте ради эксперимента расспросить о его содержании своих коллег, и вы убедитесь, что уровень информированности близок к нулю.

В конце 2014 г. к теме отношений врача и пациента обратилась министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. На одной из пресс-конференций она очень тонко и точно сформулировала задачу: «Именно медицинские работники сохраняют жизни многих людей, и эта избранность ко многому обязывает. Врач должен иметь высокую нравственную планку, быть мудрым и добрым человеком».

Первыми на задачу, поставленную министром, отреагировали профильные вузы: в марте 2015 г. в России был принят «Этический кодекс студентов фармацевтических и медицинских учебных заведений», в котором прописаны корпоративные правила поведения, основанные на нормах этики, морали и уважения к коллегам и пациентам. Будущие врачи и провизоры показали старшим товарищам и обществу в целом, что намерены вернуть положительную репутацию своей профессии.

Прощать или наказывать?

Появится ли, наконец, в нашей стране единый для всех и обязательный к исполнению этический кодекс российского врача? И нужен ли в принципе такой документ – не проще ли утверждать подобные нормативные акты локально, на уровне медицинских учреждений, и прописывать необходимые их исполнения в трудовых договорах с работниками? С такими вопросами корреспондент «МГ» обратилась к своим собеседникам.

Андрей Модестов, главный врач Красноярского краевого клинического онкологического диспансера:

– Считаю, что этический кодекс для российского врачебного сообщества нужен обязательно. А главная его идея, на мой взгляд, – бережное и уважительное отношение врача к пациенту и его родственникам. Мы же любим повторять: для того чтобы лече-

ние оказалось успешным, врач и пациент должны быть в одной команде. Коль скоро это так, доктору необходимо ощущать свою ответственность не только за качество выполнения медицинских манипуляций и правильность врачебных предписаний, но и за формирование той самой команды «врач – пациент».

Чем мы сегодня руководствуемся в вопросах взаимоотношений медработников между собой и с пациентами? В лучшем случае, ссылаясь на клятву Гиппократова, которую все зачитывали на церемонии получения дипломов. Прочли и... забыли. А кодекс – документ, с которым каждый врач обязан ознакомиться и который

Этичное поведение можно стимулировать

Михаил Мальгин, помощник министра здравоохранения Республики Хакасия:

– В Хакасии в 2013 г. был принят свой, республиканский кодекс профессиональной этики медицинского работника. В документе учтены самые разные аспекты – от требования соблюдать врачебную тайну и не участвовать в эвтаназии до правил поведения в профессиональном сообществе. Вот некоторые примеры: «Врач не должен принимать поощрений от фирм-изготовителей и распространителей лекарственных

по медицинской этике в организациях здравоохранения». Эти комиссии расследуют факты нарушений норм медицинской этики и деонтологии. Что дальше? В должностные инструкции работников здравоохранения Хакасии включены положения этического кодекса, а именно нормы поведения врача и медсестры во время исполнения служебных обязанностей. И как только поступает жалоба от пациента, работодатель говорит с работником не просто о плохом поведении, а о несоблюдении должностной инструкции, это диалог уже совсем на другом уровне.

Также в критериях выплат стимулирующих надбавок мы предусмотрели жалобы и обращения

чисто приглашаем их в центры здоровья, буквально уговариваем пройти диспансеризацию. А чуть что, получаем претензии: «врач должен» и «медсестра обязана». Это, естественно, вызывает у медиков чувство обиды.

Мне кажется, оценивать деятельность системы здравоохранения уровнем удовлетворённости населения нельзя. Когда человек нездоров, он всегда недоволен, и он винит всех, кроме себя, за то, что у него инфаркт или поздно выявленный рак. Для оценки работы медицинской отрасли необходимы более объективные критерии, например, динамика продолжительности жизни, изменение уровня инвалидизации и т.д. И давно пора

Актуально

«Избранность ко многому обязывает...»

Ещё раз об этическом кодексе российского врача



Бывает, с пациентом лучше говорить при свидетелях

должен неукоснительно соблюдать. Правда, при условии, что будет предусмотрена ответственность за нарушение кодекса, прописанная в соответствующих нормативных актах.

По моему убеждению, выполнение норм этического кодекса врача должно стать неотъемлемой частью трудового договора с работником. Но кодекса единого, национально-го. Принятие же локальных этических кодексов на уровне отдельных медицинских организаций будет малоэффективным, мы должны системно и масштабно подходить к решению назревшей проблемы.

В то же время, говоря о нарушениях медицинскими работниками этических правил, не могу не напомнить, что мы – врачи и медсестры – часть общества и своим поведением отражаем все те негативные процессы, которые в нём происходят. Ведь пациенты тоже становятся более грубыми и циничными, легко наносят оскорбления медработникам, в том числе публично, в СМИ. Но подобные факты почему-то не обсуждаются и не критикуются социумом так же эмоционально, как обсуждаются проступки медиков.

Да, у врачей особые нравственные обязательства, это продиктовано нашей профессией. Но должны ли мы терпеть оскорбления и подставлять правую щёку, если ударили по левой? Уверен: нет. Следует чаще применять Административный кодекс в отношении пациентов, которые наносят оскорбления медработникам. Одним словом, требуя от медицинских работников соблюдения норм этики в отношении к пациентам, мы вправе рассчитывать на соблюдение этих же норм пациентами. Эта дорога должна быть с двусторонним движением.

препаратов за назначение предлагаемых ими лекарств. Подарки от пациентов и пациентам крайне нежелательны, поскольку могут создать впечатление у пациентов, не дарящих и не получающих подарков, что им оказывают меньшую заботу. Недопустимы попытки укрепить собственный авторитет путём дискредитации коллег. Медицинский работник не имеет права допускать негативные высказывания о своих коллегах и их работе в присутствии пациентов и их родственников.

С этим документом, равно как с должностной инструкцией, обязательно знакомится каждый, кто трудоустраивается в медицинские организации государственной формы собственности. К чему это обязывает работника? К соблюдению определённых норм взаимоотношений врача и другого врача, врача и пациента, врача и представителей разного рода торгующих организаций. А в целом речь идёт о поведении, которое повышает статус медицинского работника в обществе.

Также мы возродили у себя на территории давно забытый, но очень важный институт – наставничество. Все молодые специалисты, которые прибывают на работу в учреждения здравоохранения Хакасии, прикрепляются к более опытным коллегам. В течение 3 лет наставник патронирует молодого специалиста, в том числе прививает ему основы медицинской этики, прописанные в кодексе.

Да, этический кодекс носит рекомендательный характер, он не имеет статуса закона. Но это не значит, что документ не обладает вообще никакой силой. В нём есть статья: «Степень ответственности за нарушение профессиональной этики определяется комиссиями

граждан. Если после её рассмотрения жалоба на врача признана обоснованной, это будет влиять на выплату ему стимулирующей надбавки, какой бы «звездой» ни был доктор.

Моё убеждение, что в России необходимы не только региональные, но и единый национальный этический кодекс медицинских работников. Как человек, выросший из советской системы здравоохранения, я до сих пор уверен, что наша профессия уникальна: она требует от человека особых свойств характера и моральных качеств, ведь врач не должен сортировать больных по принципу «приятен – неприятен», «опасен – неопасен». Между тем у начинающих докторов я нередко замечаю иные ориентиры: для них изначально самое главное – поиск тёплого местечка и большой зарплаты. Это огорчает. Этический кодекс необходим уже хотя бы для того, чтобы молодые люди, которые планируют посвятить себя медицине, заранее почитали этот документ и подумали, готовы ли они соответствовать таким высоким требованиям?

Врачи – такие же люди

Министр здравоохранения Новосибирской области Олег Иванович:

– Проблема врачебной этики не нова, она существует столько, сколько существует сама медицина. Почему же сегодня об этом заговорили как о чём-то особо актуальном для отрасли? Да потому, что за последние годы российское здравоохранение очень серьёзно оснастилось ресурсно, к примеру, Новосибирская область за 10 лет получила на развитие здравоохранения 25 млрд руб.: Национальный проект «Здоровье», программа модернизации, строительство больниц, закупка нового оборудования. А проблема неудовлетворённости населения России медицинской помощью остаётся. И у руководства страны возник резонный вопрос, почему так происходит?

Выскажу свою точку зрения: очень сложно требовать от человека, который болеет, полной удовлетворённости медициной. Этого не может достичь ни одна страна мира, а тем более Россия, где целые поколения воспитаны в убеждении, что за их здоровье отвечают врачи, Минздрав и Президент, но только не они сами. Мы привили людям потребительское отношение к медицине, настой-

всерьёз задуматься о действенных мерах стимулирования российских граждан к заботе о своём здоровье. Тогда, уверен, значительно меньше будет возникать поводов для взаимного недовольства у врача и пациента.

Что же касается собственно медицинской этики, да, проблема существует. И сформулировать в виде кодекса нормы поведения человека, который надел белым халатом, необходимо. Мы часто говорим об этом с руководством Новосибирского медуниверситета: студент запомнит, где какая кость, научится оперировать и выписывать лекарства, но воспитать в нём врача как гуманиста – задача гораздо сложнее. Надо повторять и повторять вечные истины, что лучший врач не тот, кто отлично владеет всеми технологиями, а тот, который лишний раз зайдёт в палату, спросит пациента о самочувствии, терпеливо ответит на его вопросы.

Многие из нас, бывая за рубежом, видели примеры чисто механистического подхода к общению врача и пациента. Точнее, врач может вообще не общаться с пациентом, не сидеть перед ним и не выслушивать жалобы, это делает ассистент врача. А доктор лишь читает заполненную медкарту и выписывает назначения. Никакой лирики – только бизнес, зато в такой модели изначально нет повода для нарушений врачебной этики.

Российская медицина выстроена на других традициях. Но происходящее сегодня – я имею в виду формирование негативного образа врача в общественном сознании – ставит перед нашим профессиональным сообществом сложный вопрос: не пора ли переходить на западный стиль отношений с больными?

Я категорически против того, чтобы противопоставлять врачей и пациентов: мы принадлежим к одному социуму, живём в тех же условиях. Публичное обсуждение этического кодекса медработников – хороший повод подключить к дискуссии не только самих медиков, но и всё российское общество. Ведь очень многие положения нашего профессионального кодекса – это этические нормы, которые должны соблюдаться каждым человеком, независимо от его профессиональной принадлежности.

Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Новосибирск –
Абакан – Красноярск.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 28 (1880)

Инсульт – это клинический синдром, представленный очаговыми и/или общемозговыми нарушениями, развивающийся внезапно вследствие острого нарушения мозгового кровообращения. Ишемический инсульт обусловлен уменьшением кровотока (чаще за счёт окклюзии крупных или мелких артерий) в определённой зоне мозга с формированием ограниченного инфаркта.

Эпидемиология

Инсульты характеризуются широкой распространённостью, высокой смертностью и инвалидизацией.

Частота инсультов колеблется в различных регионах мира от 1 до 4 случаев на тысячу населения в год, значительно нарастая с увеличением возраста. В России – 3,4, ежегодно регистрируется более 400 тыс. инсультов.

В экономически развитых странах инсульты занимают второе-третье место в структуре общей смертности. В России летальность в остром периоде инсульта достигает 35%, увеличиваясь на 12-15% к концу первого года после перенесённого инсульта.

Инсульты занимают первое место среди всех причин инвалидизации. В России она достигает 80%.

Этиология и патогенез

К основным факторам риска ишемических инсультов относят пожилой и старческий возраст, артериальную гипертензию, гиперхолестеринемию, атеросклероз церебральных и прецеребральных (сонных и позвоночных) артерий, курение, заболевания сердца (мерцательная аритмия, аневризма левого желудочка, искусственный клапан сердца, ревматическое поражение клапанов сердца, миокардиопатия, бактериальный эндокардит), сахарный диабет.

Ишемические инсульты в 90-95% случаев вызваны атеросклерозом церебральных и прецеребральных артерий, кардиальной эмболией или поражением мелких церебральных артерий вследствие артериальной гипертензии, сахарного диабета. В более редких случаях они обусловлены васкулитом, гематологическими заболеваниями (эритремия, серповидно-клеточная анемия, тромбоцитоз, лейкопения, иммунологическими нарушениями (антифосфолипидный синдром), венозным тромбозом, расслоением прецеребральных и церебральных артерий, мигренью, у женщин – приёмом пероральных контрацептивов.

Выделяют следующие патогенетические подтипы ишемического инсульта: атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный, инсульт другой установленной этиологии (гемодинамический, реологический и др.), инсульт неустановленной этиологии (в том числе у пациентов с двумя и более потенциальными причинами инсульта).

Атеросклероз – наиболее частое заболевание церебральных и прецеребральных артерий, вызывающее ишемические инсульты. Атероматозные бляшки поражают прецеребральные, крупные и средние церебральные артерии, преимущественно в местах их деления, извитости и слияния. Образование атеросклеротической бляшки обусловлено отложением липидов в стенке артерий. Рост атероматозной бляшки осложняется её изъязвлением и тромбообразованием вследствие адгезии эритроцитов. Увеличение атеротромботической бляшки может привести к сужению просвета артерии и её полной закупорке. Снижение кровотока возникает при гемодинамически значимом стенозе и нарастает пропорционально степени сужения. Фрагменты тромба и атеросклеротической бляшки могут быть источником эмболии более дистального отдела артерии (артерио-артериальная эмболия). Исход атеросклеротического тромбоза или эмболии определяется скоростью его развития, локализацией закупорки, состоянием коллатерального кровообращения и активностью фибринолитической системы крови.

Кардиогенная эмболия обычно развивается вследствие формирования эмболических фрагментов на клапанах сердца или образования внутрисердечного тромба. К доказанным кардиогенным факторам риска эмболии мозга относят фибрилляцию предсердий, искусственный клапан сердца,

ревматическое поражение клапанов сердца, инфаркт миокарда, внутрисердечный тромб, миксому.

Артериальная гипертензия приводит к развитию лакунарных ишемических инсультов, вызывая в мелких перфорирующих ветвях средней мозговой и задней мозговой артерий, базилярной артерии мозга липоглиалиноз и фибриноидный некроз. Лакунарные инфаркты представляют небольшие по величине (до 15 мм в диаметре) очаги ишемии, которые локализируются в белом веществе полушарий большого мозга (в перивентрикулярной области, базальных узлах и таламусе), в мозговом стволе и мозжечке. В процессе организации этих инфарктов образуется маленькая киста – лакуна.

Гемодинамические ишемические инсульты

обусловлены гипоперфузией головного мозга вследствие падения артериального давления ниже нижней границы ауторегуляции мозгового кровообращения. Артериальная гипотензия может быть вызвана передозировкой гипотензивных препаратов, ортостатической гипотензией, кровотечением, гиповолемией и т.п. Характерно наличие патологии экстра – и/или интракраниальных артерий: атеросклеротического поражения (множественное, комбинированное, эшелонированный стеноз); деформаций артерий с септальными стенозами; аномалий сосудистой системы мозга (разобщение виллизиева круга, гипоплазии артерий).

Реологический инсульт развивается вследствие гематологических нарушений (гиперкоагуляция, повышенная вязкость крови), предрасполагающих к развитию тромбозов в церебральных артериях.

Независимо от причины развитие острой церебральной ишемии запускает патобиохимические каскадные реакции, которые вызывают изменения нейронального пула, астроцитоз, микроглиальную активацию и сочетанную с ними дисфункцию трофического обеспечения мозга, приводящих к необратимому повреждению нервной ткани по механизмам некроза и апоптоза.

Каскадные реакции включают:

1. Снижение мозгового кровотока.
- 2.Выброс медиаторов возбуждения (аспартата и глутамата) с последующим возбуждением NMDA-рецепторов, приводящим к открытию Ca^{2+} -каналов.
3. Внутриклеточное накопление ионов Ca^{2+} .
4. Активацию всех видов ферментативной активности, в том числе протеаз и фосфолипаз, с разрушением клеточных мембран, структур клеточных органелл.
5. Возникновение и прогрессирование оксидантного стресса.
6. Экспрессию генов структур клеток с развитием депрессии пластических белковых и энергетических процессов.
7. Отдалённые последствия ишемии в форме местного воспаления, микроциркуляторных нарушений, повреждения гематоэнцефалического барьера.
8. Увеличение размеров и структурные повреждения эндотелиоцитов.
9. Нарушение церебральной микроциркуляции.
10. Формирование мембранных и морфологических нейроглиальных повреждений.

Зона инфаркта («ядерная» зона ишемии) с кровотоком ниже 10-15 мл/100 г ткани мозга в минуту формируется в течение 6-8 минут. Вокруг участка с необратимыми изменениями образуется область «критической перфузии» («пенумбра», «ишемическая полутень») с кровотоком выше 20 мл/100 г ткани мозга в минуту. В течение 3-6 часов («терапевтическое окно») клетки «пенумбры» могут сохранять свою жизнеспособ-

ность, что используется при проведении реперфузионной терапии.

Отёк головного мозга возникает вследствие повреждения клеточной мембраны и накопления воды в клетке (цитотоксический отёк) и нарастает из-за повреждения гематоэнцефалического барьера и попадания плазмы во внеклеточное пространство мозга (вазогенный отёк). Отёк мозга максимален при обширных атеротромботических и кардиоэмболических инсультах, может привести к геморрагической трансформации инфаркта (в 5% случаев).

Клиника

Ишемический инсульт обычно развивается в течение нескольких секунд или минут (реже – на протяжении часов или дней) и проявляется двигательными, чувствительными, речевыми и другими очаговыми неврологическими нарушениями.

Симптомы инсульта: «слабость в лице, руке, ноге», нарушение речи или её понимания, внезапное нарушение зрения, затруднение ходьбы, головокружение, нарушение координации, интенсивная головная боль неизвестной причины.

Атеротромботический инсульт (включая артерио-артериальную эмболию) характеризуется прерывистым ступенеобразным началом, с постепенным нарастанием симптоматики на протяжении часов или суток. Часто дебютирует во время сна. Типичным является наличие атеросклеротического поражения экстра и/или интракраниальных артерий (выраженный стенозирующий, окклюзирующий процесс, атеросклеротическая бляшка с неровной поверхностью, с прилежащим тромбом) на стороне, соответствующей очаговому поражению головного мозга. Ишемическому инсульту часто предшествуют транзиторные ишемические атаки. Размер очага поражения может варьировать от малого до обширного.

Ишемические инсульты в каротидной системе встречаются в 5-6 раз чаще, чем в вертебробазилярном бассейне.

Для окклюзии наружной сонной артерии характерны боль и онемение половины лица.

Закупорка общей сонной артерии проявляется оптико-пирамидным синдромом, окулопирамидным синдромом, снижением пульсации внутренней сонной артерии и височной артерии.

При стенозе сифона внутренней сонной артерии развиваются гемисиндромы, блефароспазм, афазия, нарушение других высших корковых функций.

Двухстороннее поражение сонных артерий характеризуется тетраплегией, может быть чередование симптомов разных полушарий.

Стеноз подключичной артерии проксимальнее начала позвоночной артерии сопровождается онемением, болями в руке. Физическая нагрузка на левую руку может привести к перераспределению кровотока от вертебробазилярного бассейна к артериям верхней конечности, что приводит к подключичному синдрому обкрадывания.

При закупорке прекраниального отдела позвоночной артерии наблюдается клиника тяжёлого альтернирующего синдрома с бульбарными нарушениями, перекрёстной гемиплегией, вынужденное положение головы – голова наклонена в сторону тромбоза и повернута в противоположную сторону.

Для окклюзии интракраниального отдела позвоночной артерии характерна тяжёлая клиника: внезапное начало, бурное нарастание симптомов, выраженные вегетативные проявления, нередко нарушается ритм дыхания.

Для окклюзии основной артерии типичны нарушения сознания, развитие синдрома «запертого человека», вегетативные расстройства, гипертермия, головная боль, головокружение системного характера, моно-тетрапарезы, изменение мышечного тонуса, горметония, псевдобульбарный синдром, альтернирующие синдромы ножки мозга и варолиева моста.

Кардиоэмболический инсульт характеризуется острым, внезапным появлением не-

врологической симптоматики у бодрствующего, активного пациента. Неврологический дефицит максимально выражен в дебюте заболевания. При проведении рентгеновской компьютерной или магнитно-резонансной томографии головного мозга выявляется средний или большой корково-подкорковый инфаркт, нередко наличие геморрагического компонента. Имеются анамнестические указания и КТ – и МРТ-признаки множественного очагового поражения мозга (в том числе «немые» инфаркты) в его различных бассейнах, вне зон смежного кровоснабжения. Обязательно наличие кардиальной патологии – источника эмболии. Типичным является отсутствие грубого атеросклеротического поражения сосуда проксимально по отношению к закупорке интракраниальной артерии. В анамнезе могут быть тромбоэмболии других органов.

При лакунарном инсульте имеет место предшествующая артериальная гипертензия. Начало чаще интермиттирующее, симптоматика нарастает в течение часов или дня. АД обычно повышено. Инфаркт локализуется в зоне кровоснабжения перфорантных артерий, чаще в области подкорковых ядер, прилежащего белого вещества семиоваль-

ного центра, внутренней капсулы, основании моста мозга. Размер очага – малый, до 1-1,5 см в диаметре, может не визуализироваться при КТ головного мозга. Типично наличие характерных неврологических синдромов (чисто двигательный, чисто чувствительный лакунарный синдром, атаксический гемипарез, дизартрия и монопарез; изолированный монопарез руки, ноги, лицевой и другие синдромы). Характерно отсутствие общемозговых и менингеальных симптомов, а также нарушений высших корковых функций при локализации очага в доминантном полушарии. Течение часто по типу «малого инсульта».

Лакунарный инсульт – понятие морфологическое; гетерогенен по своей сути при ведущей причине страдания мелких перфорантных артерий при артериальной гипертензии, но может быть результатом кардиогенной или артерио-артериальной эмболии малых сосудов.

Инсульт другой установленной этиологии включает пациентов с редкими причинами ишемического инсульта (неатеросклеротическая ангиопатия, заболевания крови, гиперкоагулопатия и др.). По данным КТ/МРТ головного мозга выявляется инфаркт мозга любого размера и любой локализации. При диагностических исследованиях должна быть выявлена одна из редких причин инфаркта мозга, исключены кардиальные источники эмболии и атеросклеротическое поражение церебральных артерий.

Инсульт неустановленной этиологии констатируют у пациентов с неустановленной причиной ишемического инсульта, а также у пациентов с двумя и более потенциальными причинами инсульта. Например, пациент с мерцательной аритмией и ипсилатеральным стенозом сонной артерии более 50%.

Гемодинамический инсульт характеризуется внезапным или ступенеобразным началом как у активно действующего пациента, так и у находящегося в покое. Локализуется очаг в зоне смежного кровоснабжения. Обязательно присутствие гемодинамического фактора: снижение АД (физиологическое – во время сна, после приёма пищи, горячей ванны и др.), а также ортостатическая, ятрогенная артериальная гипотензия, гиповолемия; падение минутного объёма сердца (уменьшение ударного объёма сердца вследствие ишемии миокарда, значительное урежение частоты сердечных сокращений).

Злокачественный инсульт обусловлен обширной паренхиматозной ишемией с постишемическим отёком и латеральным и/или аксиальным смещением ствола головного мозга и связан с первичной окклюзией проксимального отдела средней мозговой артерии, вызывающей инфаркт более чем в 50% зоны васкуляризации. Диагностика злокачественного инсульта является важным аспектом, определяющим тактику ведения

больного со своевременным, при соответствии критериям, нейрохирургическим вмешательством.

Диагностика

Диагноз ишемического инсульта основывается на остром развитии очаговых неврологических нарушений, характерных для поражения одного из сосудистых бассейнов мозга, и наличии факторов риска его развития.

Всем пациентам с подозрением на транзиторную ишемическую атаку (ТИА) или инсульт рекомендуется проведение КТ – или МРТ-исследования; методов сосудистой визуализации (ультразвуковая диагностика, КТ – или МР-ангиография); раннего клинического обследования, включающего оценку физиологических параметров, а также рутинных анализов крови; ЭКГ в 12 отведениях; холтеровского мониторирования ЭКГ при наличии аритмий и неустановленном варианте инсульта; эхокардиографии.

Проведение стандартной методики КТ головного мозга позволяет уточнить наличие или отсутствие внутричерепного кровоизлияния.

При отсутствии признаков кровоизлияния ранними признаками острой ишемии по данным КТ головного мозга могут быть следующие: снижение плотности мозгового вещества, отёк ткани мозга со сглаженностью границ борозд, извилин, подкорковых ядер, гиперденсивность артерий (тромбированная артерия) как высокоспецифичный признак внутрисосудистого тромбоза (симптом «точки» или «полосы» анатомического сегмента артерии). Наличие чёткой демаркационной линии ишемического очага на КТ свидетельствует о позднем обращении пациента – за пределами «терапевтического окна».

Для выявления нарушения микроциркуляции при инсульте или ТИА, а также определения жизнеспособных тканей мозга, пострадавших в результате острой ишемии и дифференциации с «масками инсульта» применимо перфузионное КТ-исследование с введением контрастного вещества.

Для выявления очага острой ишемии наиболее информативна методика диффузионной МРТ (DWI). При визуализации очага одновременно и равного по величине на DWI и FLAIR ишемический очаг расценивается как подострый. Свежие ишемические очаги видны на DWI уже после нескольких минут от начала ишемии и сохраняются в течение 7-10 дней. Это особенно актуально в диагностике инсультов в вертебробазилярном бассейне, лакунарных и небольших корковых очагов ишемии. Однако отсутствие ишемических очагов на DWI не всегда исключает диагноз инсульта.

Для выявления возможной окклюзии или аномалий магистральных сосудов головы и/или шеи с помощью МРТ также применяется ангиографическая методика 2D TOF SPGR или 3D TOF.

Для выяснения причины ишемического инсульта используют неинвазивные методы исследования сосудов – дуплексное и триплексное сканирование прецеребральных артерий головы и церебральных артерий и транскраниальную доплерографию церебральных артерий.

Селективная катетеризационная церебральная ангиография позволяет обнаружить стенозы, окклюзии, изъязвления, аневризму и другие патологические изменения в артериях.

Всем больным с ишемическим инсультом проводят ЭКГ, клинический анализ крови с определением числа тромбоцитов, анализ мочи, коагулограмму, биохимический анализ крови, исследование электролитов, газового состава крови, кислотно-щелочного состояния, рентгенографию органов грудной клетки.

Инсульт без указания на известный атероматозный процесс или артериальную гипертензию или кардиогенность требует тщательного дообследования с проведением более длительного холтеровского мониторирования, чреспищеводной эхокардиографии, эмболодетекции и «пузырьковой пробы» для исключения незаращения овального отверстия, лабораторной диагностики тромбофилии, антифосфолипидного синдрома, гемоцистеинемии, васкулитов и т.д.

Лечение

Вне зависимости от характера инсульта в острый период проводятся общемедицинские мероприятия – так называемая недифференцированная (базисная) терапия, направленная на обеспечение оптимального уровня функционирования физиологических систем, в частности, на предупреждение и лечение нарушений дыхания, а также купирование нарушений центральной гемодинамики

с мониторингом и коррекцией уровня оксигенации, АД, сердечной деятельности, основных параметров гомеостаза, с проведением контроля за глотанием, состоянием мочевого пузыря, кишечника, уходом за кожными покровами, пассивной гимнастикой, массажем.

Лечение сопутствующих неврологических нарушений включает борьбу с отёком мозга, терапию острой окклюзионной гидроцефалии, вторичного кровоизлияния в зону инфаркта, дислокации мозга.

Проводятся специальные методы лечения разных видов ишемических инсультов (реперфузия, хирургические методы).

Кроме того, осуществляется профилактика и терапия висцеральных осложнений (тромбозомболии лёгочной артерии, тромбозомболии глубоких вен нижних конечностей и т.п.).

Показано проведение ранних реабилитационных мероприятий, начиная с блока нейрореанимации, а также индивидуальной вторичной профилактики сосудистых событий (медикаментозной и хирургической).

Базисная терапия инсультов включает нормализацию функции внешнего дыхания, оксигенацию, при необходимости перевод на искусственную вентиляцию лёгких; регуляцию деятельности сердечно-сосудистой системы (гипотензивная, антиаритмическая, антиангинальная терапия; препараты, улучшающие функцию миокарда и т.п.); регуляцию гомеостаза (кислотно-щелочное состояние, глюкоза крови, водно-электролитный баланс); нейропротекцию (защита мозга от структурного повреждения); борьбу с отёком мозга; профилактику и лечение соматических осложнений (тромбозомболии лёгочной артерии и т.п.); симптоматическую терапию (противосудорожные, психотропные средства, анальгетики, антипиретики и т.п.).

Дифференцированная терапия ишемических инсультов подразумевает проведение специальных методов лечения, направленных на восстановление кровотока, устранение ишемии головного мозга (реперфузионная терапия). С этой целью осуществляются восстановление и поддержание системной гемодинамики, медикаментозный тромболитиз, гемангиокоррекция (антиагреганты, антикоагулянты).

Реперфузия целесообразна в течение 3-6 часов от развития ишемии головного мозга. Чем длительнее доперфузионный период, тем меньше шанс быстро нормализовать микроциркуляцию в зоне ишемии и тем выше риск реперфузионного повреждения. Вид реперфузионной терапии определяется патогенетическим вариантом инсульта.

Тромболитическая терапия проводится в течение 4,5 часа после начала ишемического инсульта. Используется рекомбинантный тканевой активатор фибриногена (rt-PA) (альтеплаза, актилизе) из расчёта 0,9 мг/кг, при этом 10% вводится внутривенно болюсно, остальная доза – внутривенно капельно в течение 60 минут. До начала тромболитиза и через 24 часа после его завершения проводится РКТ головного мозга для исключения геморрагических осложнений.

Показаниями к тромболитизу являются острый ишемический инсульт (не более 4,5 часа от начала); возраст до 80 лет; отсутствие по данным РКТ патологических изменений в головном мозгу или наличие очагового инфаркта без признаков кровоизлияния.

Противопоказания к тромболитизу включают: возраст старше 80 лет; лёгкое или очень тяжёлое течение инсульта; наличие обширного очага; угнетение сознания до сопора, комы; некорригированный сахарный диабет; АД более 180/100 мм рт.ст.; наличие геморрагического компонента; инсульт или черепно-мозговая травма в предшествующие 3 месяца; судорожный синдром; гепаринотерапия в предшествующие 6 часов.

Антикоагулянты уменьшают риск тромбоэмболии лёгочной артерии; назначаются при нарастающем тромбозе, доказанной кардиогенной эмболии (мерцательная аритмия, острый инфаркт миокарда, протезирование клапанов), ДВС-синдроме.

Противопоказаниями к применению антикоагулянтов являются: угнетение сознания до комы II-III, внутренние кровотечения; систолическое АД более 180-200 мм рт.ст. или менее 100 мм рт.ст.; судорожный синдром; заболевания печени, почек, язвенная болезнь.

Используются гепарин, низкомолекулярные гепарины (клексан 20-40 мг/сут или фраксипарин 0,4-0,9 мл/сут); непрямые антикоагулянты (варфарин – 2-5 мг/сут с подбором дозы в течение 5-7 дней под контролем МНО (2,0-3,0), 3-4 недели).

Антиагреганты назначаются с первых часов заболевания: аспирин (тромбо-асс) 325 мг в течение 48 часов после инсульта (если не планируется тромболитизис); клопидогрель (плавикс) 300 мг в первые 24 часа, затем 75 мг/сут.

Для профилактики ДВС-синдрома назначаются ингибиторы протеолиза: трасилол; контрикал, гордокс.

Вопрос о **хирургическом лечении** в соответствии с рекомендательным протоколом Ассоциации нейрохирургов РФ решается спустя месяц после развития ишемического инсульта. Более ранние вмешательства возможны при следующих условиях: до 24 часов после развития острой ишемии головного мозга при минимальном неврологическом дефиците (ТИА, малый инсульт) и наличии критического стеноза/острой окклюзии – попытка тромбэндартэктомии; спустя 2 недели после развития ишемического инсульта при минимальном неврологическом дефиците с тенденцией к регрессу при наличии критического стеноза (субокклюзии) – каротидная эндартэктомия. При массивном инсульте в бассейне средней мозговой артерии у лиц молодого возраста для снижения ВЧД проводится декомпрессивная трепанация черепа.

В «холодном» периоде завершённого инсульта (более 1 месяца) и при остальных клинических формах хронической церебральной ишемии показаниями к проведению хирургических вмешательств являются:

- Стеноз сонных артерий более 70% вне зависимости от наличия очаговой неврологической симптоматики; стеноз сонных артерий более 50% при наличии очаговой неврологической симптоматики.

- Гемодинамически значимые патологические деформации (локальный турбулентный кровоток в области деформации с повышением линейной скорости кровотока более 220 см/с или более чем в 3 раза по сравнению с базовыми величинами кровотока); повышение линейной скорости кровотока более 170 см/с (или более чем в 2 раза) – при наличии очаговой неврологической симптоматики.

- Окклюзии сонных артерий при субкомпенсации мозгового кровообращения в бассейне окклюзированной артерии (ундулирующий неврологический дефицит, ретроградный кровоток по глазничной артерии, асимметрия кровотока по данным транскраниальной доплерографии, истощенные или сниженные цереброваскулярные резервы); гемодинамически значимые стенозы первого сегмента позвоночных артерий при наличии клинической симптоматики; гемодинамически значимые стенозы или окклюзии подключичных артерий при развитии синдрома подключично-позвоночного обкрадывания.

При выявлении критического стеноза сонных артерий хирургическое лечение следует проводить в ускоренном порядке.

При выявлении патологических деформаций с умеренной гемодинамической значимостью (подъём линейной скорости кровотока со 170 до 220 см/с) у больных с общемозговой неврологической симптоматикой рекомендовано динамическое наблюдение (3-4 месяца) на фоне консервативной терапии, стабилизации АД.

Выявление синдрома подключично-позвоночного обкрадывания у больных с клинической картины вертебробазилярной недостаточности является показанием к цифровой субкраниальной ангиографии. При выявлении гемодинамически значимого стеноза проксимальных сегментов подключичной артерии показаны одномоментная ангиопластика и стентирование. В случае невозможности проведения стентировшей операции (извитость, окклюзия) показаны операции подключично/позвоночно-сонного шунтирования.

Приведём описание собственного случая лечения ишемического инсульта.

Большой К., 78 лет. Поступил в отделение для больных с ОНМК (нейрореанимация) ГКБ № 7 Казани 28 сентября 2014 г. с жалобами на головную боль, слабость и онемение в правых конечностях, головокружение, общую слабость.

Заболел остро, 28.09.2014 в 8:00 – на фоне головной боли развились слабость и онемение в правых конечностях. Доставлен в приёмный покой бригадой скорой медицинской помощи через 5,5 часа от начала заболевания.

Из анамнеза – страдает артериальной гипертензией, ИБС, стенокардией напряжения.

Объективно:

Общее состояние тяжёлое, обусловленное общемозговой симптоматикой, неврологическим дефицитом, соматической патологией. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Температура тела 36,6°С. Полость рта чистая, выпавший нет. Костно-скелетных деформаций нет. Подкожно-жировой слой не увеличен. Лимфатические узлы не увеличены. В лёгких при аускультации дыхание везикулярное, проводится во всех отделах, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. SpO₂ – 99%. Тоны сердца при аускультации приглушены, ритмичные. ЧСС – 50 в минуту. Пульс – 50 в минуту.

АД – 230/120 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, не увеличен, безболезненный во всех отделах. Перистальтика выслушивается. Печень при перкуссии не выступает из-под края рёберной дуги. Функции тазовых органов контролирует.

Неврологический статус:

Уровень сознания по шкале комы Глазго 14 баллов, оглушение 1-й степени. Шкала инсульта NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) – 8 баллов, модифицированная шкала Рэнкина – 4 балла, индекс мобильности Ривермид – 1 балл, шкала Бартель – 4 балла; шкала оценки риска повторного инсульта ESRS (Essen Stroke Risk Score) – 4 балла. Черепно-мозговые нервы: зрачки D=S. Фотореакции живые, равные. Глазные щели D=S. Движения глазных яблок не ограничены. Нистагма нет. Лицо асимметрично – сглажена правая носогубная складка. Речь и глотание не нарушены. Язык по средней линии. Правосторонняя гемигипестезия. Мышечная сила в правых конечностях снижена до 2,5-3 баллов в руке, 3-3,5 балла в ноге, в левых конечностях сила 5 баллов. Сухожильные рефлексы живые, D > S. Патологические рефлексы: Вендеровича, аналог Россолимо с двух сторон. Координаторные пробы справа не выполняет из-за пареза. Мышечный тонус в правых конечностях несколько снижен. Менингеальные знаки: отрицательные.

Компьютерная томография головного мозга от 28.09.2014. Дифференциация серого и белого вещества отчётливая. Очагов с изменённой плотностью в веществе мозга не выявлено. Срединные структуры не смещены. Желудочки головного мозга не расширены, не деформированы. Субарахноидальные конвексительные пространства и борозды головного мозга расширены. Область турецкого седла без особенностей. Объёмных образований мозжечка и мостомозжечковых углов не выявлено. Миндалики мозжечка выше большого затылочного отверстия. Придаточные пазухи носа развиты нормально, в обеих верхнечелюстных пазухах кисты, справа с полипозным компонентом. Ячейки сосцевидных отростков без особенностей. Заключение: по КТ-картине данных за ОНМК на момент исследования не обнаружено.

Компьютерная томография головного мозга от 29.09.2014. Дифференциация серого и белого вещества отчётливая. Очагов патологической плотности вещества головного мозга не выявлено. Обызвествление в области базальных ядер слева. Желудочки и конвексительные пространства умеренно расширены. Срединные структуры не смещены. Гипофиз располагается эндоселлярно, структура не изменена. Параселлярные пространства без особенностей. Орбиты без дополнительных образований, зрительные нервы не утолщены. Внутренние слуховые проходы не расширены. Объёмных образований мозжечка и мостомозжечковых углов не выявлено. Обызвествление стенок позвоночных артерий, сифонов внутренних сонных артерий. Пристеночное утолщение слизистой альвеолярных бухт обеих верхнечелюстных пазух. Заключение: КТ-данных за ОНМК на момент исследования не выявлено.

Экстракраниальное дуплексное сканирование сосудов от 28.09.2014. Эхо-признаки атеросклеротического поражения сосудов, стенозирующая стадия. Стеноз общей сонной артерии до 30% справа, до 40-45% слева, внутренней сонной артерии до 40% справа, до 50-55% слева, подключичной артерии справа до 30%. Сосуды на всём видимом протяжении проходимы, стенки сосудов неравномерно уплотнены, локально утолщены. Спектр-инволюция. Линейная скорость кровотока во внутренней сонной артерии слева повышена. Извитость позвоночных артерий с двух сторон.

Магнитно-резонансная томография головного мозга от 08.10.2014. Форма черепа мезоцефалическая. Полушария мозга симметричны. Дифференциация серого и белого вещества отчётливая. Перивентрикулярно и субкортикально определяются очаги изменённого сигнала размерами от 3 до 5 мм. В левой теменной области ближе к субкортикальной зоне определяется очаг ишемических изменений размерами 13х6х8 мм, гиперинтенсивный в T2, DWI, FLAIR. Желудочки головного мозга правильной формы, боковые желудочки расположены симметрично, 3-й и 4-й – по средней линии. Незначительный перивентрикулярный глиоз. Срединные структуры не смещены. Ликворопроводящие пути не сужены, блокады ликворотока не выявлено.

(Окончание следует.)

Ирина СУЛТАНОВА,
доцент,
кандидат медицинских наук.

**Казанская государственная
медицинская академия.**

В Саратове прошла межрегиональная научно-практическая конференция, посвящённая актуальным вопросам противотуберкулёзной помощи населению Приволжского федерального округа (ПФО). Она собрала представителей 14 регионов округа. Участники форума как местного региона, там и коллеги из Москвы, отмечали, что современный туберкулёз представляет большую опасность. Несмотря на все сложности, противотуберкулёзная служба Российской Федерации, ПФО и Саратовской области достигла некоторых успехов.

Открывая конференцию, заместитель министра здравоохранения Саратовской области Наталья Мазина подчеркнула, что показатель заболеваемости туберкулёзом в Саратовской области за последние 3 года снизился на 8%, с 61,5 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 56,6 в 2014 г. Показатель смертности от активного туберкулёза – на 14,4%, с 9,7 в 2012 г. до 8,3 в 2014 г. (по РФ – 9,8). Эффективность лечения соответствует установленным государственным программами критериям. В области успешно реализуется государственная программа «Развитие здравоохранения Саратовской области до 2020 г.», в рамках которой противотуберкулёзная служба региона полностью обеспечена противотуберкулёзными препаратами, что позитивно сказалось на эффективности лечения. В Министерстве здравоохранения Саратовской области с 1998 г. функционирует координационный совет по оказанию противотуберкулёзной помощи.

Проректор по научной работе Саратовского медицинского университета им. В.И.Разумовского профессор Юрий Черненко высказал тревогу по поводу того, что во фтизиатрической службе существует ещё немало нерешённых проблем, связанных со своевременной диагностикой,

Итоги и прогнозы

С надеждой и уверенностью

В Приволжском федеральном округе собрались ведущие фтизиатры

распространением лекарственной устойчивости возбудителя, успешным лечением больных с сочетанием туберкулёза и ВИЧ-инфекции и т.д.

Главный детский фтизиатр Минздрава России профессор Валентина Аксёнова обозначила проблемы в организации противотуберкулёзной помощи детям и пути их решения. По её мнению, одним из наиболее значимых направлений предупреждения развития туберкулёза у детей является качественная вакцинопрофилактика. Современная концепция организации противотуберкулёзной помощи детскому населению России включает в себя 4 направления: выявление пациентов с наибольшим риском заболевания, проведение контролируемого лечения детей с различными проявлениями туберкулёзной инфекции; своевременная и качественная диагностика локальных форм; полноценное лечение с формированием минимальных остаточных изменений.

С вниманием коллеги выслушали анализ эпидемической ситуации по туберкулёзу в округе, с которым выступила главный фтизиатр ПФО и Министерства здравоохранения Саратовской области, главный врач областного клинического противотуберкулёзного диспансера, профессор Татьяна Морозова.

«Приволжский федеральный округ по уровню организации противотуберкулёзной помощи и эпидемическим показателям занимает четвёртое место среди 9 российских федеральных округов. Сегодня ситуация такова, что в стране отмечается явный тренд

на снижение эпидпоказателей по туберкулёзу, – сказала Татьяна Ивановна. – Однакостораживают цифры формирования лекарственно-устойчивых форм туберкулёза, каждый шестой среди впервые выявленных больных имеет ВИЧ-статус, что на 15% выше показателей 2013 г. Обнадёживает результативность разработки новых подходов к диагностике и лечению больных туберкулёзом на федеральном уровне. Последний приказ Минздрава России № 951 от 29.12.2014 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулёза органов дыхания» подлечит обязательному внедрению в Приволжском федеральном округе.

Заместитель директора по научной работе Центрального НИИ туберкулёза Ольга Демикова рассказала о новых кадровых изменениях, произошедших в институте. В 2014 г. ушёл из жизни Владимир Ерохин – директор ЦНИИТ, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, президент Российского общества фтизиатров, который 15 лет возглавлял один из ведущих институтов по туберкулёзу в России. Присутствующие минутой молчания почтили память талантливого учёного и прекрасного человека.

О.Демикова отметила, что в 2013 г. ключевая роль в ликвидации глобальной эпидемии туберкулёза в мире принад-



Татьяна Морозова

лежит научным исследованиям. У России есть свои достижения. Например, разработана стратегия ускоренной лабораторной диагностики туберкулёза и определения лекарственной устойчивости МБТ, синтезирован рекомбинантный белок ESAT-CFP10 для создания нового кожного теста на туберкулёз Диаскинтест, разработаны и внедрены в клиническую практику ЦНИИТ уникальные технологии для диагностики и лечения больных распространёнными формами туберкулёза лёгких, клеточные технологии и применение препаратов сурфактанта и т.д. В завершение О.Демикова подчеркнула важность успехов фундаментальных исследований и достижений трансляционной медицины во фтизиатрии, что «вызывает надежду и осторожную

уверенность, что эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в России может значительно улучшиться уже в ближайшее время».

Заболеваемость туберкулёзом во многих странах, в том числе и в России, увеличивают миграционные потоки населения. Свой опыт работы с мигрантами продемонстрировали директор Московского научно-практического центра борьбы с туберкулёзом, главный фтизиатр Департамента здравоохранения Москвы, доктор медицинских наук Елена Богородская и главный врач Оренбургского областного клинического противотуберкулёзного диспансера кандидат медицинских наук Сергей Чуркин.

Одним из важных этапов в реабилитации больных является санаторно-курортное лечение. Главный врач федерального туберкулёзного санатория «Глуховская» Ильдус Фархшатов (Республика Башкортостан) рассказал об эффективности лечения взрослых больных туберкулёзом мочевыделительных и половых органов, а также для оздоровления лиц, имеющих профессиональный контакт с больными.

В ходе обсуждений и дискуссий участники форума коснулись большинства острых вопросов оказания специализированной фтизиатрической помощи населению Приволжского федерального округа и наметили меры по дальнейшему повышению качества выявления, диагностики, лечения и реабилитации больных туберкулёзом.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Саратов.

События

Мы не индивидуалисты, мы — команда!

Зачем предпочли галстукам футболки на IV Всероссийском форуме студентов медицинских и фармацевтических вузов России?

224 посланца более полусотни отечественных университетов и академий, готовящих врачей и провизоров, на 3 дня сменили строгие деловые костюмы и платья на зелёные, синие, красные и жёлтые футболки с логотипом IV Всероссийского форума студентов медицинских и фармацевтических вузов России.

Призыв директора Департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава России Татьяны Семёновой на церемонии открытия высокого собрания к его участникам, не выходя из зала, приодеться в заранее презентованную форменную одежду для того, чтобы сразу почувствовать себя единой командой, стал для многих неожиданным сюрпризом. А вот другие организационные новшества, куда более серьёзные, изменившие структуру и содержание ежегодного форума, каковыми, в том числе, и запомнится четвёртая по счёту встреча студенческой братии, были предсказуемы.

На подведении итогов прошлогоднего съезда студенческих умов и талантов в Санкт-Петербурге пожеланий и советов, как сделать обмен знаниями и опытом в сфере учёбы и общественной жизни бо-

лее продуктивным, прозвучало немало. Не дело, когда в разговоре об острых проблемах верховодят мелкотравчатость, поверхностные эмоции и мотивации. Тогда Татьяна Семёнова дала обещание упрёки и предложения учесть. После их анализа специалисты департамента пришли к мнению о необходимости основательного пересмотра содержания всей «проблемной тарелки», вокруг которой усаживаются делегаты студенческих коллективов.

Организаторы не тронули традицию проводить студенческие посиделки в стенах Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова. Они и впредь будут проходить под гостеприимным патронажем ректора профессора Отари Хурцилавы и всего возглавляемого им 7-тысячного коллектива преподавателей, студентов и аспирантов СЗГМУ. «Коронное блюдо» форума – тематические «круглые столы» остались в неприкосновенности лишь частично. В этот раз, как и в предыдущем году, их состоялось 4. Только ныне они посвящены вопросам, которые интересовали студентов в течение года и которые весьма актуальны на взгляд Департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава России.

Работу «круглых столов» по темам: «Научные направления в образовательных организациях», «Оценка качества образования в медицинских вузах», «Роль студенческих организаций в деятельности вуза», «Внеучебная деятельность обучающихся» возглавляли модераторы и эксперты из числа специалистов Министерства образования и науки РФ, образовательных учреждений Минздрава России, а также сотрудники иных государственных и коммерческих структур. Среди них были, например, руководитель общественного движения «Студенты за качественное образование», заместитель председателя комиссии по вопросам качества образования Совета Минобрнауки России по делам молодёжи Валерия Зотова, руководитель программ Открытого университета Сколково Елена Дирюгина, председатель Экспертного совета по вопросам обучающихся в учреждениях профессионального образования при Комитете Госдумы РФ по образованию Эдуард Темнов.

Привлечение к обсуждению важнейших вопросов специалистов экстра-класса – ещё одно достижение «переформатированного» форума, явно прибавившего в части профессионализма и компетенций приглашённых гостей.

Лучшие из лучших чиновников и бизнесменов, врачей и учёных также делились своими знаниями и опытом со студентами, когда те принимали участие в секционных заседаниях, занимались в тренинговых группах, мастер-классах, оттачивали навыки работы в команде.

Поскольку форум проходил накануне 70-летия Великой Победы и в Национальный год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, его участники не обошли вниманием два этих события. Студенты-медики устроили в центре Северной столицы флэш-моб: по желанию петербуржцев и гостей города измеряли у них артериальное давление и снимали антропологические данные, раздавали прохожим информационные материалы о факторах развития риска инфарктов и инсультов. Кроме того, в картинной галерее и коридорах главного здания СЗГМУ медицинские и фармацевтические вузы развернули привезённые из разных концов страны творческие работы студентов, оформленные в виде выставок под названием: «Победа. 70 лет!» и экспозиций на тему профилактики и лечения ССЗ. Авторы 10 работ, которые были названы лучшими в результате письменного голосования, получили призы и дипломы.

Не уехали домой без наград и

победители состязаний, организованных в спорткомплексе 1-го Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова. Связь медицины и спорта естественна и органична, однако в программу только нынешнего молодёжного форума организаторы внесли «спортивный пункт».

Вне сомнения, ярких красок в воспоминаниях студентов о трёх мартовских днях, проведённых в блистательном Санкт-Петербурге в общении со сверстниками, избравшими делом жизни врачебную профессию, добавит общение с министром. В этот раз так называемая беседа без галстуков длилась более часа. Вероника Скворцова, не изменяя сложившейся традиции, рассказала о происходящих переменах в нашем здравоохранении, ответила на десятки вопросов студенческой аудитории.

Завершился масштабный форум принятием Этического кодекса обучающегося (его проект был разработан по предложению участников прошлой годней встречи и вынесен на открытое обсуждение), а также итоговой резолюции.

Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Улучшить качество и увеличить продолжительность жизни людей с сахарным диабетом, дать им возможность жить полноценной жизнью наравне со здоровыми людьми – именно в этом заключается главная цель терапии данного заболевания. Но, несмотря на значительный прогресс в области диабетологии, которым ознаменовались последние десятилетия, эндокринологи отмечают, что достичь целевых показателей гликемии удаётся немногим пациентам.

Краеугольным камнем эффективного лечения является участие пациентов (а точнее, отсутствие этого участия) в улучшении собственного состояния.

На недавнем VII Всероссийском диабетологическом конгрессе доктор эндокринологии, член Американской коллегии эндокринологов Леонард Гласс представил результаты исследования, которое призвано помочь врачам вовлечь пациентов в процесс лечения и тем самым улучшить результаты терапии.

После его выступления нам удалось задать известному исследователю в области диабетологии несколько вопросов.

– Как правило, многие врачи отмечают низкую вовлечённость пациентов с сахарным диабетом в управление своим заболеванием, причём вне зависимости от вида получаемой терапии. В чём причина?

– Мы прекрасно знаем, что сахарный диабет 2-го типа – это прогрессирующее заболевание. Поэтому, когда не удаётся достичь должного контроля гликемии, несмотря на приём таблетированных сахароснижающих препаратов, а также правильное питание и здоровый образ жизни, необходимо начинать введение инсулина. Некоторые пациенты могут достичь компенсации заболевания после начала инсулинотерапии, другим же может потребоваться её интенсификация.

Хотел бы отметить, что как старт, так и интенсификация инсулинотерапии являются важными этапами управления сахарным диабетом 2-го типа. Они призваны помочь достичь целей терапии и снизить тяжесть осложнений, связанных с заболеванием. Однако, если врачи воспринимают старт и интенсификацию инсулинотерапии как следующую ступень лечения, то пациенты могут иметь ложное представление на этот счёт, будут бояться инсулина и многочисленных инъекций. Все эти опасения могут стать серьёзным препятствием для достижения целей гликемии.

– Каким образом, по вашему мнению, должна быть выстроена эффективная коммуникация врач – пациент, чтобы не только вовлечь последнего в процессе контроля заболевания, но и повысить уровень его ответственности?

– Коммуникация между врачом и пациентом является ключевой проблемой и на старте, и на этапе интенсификации инсулинотерапии. Как правило, врачи больше

Авторитетное мнение

В содружестве с пациентом

Только так медики могут добиться успехов в лечении сахарного диабета

сосредоточены на клинических показателях и схеме лечения. Пациенты же воспринимают ситуацию иначе. Они фокусируются на своём самочувствии, мыслях и переживаниях. Но для того, чтобы улучшить результаты терапии, мы должны вовлечь их в процесс управления своим заболеванием, сделать партнёром! Помимо назначения медикаментозной терапии мы должны добиться, чтобы пациент активно участвовал в принятии решения о выборе терапии и воплощении этого решения в жизнь. Только в таком диалоге мы можем найти индивидуальный подход.

Ещё одним важным фактором успешности терапии является её простота. Чем проще и понятнее терапия для пациента, тем выше вероятность его приверженности к назначенному лечению и тем лучших результатов мы вправе ожидать.

– На Всероссийском диабетологическом конгрессе были представлены данные исследования, одним из авторов которого вы являетесь. Расскажите, пожалуйста, в чём заключалась суть исследования и какие ставились цели?

– Довольно часто врачи выбирают схему лечения ещё до общения

с самим пациентом. Как я уже говорил, наша задача – партнёрство. Это – залог правильного подбора индивидуальной терапии и успешного лечения. Поэтому мы решили провести первое рандомизированное исследование сравнения двух схем инициации и самостоятельной титрации прандиального инсулина (то есть ультракороткого аналога) у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа.

Изначально все пациенты получали базальный инсулин в комбинации с пероральными сахароснижающими препаратами. Нам было необходимо вначале перевести всех на один базальный инсулин

инсулина пациентом. В первой группе пациенты проводили титрацию на ежедневной основе, добавляя или уменьшая дозу прандиального инсулина, ориентируясь на уровень гликемии перед следующим приёмом пищи. Так, доза инсулина перед завтраком корректировалась по уровню гликемии перед обедом за предыдущий день.

Во второй группе титрация пациентами осуществлялась раз в 3 дня, исходя из среднего значения гликемии перед следующим приёмом пищи за предыдущие 3 дня. Важно отметить, что участвовавшим в исследовании не нужно

– Как правило, этап интенсификации инсулинотерапии повышает риск развития гипогликемии – одного из самых пугающих осложнений у больных сахарным диабетом. Насколько данный подход был безопасным для участвовавших в исследовании?

– Действительно, ключевыми моментами в лечении сахарного диабета являются безопасность терапии и снижение риска развития гипогликемии. Однако мы всегда должны помнить, что все больные на инсулинотерапии неизбежно испытывают гипогликемию. Поэтому наиболее важная информация, которой должен располагать врач, – это частота и тяжесть гипогликемических реакций. Мы также должны убедиться в том, что пациент может самостоятельно распознать гипогликемию и управлять ею.

Исследование показало, что частота общих гипогликемических реакций наблюдалась редко – не более 41 эпизода в год, а тяжёлая гипогликемия очень редко – не более 0,11 эпизода в год. В то же время частота гипогликемических реакций статистически не отличалась в группах, титровавших инсулин ежедневно и раз в 3 дня.

– Правильно ли я поняла, что алгоритм, представленный в исследовании, поможет вовлечь пациентов в лечение и повысить эффективность терапии?

– Оба алгоритма продемонстрировали свою эффективность через статистически значимое и клинически эквивалентное снижение уровня гликированного гемоглобина. Так, используя любой из двух алгоритмов титрации, порядка 50% пациентов, которые были не компенсированы на терапии базальным инсулином в комбинации с пероральными сахароснижающими препаратами, достигли целевых показателей гликемии с низкой вариабельностью содержания глюкозы в крови. При этом 61% пациентов достигли целей терапии с помощью двух и менее инъекций прандиального инсулина, а не в полном базальном режиме.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что последовательное добавление прандиального инсулина может быть простым, эффективным и не требовать дополнительных усилий со стороны как врача, так и пациента.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Современные технологии

Врачи отделения нейрохирургии Красноярской краевой клинической больницы успешно выполнили операцию пациенту с диагнозом «хроническая гематома мозга».

Само словосочетание «хроническая гематома» применительно к головному мозгу звучит парадоксально, ведь в привычном представлении кровоизлияние в этот орган есть катастрофа с трагическим финалом в ближайшей перспективе. А в данном случае хирургам пришлось иметь дело с объёмным скоплением крови... 7-летней давности.

24-летний парень, житель одного из районов Красноярского края, 7 лет назад в результате хулиганского нападения получил черепно-мозговую травму. Тогда его лечением занимались врачи районной больницы, обошлось без операции. Функции центральной нервной системы у пациента были сохранены, но беспокоила общемозговая симптоматика – слабость в левой руке и ноге, головная боль, в связи с чем он наблюдался и периодически лечился у невролога.

Как пояснили в краевой клинической больнице, в начале нынешнего года состояние мужчины

К вопросу о пользе томографов... Неожиданный финал рядовой травмы



Томограммы до и после оперативного лечения

ухудшилось, усилились слабость в конечностях и головные боли. Результат компьютерной томографии обескуражил: на снимках явственно видно образование размером 7,5 x 3,5 см, которое сдавило уча-

сток головного мозга. До операции у нейрохирургов ещё оставались сомнения в том, гематома это или костная опухоль, но гистологический анализ удалённого образования подтвердил диагноз гематомы:

толщина стенок кальцифицированной гематомы была почти равна толщине костей черепа, – поясняет нейрохирург Красноярской ККБ доктор медицинских наук Павел Шнякин.

внутри костной капсулы оказалась жидкая старая кровь.

– Мы с коллегами часто оперируем пациентов с гематомами, но впервые столкнулись с ситуацией, когда гематома со всех сторон кальцифицировалась, то есть сгустки крови фактически превратились в кость. Причём

Сопоставив факты и сроки, медики пришли к выводу: эта гематома образовалась у пациента после той самой черепно-мозговой травмы. Сам факт, что мужчина долго и относительно благополучно жил с таким «сюрпризом» в голове, они считают везением, ведь обычно эпидуральные гематомы оказываются фатальными или приводят к возникновению посттравматической эпилепсии.

С хирургической точки зрения, по словам Павла Шнякина, ничего особенно трудного в данном случае, к счастью, не было. Операция прошла без осложнений, молодой человек ушёл из стационара на своих ногах, общемозговая симптоматика у него регрессировала. В целом, говорит нейрохирург, прогноз после хирургического лечения у пациента хороший.

Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Красноярск.

Значимость данного мероприятия объясняется уже тем, что его посетили более 1000 специалистов из 18 стран мира. Такие цифры позволяют назвать прошедший конгресс самым крупным съездом специалистов в области лечения заболеваний нижних отделов желудочно-кишечного тракта в истории нашей страны. Помимо ведущих специалистов из таких стран, как Великобритания, США, Франция и Германия, среди делегатов конгресса были и представители Монако, Турции, Кении и Туниса. Организаторами конференции выступили Ассоциация колопроктологов России, а также Европейское общество колопроктологов. Примечательно также, что конгресс приурочен к полувековому юбилею Государственного научного центра колопроктологии им. А.Н.Рыжих.

Помимо онкологических заболеваний, центральной темой конгресса стал язвенный колит и болезнь Крона – коварные по своему течению заболевания, в большинстве случаев поражающие ободочную и прямую кишки, а также ведущие к долгой мучительной смерти пациента. Что характерно, эти заболевания диагностируются у молодых людей.

«Я заметил такую особенность, – заявил президент Европейского общества колопроктологов, президент Российской ассоциации колопроктологов и директор ГНЦК им. А.Н.Рыжих Юрий Шельгин, – почти все наши пациенты с такими заболеваниями – молодые и красивые люди. Не очень привлекательных или непривлекательных почти нет. Факторы, объясняющие их появление, по-прежнему не выявлены, как и зависимость между внешней привлекательностью и возникновением этих заболеваний», – добавил он.

Эксперты со всего мира уверены: пациенты с болезнью Крона в общей массе являются значительно более сложными, чем даже те, у кого диагностирован рак, так как это тяжелейшее во всех отношениях заболевание практически всегда сопровождается серьезными осложнениями.

«В мире наблюдается фактически эпидемия язвенного колита и болезни Крона, – отметил Томаш Скричка, экс-президент Европейского общества колопроктологов. Чехия – чемпион по количеству таких случаев, это стало настоящим социальным бедствием. Поэтому у нас граждане имеют возможность бесплатно ежегодно обследоваться в специализированных клиниках».

Так, по прогнозам экспертов, количество пациентов с диагностированным язвенным колитом и болезнью Крона в мире уже в 2016 г. увеличится на 3-5% по сравнению с годом нынешним. Что примечательно, учёные по-прежнему не могут дать точного объяснения этиологии этого заболевания.

Однако, согласно мнению ведущих участников конгресса, косвенно на её распространение может влиять как употребляемая пища, так и экология. «Не секрет, что сейчас для увеличения производительности в пищевой индустрии используются антибиотики, гормо-

нальные препараты и химические удобрения, но степень их влияния на людей может быть определена не раньше чем через 10 лет», – сказал Ю.Шельгин.

Кроме того, язвенный колит и болезнь Крона наибольшее распространение демонстрируют именно в развитых странах – в государствах со сравнительно небольшим количеством промышленных предприятий их фактически нет.

В настоящее время главной задачей мирового медицинского сообщества является обеспечение качества жизни больных, перенёвших хирургические вмешательства на нижних отделах желудочно-кишечного тракта. В частности, на конгрессе была представлена новая технология пересадки феталь-

ноднако в ряде случаев необходимо полное исследование генома. Наиболее точным методом диагностики является колоноскопия – процедура, которую рекомендуется проходить каждому человеку в возрасте 50 лет и старше. Более того, недавно специалистами ГНЦК им. А.Н.Рыжих был отмечен удивительный феномен: у ряда диагностируемых, не демонстрирующих явных признаков наследственных онкологических заболеваний, в процессе обследования обычные клетки становятся стволовыми, что является пока неизученным, но очень тревожным фактором прогноза.

«Мы должны стремиться к тому, чтобы всё население России имело доступ к грамотному обследованию – и колит, и болезнь Крона,



Выступает Юрий Шельгин

Деловые встречи

На повестке дня – практическая проктология

В Москве прошёл Московский международный конгресс колопроктологов



Аудитория конгресса

ных клеток. Эта технология, разработанная коллективом сотрудников ГНЦК им. А.Н.Рыжих совместно с рядом других институтов, помогает восстановить слизистую оболочку, которая удаляется при проведении хирургических вмешательств.

«Скоро должен выйти специальный закон об использовании клеточных технологий, и мы активно сотрудничаем с биологическим факультетом МГУ им. М.В.Ломоносова, ищем новые направления деятельности», – рассказал Ю.Шельгин.

Впрочем, учёные не советуют переоценивать генетические исследования. В случае наследственных онкологических заболеваний или проявлений одной из описанных мутаций генов, вызывающих злокачественные новообразования, они являются достаточно надёжными,

и даже рак можно победить, если вовремя узнать о его приближении, – уверен Ю.Шельгин. – Современные технологии это позволяют. У нас в стране сохраняется проблема дефицита кадров, ведь последними технологиями надо уметь пользоваться. Однако у нас, в отличие от многих других стран, есть специальность «колопроктолог», ежегодно количество специалистов нашего профиля растёт. Затраты на диагностику хоть и существенные, но не безумно высокие. Обеспечить доступ всех людей в нашей огромной стране к новым средствам диагностики – дело недешёвое и крайне сложное административно. Но если запустить этот процесс сейчас, эти вложения окупятся сторицей, ведь диагностика и лечение на ранних стадиях во много раз дешевле и

проще, чем хирургическое вмешательство и последующая реабилитация», – пояснил эксперт.

«Профилактики данной группы заболеваний как таковой не существует, – заметил Марек Щепковский, региональный представитель Европейского общества колопроктологов. – Однако могу сказать, что счастливые люди болеют реже. Прямая кишка, как антенна, улавливает всё, что происходит в нашем организме. Поэтому доброта, смех, любовь близких, положительные эмоции и самодисциплина являются единственными и пока самыми эффективными средствами профилактики», – не без иронии заключил он.

Как известно, Европейское общество колопроктологов (ESCP) сформировалось в 2005 г. путём объединения Европейской ассо-

циации колопроктологов (EACP) и Европейского совета колопроктологов (ECCP) в качестве некоммерческой организации с выборной должностью президента общества. Организация зарегистрирована в Шотландии и действует на основании Закона Великобритании «О компаниях» от 1985 г. Общество занимается поддержкой научных исследований, обменом знаниями и лучшими практиками в области колопроктологии в Европе.

В заключение мероприятия Ю.Шельгин поблагодарил всех участников конгресса и выразил надежду на дальнейшее сотрудничество на самом высоком международном уровне. По его мнению, только такой принцип работы может привести к каким-либо успехам на поприще сражения с заболеваниями нижних отделов пищеварительной системы.

«Было нелегко собрать конгресс в связи с международной обстановкой. Однако нам это удалось, и это лишний раз доказывает, что медицина – всегда вне политики. Но этого мало: она должна быть вне экономики. Кризисы были, будут и никогда не исчезнут, но будет время и между кризисами. Нужно хотеть что-то сделать. Сдаваться нельзя ни в коем случае. Мы не старались замереть и переждать, мы старались искать решения – и нашли. Благо, наш Минздрав возглавляет опытный клиницист, и Веронике Игоревне Скорцовоой не нужно лишний раз объяснять важность нашей работы. Она сама это прекрасно понимает и идёт нам навстречу во всём», – резюмировал Ю.Шельгин.

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Сити!

Фото Александра ХУДАСОВА.

Новости

На сегодняшний день в базе краевой станции переливания крови есть сведения на 23 тыс. доноров. Госзадание для Приморья – 15 тыс. л донорской крови в год – выполнено. Данный объём полностью обеспечивает потребность лечебно-профилактических учреждений Приморского края в безопасных компонентах крови, с запасом на случай экстренных и чрезвычайных ситуаций.

Показатели работы службы крови в крае находятся на высоте. Так, жи-

Приморье донорами прирастает

тели региона в 2014 г. сдали кровь 25 тыс. раз. Четвёртая часть всех полученных компонентов донорской крови идёт на нужды профильных онкологических и онкогематологических учреждений здравоохранения края.

– Значительную часть полученных компонентов крови составляет концентрат тромбоцитов, – поясняет главный врач краевой станции переливания крови Ольга Горева. –

Более 13 тыс. доз этого концентрата пошли на лечение онкологических и онкогематологических пациентов. В настоящее время в Приморье на тысячу жителей приходится 12 доноров, в 2013 г. было 11,7. Как видим, число доноров растёт. В неделю мы принимаем от 500 до 700 человек. Около 100 приморцев становятся еженедельно донорами впервые. Поэтому сегодня с донорской кровью проблем нет.

Напомним, в конце февраля 62 жителя Приморья удостоены гордого звания «Почётный донор России». В соответствии со статьёй 23 Федерального закона № 125-ФЗ от 20.07.2012 «О донорстве крови и её компонентов» награждаются граждане, сдавшие безвозмездно кровь и (или) её компоненты (за исключением плазмы крови) 40 и более раз или плазму крови 60 и более раз.

Помимо знаков отличия, звание «Почётный донор России» даёт и льготы. Для таких людей предусмотрены внеочередное лечение, льготные путёвки на отдых и ежегодная денежная выплата в размере 11 тыс. руб.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Исследования

Молодым
и хмель
полезен

Содержащийся в хмеле флавоноид ксантогумол улучшает умственные способности молодых мышей, выяснили исследователи из Университета штата Орегон (США). При этом у пожилых особей этого эффекта не наблюдается.

Флавоноиды, как известно, представляют собой группу природных биологически активных соединений, содержащихся в растениях. Как правило, именно от флавоноидов зависит цвет фруктов, овощей и трав. Считается, что наиболее высокое содержание флавоноидов — в чернике, красном винограде, зелёном чае, какао бобах. В последние годы интерес к флавоноидам повысился из-за найденных у них полезных для здоровья человека свойств.

Так, у некоторых из них была выявлена антираковая активность, противовоспалительные свойства, позитивное влияние на сердечно-сосудистую систему и когнитивную функцию. В частности, у ксантогумола была обнаружена способность ускорять обмен веществ и снижать уровень жирных кислот в печени, что предположительно даёт возможность использовать его при терапии предвестника диабета — метаболического синдрома, связанного с избыточной массой тела, высоким артериальным давлением и другими симптомами, включая возрастное ухудшение памяти. На этот раз учёные изучили действие высоких доз ксантогумола на естественный биологический процесс палмиитоилирования белков, который играет ключевую роль в поддержании синаптической пластичности, непосредственно связанной с обучаемостью, когнитивной гибкостью и памятью. Известно, что с возрастом в процессе палмиитоилирования некоторых белков в тканях головного мозга происходят негативные изменения, что ведёт к ухудшению памяти.

Эксперимент показал, что после 8 недель получения высоких доз флавоноида умственные способности мышей значительно улучшились, они стали более обучаемыми и лучше адаптировались при изменении условий окружающей среды. Однако этот эффект проявился только у молодых особей. На палмиитоилирование нейронных белков и, соответственно, когнитивную функцию пожилых мышей приём ксантогумола не оказал никакого воздействия.

Как отмечают авторы, для того, чтобы получить дозу ксантогумола, эквивалентную той, что получали мыши в ходе эксперимента, человеку необходимо выпивать 2 тыс. л пива в день. Поэтому использование этого флавоноида для улучшения умственных способностей в юном возрасте может быть только в форме биологически активных добавок. Клинические испытания эффективности и безопасности подобного применения ксантогумола пока не проводились.

Ян РИЦКИЙ.

MIA Cito!

По материалам журнала
Behavioral Brain Research.ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
НАУЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ИНСТИТУТ ТУБЕРКУЛЁЗА»
(ФГБУ «ЦНИИТ»)ОБЪЯВЛЯЕТ КОНКУРС НА ЗАМЕЩЕНИЕ
ВАКАНТНЫХ ДОЛЖНОСТЕЙ:

- ✓ заведующего отделом патологической анатомии, электронной микроскопии и биохимии, проф., д.м.н. — 1
- ✓ старшего научного сотрудника в отдел дифференциальной диагностики туберкулёза лёгких и экстракорпоральных методов лечения, к.м.н. — 1
- ✓ научного сотрудника в отдел дифференциальной диагностики туберкулёза лёгких и экстракорпоральных методов лечения, к.м.н. — 2.

Заявления и документы, согласно положению о конкурсах, направлять на имя директора ФГБНУ «ЦНИИТ» д.м.н., профессора А.Э.Эргешева по адресу: **Яузская аллея, д. 2, Москва 107564.**

Контактный телефон **8-499-785-91-54**
(учёный секретарь Русакова Лариса Ивановна).

**СРОК ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДОКУМЕНТОВ —
30 ДНЕЙ СО ДНЯ ПУБЛИКАЦИИ ОБЪЯВЛЕНИЯ.**

Федеральное государственное бюджетное научное
учреждение «Научный центр неврологии»
объявляет конкурс на замещение вакантных должностей:**1-е неврологическое отделение**

Научный сотрудник (к.м.н.) — 1

**2-е неврологическое отделение
(лаборатория кардионеврологии)**

Научный сотрудник (к.м.н.) — 1

Научно-координационный и образовательный отдел

Научный сотрудник (к.м.н.) — 1

Научно-консультативное отделение

Старший научный сотрудник (к.м.н.) — 1

Отделение нейрореабилитации и физиотерапии

Старший научный сотрудник (к.м.н.) — 1

Срок действия объявления —

30 календарных дней со дня публикации.

Справки по телефону **8 (495) 490-21-04.**

Перспективы

Углубляясь в тайны генома

Мумия возрастом более 4 тыс. лет найдена археологами из Университета Хазна (Испания) в окрестностях Асуана. Учёные-медики, в свою очередь, обнаружили у неё метастатический рак молочной железы. ВОЗ бьёт тревогу в связи с возрастанием этого вида заболеваний в современном мире, а исландская компания deCODE из Рейкьявика сообщила, что в её банке хранятся полные геномы 2636 жителей острова, а к концу года их станет не менее 20 тыс. плюс 150 тыс. «драфтов», то есть геномикой будет охвачена половина населения Исландии.

Учёные ставят целью одним нажатием кнопки показать всех жителей страны с рискованными вариантами генов BgCa 1 и 2, позволяющими оценить риск развития опухоли молочной железы. Им также доступны данные по геномам 4300 европейцев и американцев, хранящимся в открытом доступе, что позволило показать наличие у 8% исландцев мутантной копии гена, предполагающей развитие болезни Альцгеймера. Выявлены варианты генов, повышающие риск заболеваний сердца и печени, щитовидной железы и мозговых расстройств. В последнем случае есть риск повышенной чувствительности нервных стволовых клеток к полициклическим углеводородам-гидрокарбонам в ходе внутриутробного развития, о чём сообщили сотрудники Детского госпиталя в Лос-Анджелесе. У более чем 8 тыс. исландцев обнаружено «выключение» как минимум одного гена, из них 1171 человек в связи с этим не различает запахи. Выключение генов происходит из-за мутаций, однако есть и другие способы, связанные с эволюционно консервативными механизмами клеточной защиты от «вторжения» тех же вирусов (так называемый сайленсинг).

Учёный-химик Ф.Мишер из Базеля открыл повышенное содержание фосфора в ядрах клеток гноя,

назвав открытое им вещество ну-клеином. Специалисты базельского института, названного именем Мишера, сообщили, что способность замалчивания-сайленсинга связана с большим протеиновым комплексом Paf C, представленным белками «поддержки» РНК-полимеразы. Последняя представляет фермент полимеризации информационной РНК, являющейся копией участка ДНК, который необходим для синтеза кодируемого геном протеина. Выключение Paf C приводит к необратимому поражению генов, что может сказываться на функции различных геномных «защит» — иммунной, противораковой и т.д. Нормальная функция комплекса как раз и направлена против таких несанкционированных отключений.

Наличие другого механизма показали специалисты Рокфеллеровского университета в Нью-Йорке. Они присоединили флюоресцентные метки к молекулам фермента, что позволило увидеть его и РНК-перемещение из ядра в цитоплазму клеток, где по командам генов происходит синтез белков. Таким образом сделан ещё один шаг к пониманию того, как функционирует геном, что крайне важно для исправления его «поломок», и тем самым к таргетному лечению разных болезней, чтобы людям не приходилось идти на болезненные, дорогостоящие и часто инвалидизирующие операции.

Несомненно, что той же цели служат и попытки «воссоздания» эволюции в обратном направлении. Мы, вернее наш геном, суть продукт «конструирования» на протяжении миллиардов лет развития жизни на Земле, поэтому знание его истории поможет разработке методов геномного манипулирования и управления, что сулит весьма широкие перспективы реального конструирования «нового человека».

Игорь ЛАЛАЯНИ,
кандидат биологических наук.По материалам Reuters,
New Scientist, JAMA, Nature.

II МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ НАУКИ — 2015

www.forum-uniscience.ru

**«НАУЧНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ:
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ,
ТРИГГЕРЫ ПАТОГЕНЕЗА, ЯТРОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ»****Москва, площадь Европы, 2, отель «Рэдиссон Славянская»**

II форум университетской науки — 2015 будет проходить 22 мая 2015 г. Цель форума — обсуждение и оценка результатов научных биомедицинских исследований, направленных на поиск путей и способов медицинского прогнозирования, снижения вторичной заболеваемости и ятрогенных влияний.

II форум университетской науки с международным участием задуман как логичное развитие подходов, заложенных на I форуме, прошедшем в Москве в мае 2014 г. и ставшем знаковым событием в календаре научных событий года. В прошлый раз внимание участников было посвящено достижениям фундаментальных наук и персонализированной медицины в решении проблем системного и аутовоспаления. Обсуждение широко поставленной темы привело к пониманию того, что стратегически важным аспектом изучения системного и аутоиммунного воспаления является молекулярно-генетическое прогнозирование.

Ориентируясь на научные исследования, которые проводятся в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова, мы назвали Форум-2015 «Научное медицинское прогнозирование: молекулярно-генетические аспекты, триггеры патогенеза, ятрогенные влияния». В форуме примут участие ведущие учёные и молодые исследователи нашего университета, а также представители других ведущих научно-медицинских организаций, разрабатывающих проблемы научного прогнозирования и снижения ятрогенных рисков, таких как РОНЦ им. Н.Н.Блохина, РМАПО Минздрава России, известные зарубежные учёные.

Пленарное заседание форума будет освещать два основных, стратегических научных направления нашего университета: «Маркёры рисков здоровья и триггеры патогенеза заболеваний» и «Маломинвазивные технологии: поиск путей снижения ятрогенных рисков». В программе форума — 6 научных симпозиумов:

- молекулярно-генетические исследования опухолей;
- молекулярно-генетические исследования в клинике инфекционных заболеваний;
- минимально-инвазивные технологии на стыке хирургических специальностей;
- неотложная кардиология: от науки к практике;
- междисциплинарные подходы к наиболее распространённым заболеваниям женщин;
- клиническая психология и биометрические исследования в медицине.

Также в рамках форума состоится «круглый стол» на тему «Передовые медицинские технологии в медицине».

Насыщенная программа и интересная тематика мероприятий позволяют надеяться на то, что форум привлечёт к участию и заинтересованному обсуждению научных работников, врачей, преподавателей медицинских вузов, будет интересным и полезным для всех участников.

Организатором форума выступил Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова. Председателем организационного комитета форума является ректор МГМСУ профессор Олег Янушевич.

Открытия, находки

Инъекции клеток

Известно, что для производства чипов используется травление, в частности с помощью ионных пучков. Исследователи Имперского колледжа в Лондоне с помощью ион-травления сделали полые кремниевые нанопиглы и поместили на них стволовые клетки, потомство которых необходимо для формирования тканей (пока технологию опробовали на сосудах).

Преимуществом нового подхода культивирования клеток является то, что сквозь отверстия нанопиглы можно вводить в клетки различные молекулы нуклеиновых кислот — гены и регуляторы их активности (NM). Авторы использовали для стимуляции развития клеток VEGF, или белковый фактор роста сосудистого эндотелия, клетки которого выстилают сосуды изнутри и стимулируют рост последних. Индукция роста сосудов в 6 раз увеличила перфузию крови в экспериментальном участке сердечной мышцы. Перспективы применения НИ в хирургии трудно сегодня оценить.

Молекулярных онкологов иглы могут заинтересовать в плане изучения путей внутриклеточного распространения сигналов к росту и делению.

Учёные Иллинойского университета в Шампани полагают, что резистентность опухолей молочной железы к лечению обусловлена большим количеством белковых рецепторов гормона эстрогена на поверхности их клеток. Действие гормона включает как минимум 4 пути «сопротивления» сигналам апоптоза. В 2013 г. они сообщили о скрининге 150 тыс. малых молекул, среди которых наиболее перспективным оказалось вещество BHP1, молекула которого состоит из трёх 6-членных и одного 5-членного кольца. В конце марта 2015 г. они сообщили результаты испытаний BHP1 на мышах, которые оказались весьма обещающими: уже через 10 дней введения вещества 48 из 52 опухолей у мышей прекратили свой рост, сократив свой объём на 30-50%. BHP1 блокирует только рецепторы эстрогена на раковых клетках, не действуя на здоровые даже в концентрациях, которые в 100 раз выше лечебных (10 тыс. NM и 100 соответственно). Предполагается, что лекарство нетоксично для мышей и приостанавливает потерю веса (кахексию). Остаётся ждать начала клинических испытаний.

Иван ЛАРИН.
По материалам PNAS.

В эксперименте, который можно назвать «движением против часовой стрелки», участвовали пожилые мужчины. Переступив порог особого дома, они словно бы перенесли назад во времени. Из старинного радиоприёмника доносилась старая мелодия – всё в стенах этого дома, в том числе книги на полках и журналы, валяющиеся повсюду, должно было создавать атмосферу 1960-х. Здесь мужчины должны были прожить 5 дней, участвуя в радикальном эксперименте, который придумала врач и психолог Эллен Лэнджер.

Быть нужным себе и другим

Испытуемые были здоровы, но возраст сказывался на их самочувствии. До приезда в комплекс их проверили по таким параметрам, как ловкость, сила рукопожатия, гибкость, слух, зрение, память и когнитивные способности. Лэнджер прогнозировала, что через 5 дней, когда после интенсивного психологического воздействия испытуемые вернутся в привычный мир, эти показатели сильно изменятся.

До этого Лэнджер уже провела пару исследований на стариках. Так, она обнаружила, что обитатели домов престарелых, у которых проявлялись симптомы потери памяти на начальной стадии, лучше справлялись с тестами на память, когда им давали стимулы для воспоминаний. Это показало, что во многих случаях равнодушные принимают за повреждения мозга.

Второй эксперимент нынче считается классикой социальной психологии. Лэнджер двум группам обитателей домов престарелых раздала комнатные растения. Испытуемым из первой группы сказали, что выживание растения – на их ответственности, а также разрешили самим выбирать свой распорядок дня. Членам второй группы сказали, что за растениями будут ухаживать сотрудники учреждения и не разрешили выбирать распорядок дня. Прошло 18 месяцев, и во второй группе скончалось вдвое больше человек, чем в первой.

«Психологический расцвет»

Лэнджер сделала вывод, что биомедицинская модель дня неверна. Считалось, что един-

Исследование

Плацебо доктора Лэнджер

Возраст – лишь состояние души?



(здесь не было ни зеркал, ни современной одежды, ни фото, кроме портретов этих людей в более молодом возрасте) не разрушало иллюзию, что они скинули с плеч 22 года.

В результате верилось с трудом. Один приехал на инвалидной коляске, а вышел на своих ногах, опираясь на трость. Другой раньше не мог без посторонней помощи даже надеть носки, но в финальный вечер смог взять на себя обязанности хозяина торжественного ужина. У других расправились плечи, они стали выглядеть моложе. С них стра-

хнули «нафталин», побудили их вновь почувствовать себя важными особами. Вероятно, восстановление самолюбия сыграло центральную роль для возрождения их организма.

Метод просветлённого сознания

Лэнджер – одна из тех в Гарварде, кто улавливает самое главное, сказал гарвардский психиатр Джеффри Реджигер. «Главное в том, что здоровье и болезни укоренены в нашем сознании и нашей душе, в том, как мы ощущаем себя в мире. Укоренены в гораздо большей мере, чем гласят наши научные модели».

Лэнджер говорит: если человек научится внимательно наблюдать и всегда сознавать, какой выбор у него есть, то реализует свой потенциал и поправит здоровье. «Метод достижения просветлённого состояния сознания, пред-

ложенный Лэнджер, отличается от повсеместного ныне метода, часто применяемого в восточной медитации (когда человек безоценочно осознаёт мысли и чувства, посещающие его сознание). Собственно, Лэнджер с самого начала карьеры поставила перед собой цель обеспечить людям благополучное существование и более качественное функционирование. Лэнджер пришла к убеждению, что один из способов повысить ощущение благополучия – это использование всевозможных плацебо. Лэнджер считает: эффект плацебо настолько силен, что во многих случаях является, возможно, главным действующим фактором.

Не так давно Лэнджер и её коллеги опубликовали исследо-

вание, которое по своему духу было близко к эксперименту с «движением против часовой стрелки». Они утверждают, что «манипуляция сознанием может перевесить предполагаемые физиологические пределы возможностей». Если определённые стимулы могут достичь чуть ли не чего угодно. Конечная задача – «вернуть нам контроль над нашим здоровьем», неоднократно повторила Лэнджер.

Эффект ноцебо

Существует эффект не только плацебо, но и ноцебо – средства, которое не обладает реальным действием, но вызывает отрицательную реакцию. По словам Лэнджер, когда врач сообщает пациенту, что он болен, возможен один из самых вредоносных эффектов ноцебо. Диагноз становится толчком к симптомам, которые пациент ожидает ощутить. Поэтому не следует говорить о «жертвах» рака или «борьбе» с «хронической» болезнью. Говоря «борьба», вы уже признаёте, что противник очень силен. «Хроническая» понимается как «неконтролируемая».

Лэнджер надеется, что однажды люди перестанут винить других или себя в бедах, а просто станут пользоваться силой собственного сознания. Она считает, что эта сила намного мощнее, чем мы можем себе вообразить.

Кстати

Генетика ограничивает продолжительность жизни

Если вы доживёте до боя часов в канун Нового 2099 г., будьте готовы к тому, что вы будете пить за свою кончину: учёные полагают, что вряд ли люди когда-нибудь смогут жить дольше 120 лет.

Экспертный совет британских геронтологов и видных учёных оценил состояние исследований в области старения. Они пришли к заключению, что в ближайшие 10 лет наша продолжительность жизни, вероятно, будет повышаться, но не с той скоростью (в какой-то момент достигшей 7 часов в день), к которой мы привыкли в прошлом. Они также рекомендовали видеть в историях о том, что однажды люди смогут потенциально жить так же долго, как Мафусаил, именно то, чем они являются: байки.

По словам профессора сэра Колина Блэкмора, вполне возможно, что в будущем учёные смогут обнаружить, что существует предел тому, как долго мы можем жить. «Очень редко доживают до 120 лет или приближаются к этому возрасту, поэтому и впрямь, возможно, существует реальный абсолютный предел продолжительности человеческой жизни, – сказал учёный. – Если вы действительно хотите найти волшебный способ профилактики старения, у науки имеются свидетельства эффективности двух вещей, которые в то же время доставляют удовольствие: «Хорошее питание и упражнения».

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам Psychological Science, The Times.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Осторожно!

Резкие удары и толчки во сне могут сигнализировать о наступлении болезни Паркинсона, предупреждают американские исследователи из Университета Миннесоты.

Паркин-сон

В ходе исследования специалисты установили, что у 50% людей, совершающих в фазе быстрого сна резкие движения, в течение последующих 10 лет развивается болезнь Паркинсона или другие неврологические расстройства.

Согласно анализу данных, если человек, страдающий от нарушений фазы быстрого сна, живёт достаточно долго, то риск возникновения у него нейродегенеративных заболеваний достигает 81-90%. Люди, страдающие от подобных нарушений, часто видят яркие сновидения, напри-

мер о борьбе с врагами. Иногда движения этих людей во сне едва заметны, но в некоторых случаях они выпрыгивают из постели и даже наносят травмы себе или окружающим.

Эксперты рекомендуют людям с такими нарушениями во время сна находиться в максимально безопасном окружении. Следует убрать подальше все предметы, которые можно бросить или использовать как оружие.

Учёные пояснили, что у здоровых людей мозг во сне парализует мышцы. У тех, кто страдает от нарушений фазы быстрого сна, данный механизм работает плохо, поэтому они могут двигаться.

Алина КРАЗУЭ.

По сообщению Meddaily.

Однако

Полосатое тело – структура мозга, связанная с формированием поведенческих реакций, остаётся функционально активной аж до 25 лет. По мнению исследователей из Университета Питтсбурга (США), это говорит о том, что «поиск острых ощущений» продолжается дольше, чем считалось ранее.

Учёные пояснили, что активность в данной области головного мозга возрастает, когда человек покидает родительский дом и начинает вести самостоятельную жизнь. Раньше считалось, что активность в полосатом теле достигает своего пика в 15 лет. Однако новое исследование показало, что это происходит значительно позже.

Теперь специалисты пришли к выводу, что снижение активности происходит только после того, как люди берут на себя «взрослые» обязательства, например, вступают в ипотеку, начинают серьёзные отношения и находят постоянную работу.

Эксперты пояснили, что у людей подросткового возраста область

До 30 мы – дети



мозга, связанная с поиском новых ощущений, работает совместно с центром планирования, расположенным в префронтальной коре. Именно это провоцирует у подростков желание узнавать новое и экспериментировать. Учёные продолжают своё исследование. Они надеются выяснить, когда мозго-

вая активность в полосатом теле снижается.

Вполне вероятно, что зрелость наступает ближе к 30 годам. Вот и объяснение тотальной инфантилизации населения нашей планеты.

Марк ВИНТЕР.

По материалам medicalstudent.com.

Северо-восточный регион США осенён странной мистической и зловещей тенью. В конце XVII века здесь, в городке Салем (штат Массачусетс) шла масштабная охота на ведьм, среди которых была Мэри Брэдбери – прабабка писателя, сочинившего не только «Вино из одуванчиков», но и «Что-то страшное грядёт». Здесь в Провиденсе родился, писал и умер Г.Ф.Лавкрафт – культовый литератор, сочинявший в жанрах мистики и хоррора (Род-Айленд). Здесь в Портленде (Мэн) родился «король ужасов» С.Кинг, действие большей части произведений которого происходит в этих же краях (Новая Англия). Здесь родился Дж. Кетчам, автор книги и сценария *Lost* (Ньюарк, штат Нью-Джерси). Именно здесь Дж. Алдаик поселил своих героинь, встретивших дьявола (Иствик, Новая Англия). Здесь родился и Эдгар Аллан По (Бостон, штат Массачусетс). Умер он тоже здесь: Балтимор (штат Мэриленд).

Гость в своей семье

Его мать была актрисой с 11 лет. Сыграв более 200 ролей, родив 3 детей, дважды выйдя замуж и дважды овдовев, она умерла 24 лет от роду во время гастролей в Ричмонде. Отец злоупотреблял алкоголем и был крайне неуравновешенной (психопатической?) личностью. Генетические девиации проявились в родне поэта: его сестра была умственно отсталой, брат – алкоголиком с выраженной фобией сцены (несмотря на то, что стал актёром).

Эдгару было 2 года, когда его усыновил виргинский торговец хлопком, маисом, сеном, алкоголем и табаком Дж. Аллан, не гнушавшийся и работоторговлей. Детство мальчика прошло в богатой обстановке. Его хорошо одевали, у него были свои собаки и даже пони. Но он постоянно чувствовал себя в этой семье гостем, ставшим обузой для хозяев. Приёмная мать, Френсис Киллинг Аллан, имела несколько вздорный характер, была плохо образована и весьма эгоистична. Она часто болела, в основном по пустякам: мигрени, простуды и пр. Жизнь её была заполнена этими хворями, их лечением и светскими визитами. Усыновление мальчика совпало с модой на благотворительность, распространившейся в Ричмонде. Дама, следующая моде, поспешила отметить на этом поприще, не задумавшись о том, что поветрие вскоре пройдёт, а ребёнок останется в доме навсегда.

Характер Эдгара с детства был неровен и порывист, мальчик отличался развитыми воображением и чувствительностью. Иногда он впадал в странное оцепенение, не реагируя на обращённую к нему речь. Уже в 5 лет он умел читать, рисовал, ездил верхом. С ранних лет Эдгар писал стихи. Когда ему было 6 лет, Аллан, уехавший в Англию по делам, отдал его в лондонский пансион «Мэнор Хаус», где По учился в течение 5 лет, практически не покидая стен заведения, хотя семья приёмных родителей жила поблизости.

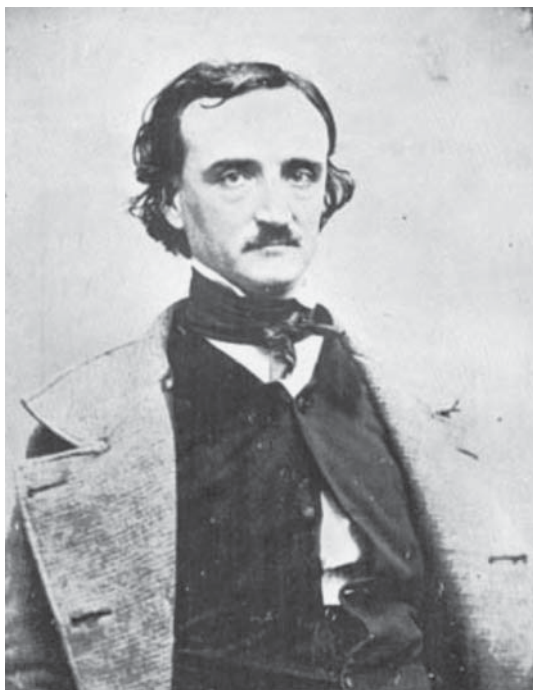
Вернувшись в США в 1820 г., По поступил в колледж. Он хорошо учился, интересуясь литературой, историей, математикой, естествознанием. Ощутив своё интеллектуальное превосходство, Эдгар давал его почувствовать и другим, порой ведя себя заносчиво. Скорее всего, это было психологической защитой от снобизма сверстников, пренебрегавших обществом сына мелких актёров, живущего из милости в семье купца. В эти годы в жизни Эдгара появилась Дж. Стэнард, мать его школьного приятеля. Она была добра, красива, исполнена симпатии и сочувствия к нервному подростку. (Ей посвящено одно из ранних стихотворений По «К Елене»). В 1824 г. Стэнард умерла, в возрасте 31 года, и Эдгар часто навещал её могилу. С этого времени у него появились ночные кошмары: «Больше всего он пугался, когда ему чудилось, будто в крошечной ночной тьме на лицо его ложится чья-то ледяная рука; или виделось страшное и отвратительное лицо...», вспоминал знакомый По Дж. Маккензи.

В 1826 г. По поступил в Ричмондский университет, поселившись в комнате под № 13. Развесёлая студенческая жизнь стала серьёзным соблазном для 17-летнего юноши. Эмоциональным прибежи-

Болезни великих

Мёртвая царевна

Эдгар Аллан По считал смерть прекрасной женщины самым поэтичным сюжетом



щем По, которому больше некуда было приткнуться, стала компания студиязусов-пьяниц. Для того чтобы соответствовать невольному имиджу, он влезал в долги, а потом пытался отыгрывать их в карты. Итог был предсказуем. Приёмный отец Эдгара отказался оплатить его карточные расходы. Последний день пребывания По в университете ознаменовался дебошем, в результате которого им была разбита и сожжена мебель студенческой комнаты. Между По и Алланом произошёл разрыв.

С единственным чемоданом и свёртком рукописей По уехал в Бостон, где напечатал поэтический сборник «Тамерлан» и другие стихотворения. Сборник не принёс ни успеха, ни доходов. Не имея крова и денег, под именем Э.А. Перри По завербовался в армию. Служил он около года, был на хорошем счету и даже получил чин сержанта-майора (высший чин младшего командного состава). Но 5-летний военный контракт стал для поэта тяжёлой обузой. В начале 1828 г. он был вынужден обратиться к приёмному отцу, попросив его о помощи. Аллан, отреагировав лишь на второе письмо По, всё же выхлопотал ему освобождение.

«Голоса внутренних демонов»

В 1829 г. умерла приёмная мать поэта – третья женщина, занимавшая важное место в его жизни. Миссис Аллан было 44 года. По всю ночь прорывал на её могиле, а потом, находясь в состоянии возбуждения, уверял окружающих в том, что «её похоронили живой».

В 1831 г. По поселился в Балтиморе в семье сестры своего отца Марии Клемм, которой тогда был 41 год. Через 4 года он женился на её дочери, своей двоюродной сестре Вирджинии. Ему было 26

лет, ей – 13. Венчание было тайным, запись о браке в приходской книге отсутствует, единственным свидетелем была мать Вирджинии, а у невесты, которой запретили рассказывать о случившемся, не было даже фаты. Официальная церемония состоялась лишь через год.

Аффективные расстройства По манифестировали рано, причём депрессия не мешала его творческой активности. В 1835 г. он писал литератору Дж. Кеннеди: «Я стра-

даю от душевной депрессии, какой не испытывал прежде», следовательно, меланхолия посещала его и раньше. В начале депрессивные эпизоды длились не более месяца, возникая реже, чем гипомании, и сопровождаясь алкогольными эксцессами. Глуша тоску, он пил бренди и абсент – весьма крепкий алкоголь. В один из самых беспросветных дней он предпринял попытку самоубийства, выпив большую дозу опиума, но, пролежав без памяти много часов, пришёл в себя: доза была недостаточной.

По была знакома лиссофобия – страх безумия. В течение многих лет он боялся быть похороненным заживо. Часто тётка находила его лежащим в обмороке на кладбище. В маниакальном состоянии По не спал сутками, становясь необычно словоохотливым, влюбчивым, экзотически возбуждённым. Постепенно в клинике мании начали превалировать суетливость и тревога, появились эпизоды спутанного сознания.

В 1839 г. на фоне меланхолии и сопутствующей дипсомании у По возникли устрашающие слуховые и зрительные галлюцинации, бред преследования. С каждым годом психотические эпизоды возникали всё чаще, протекая всё тяжелее.

Некоторые биографы считают, что к алкоголю, морфию и опиуму По привело стремление избавиться от сильнейших мигренозных болей. Более логичной причиной формирования мультизависимости представляются прихоти генетики и депрессия. Он и сам писал об этом: «Враги мои, само собой, говорили, что я безумен от того, что пью, тогда как дело обстояло наоборот». По сочетал приём спиртного с опиумом, чтобы «заглушить голоса своих внутренних демонов». Он «...пил водку как варвар, а не одержимый алкогольным пороком эстет», – писал впоследствии Ш.Бодлер.

Есть свидетельства о том, что организм поэта плохо переносил алкоголь, бурно реагируя на его минимальные дозы: бокал вина или кружка пива оказывали на По слишком сильное действие, у него «отказывали сдерживающие центры» (что, свидетельствуя о каких-то органических стигмах, пометивших мозг писателя, всё же не противоречит диагнозу алкоголизма).

В 1845 г. вышла самая значительная прижизненная книга поэта – «Ворон и другие стихотворения». Рецензируя её, литератор Д.Лоуэлл написал о том, что автор обтесал груды камней, которых

хватило бы на впечатляющую пирамиду, но они остались валяться на площадке для будущей постройки, не образовав даже фундамента.

В 1847 г. Вирджиния, болевшая туберкулёзом, умерла.

Судьбы женщин, к которым По испытывал симпатии (возможно, и любовь): мать, Дж. Стэнард, госпожа Аллан – сформировали его неординарную эстетическую программу: он считал смерть прекрасной женщины самым по-

мозга» и «тахикардия». Туманные формулировки, с точки зрения сегодняшнего дня: причина смерти остаётся неведомой. Снодграсс был уверен, что По умер от алкоголизма. Психиатр Дж. Робертсон считал, что причиной смерти стала дипсомания. Но дипсомания как таковая причиной смерти быть не может: запойное пьянство само по себе к гибели не ведёт.

Причиной смерти называли и холеру: в начале 1849 г., когда По был в Филадельфии, там случи-

лась эпидемия. Он писал тёще: «Возможно, я подхватил холеру, или это приступ чего-то не менее ужасного». Но холера, длящаяся 10 месяцев, невозможна. В последнее время появилась гипотеза о том, что По погиб от укуса бешеной собаки. Но он не отказывался от воды, а «пил с огромным трудом», что может говорить о чём угодно, например об ангине, но никак не о бешенстве. Смерть По стала поводом для легенд и спекуляций. Мистика, сопровождавшая его жизнь и творчество, оркестровала коду ухода поэта.

Церемония заупокойной службы из-за промозглой погоды длилась 3 минуты. По был похоронен в дешёвом гробу, без ручек, без именной таблички, покрывала и подушки под головой на задворках кладбища Westminster Hall and Burying Ground, возле могилы деда. Надгробие из итальянского мрамора было разрушено ещё до установки на могиле: сошедший с рельсов поезд протаранил кладбищенский склад, где хранился памятник. Вместо него была водружена каменная плита с номером.

...В эти же годы, на другой стороне планеты жил писатель, не знавший о существовании американского поэта, так же, как и По не знал, что в России живёт литератор, чья судьба оказалась мистически сходной с его собственной.

В жизни двух литераторов так много совпадений, что порой их биографии кажутся написанными под кальку. Даже тексты их порой монтируются без зазора.

«Часто, в душевном бессилии, восклицаешь: «Боже! где же наконец берег всего?» Но потом, когда оглянешься на самого себя и посмотришь глубже себе внутрь – ничего уж не издаёт душа, кроме одного слёз и благодарения. О! как же нужны нам недуги! Из множества польз, которые я уже извлёк из них, скажу вам только одну: ныне, каков я ни есть, я всё же стал лучше, нежели был прежде; не будь этих недугов, я бы задумал, что стал уже таким, каким следует мне быть».

«...ужасные муки, которые мне пришлось претерпеть столь недавно, – муки, ведомые лишь Господу Богу и мне самому, – опалили мою душу очистительным пламенем, изгнав из неё всякую слабость. Отныне я силен, и это увидят все, кто любит меня, равно, как и те, что без устали тилились меня погубить. Лишь таких испытаний, каким я подвергся, и не доставало, чтобы, дав ощутить мне мою силу, сделать меня тем, чем я рождён быть».

Первый отрывок написан Николаем Васильевичем Гоголем в 1846 г., второй – Эдгаром Алланом По в 1849 г.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.

Архангельск.

Кажется, всё это произошло только вчера. А на самом деле – ещё раньше... Впрочем, неважно, когда произошло. Главное, что Иван Васильевич Быльведерский именно об этом случае теперь не очень-то любит вспоминать.

В тот день супруга его Риоритта Константиновна, как обычно, мужественно не отрывала глаз от «окна в мир», переключая телевизионные каналы, демонстрирующие многочисленные оздоравливающие и кулинарные ток-шоу.

И вот, как раз в тот момент, когда одна из ведущих, жизнерадостно смеясь, показывала на какой-то только что раздетой ею зрительнице страшные последствия переедания, раздался звонок в дверь.

– Кого бы это?... – удивилась хозяйка дома, но пошла открывать.

И была удивлена ещё больше, когда обнаружила за дверью собственного супруга.

– Ты чего это?... – начала было она, предположив, что её незадачливый «спутник жизни» опять посеял ключи. Но тут вдруг осознала, что руки его заняты какой-то ношей. И её удивление сменилось разочарованием.

– Опять ты... – язвительно хмыкнула она.

Дело в том, что любое новое место работы для её супруга вскоре становилось старым. Поскольку была у него одна, но пламенная страсть – вынести оттуда хоть что-нибудь для дома, для семьи.

Сразу после свадьбы, когда Быльведерский был ещё только начинающим конторским работником, он притащил домой несколько коробок скрепок. Из которых потом пытался соорудить ожерелье для любимой, дабы прочнее скрепить чувства.

Потом, уже с обувной фабрики «Красный лапоть» он сразу же принёс нечто, напоминающее о тяжёлой участии дореволюционных колодочников.

А, уже работая в лаборатории, он утолил свою страсть, явившись к любимой жене с пламенным фотометром.

Расставаясь каждый раз с

На литературный конкурс

Иван Васильевич меняет профессии



предыдущей работой по собственному желанию... начальства, Быльведерский не сдавался и вскоре, сменив профессию, снова отдавался во власть всепоглощающего хобби.

И когда Иван Васильевич ещё только устраивался сторожем в Институт разгрузочного голодания, Риоритта Константиновна уже предчувствовала нечто нехорошее. Но не думала, что это её предчувствие сбудется в первое же дежурство её неутомимого супруга.

– Ну и что же это ты опять приволок?! – не предвещавшим ничего хорошего тоном поинтересовалась она, наблюдая, как её благоверный опускает свою ношу на диван.

Спутник её жизни как-то смеялся, глаза его подозрительно засуетились, он кашлянул и пробормотал:

– Тут, значит, вот какое дело, Риточка... подарок я тебе принёс... в общем, женщину...

– Кого?! – ахнула не поверившая собственным ушам вроде бы уже давно ко всему привыкшая супруга. – И зачем это?!

– Так ведь для дома, для семьи... – начал разъяснять Быльведерский. – Ведь всё равно не ест... ничего... Так что никаких затрат... Выгодная вещь!

Этого уже Риоритта Константиновна вынести не смогла, тут, видимо, сказала дамская солидарность. И она запричитала: – Какая это тебе вещь?! Позор

на мои почти совсем седые волосы! Бабник! Несун! Негодай! Корруп...ционер!

Иван Васильевич виновато вжал в плечи голову с остатками также поседевших волос. А его супруга принялась, крича ещё что-то нелестное, бегать по комнате в поисках скалки, сковородки или дуршлага, которые, к счастью для Быльведерского, были где-то на кухне.

– Ну зачем ты так, Ритулечка? – попытался он успокоить её. – Сама ведь говорила, что за внуками некогда присматривать... а также уборку в квартире... или там – постирать... погладить...

– Что?! – опять взвилась Риоритта Константиновна. – Какая из этой твоей мумии гладиль-

щица?! А тем более уборщица?!

Меж тем разгрузчица действительно вела себя так, как и было положено мумии – т.е. лежала на диване недвижимая и безмолвная. Что вдруг не только насторожило Риоритту Константиновну, но и где-то даже очень напугало её.

– Послушай, – сказала она срывающимся голосом своему незадачливому супругу, – может, пока ты её нёс, она того... совсем? Ты же ей, бедняжке, наверное, воды-то не давал? А ведь их – голодующих-то, как в одном ток-шоу втолковывали, поить всё-таки нужно! Обязательно!

– Вот давай и напьем. Чайком, – приободрился обрадованный этаким метаморфозой своей супруги Быльведерский.

История эта закончилась относительно неплохо. Потому как поить чайком Риоритте Константиновне пришлось только своего супруга. По той простой причине, что при ближайшем рассмотрении «гостя» оказалась всего лишь... муляжом, учебным пособием. На который и польстился подслеповатый и пока ещё неопытный в современной разгрузочной науке и практике Быльведерский...

Нынче Иван Васильевич трудится на заводе шагающих экскаваторов. И Риоритта Константиновна начала понемногу успокаиваться. Хотя иногда, по ночам ей мерещатся тяжёлые шаги Командора...

Москва.

Амбро- кол	Воспа- ление гол. мозга	Проф. борьба			Воспа- ленное место на коже	СКАНВОРД										Олан- запин								
				Бочка	Горы, Азия	Насе- комое	Букет, искус- ство							Франц. микро- биолог	Пряд. куль- тура		Планета	Темпе- ратура ниже ...	Титул, Бл. Восток					
	Сье- добный лишай- ник	Бен- дазол					"Боль- шая ...", Влади- мов	Члени- стоно- гое	Рим. бог огня	Колесо с же- лобом	Гроша медного не ...	Часть туло- вища							Чтобы (стар.)					
				Нез- найка	Сухая долина, Сахара	Город, Смолен. обл.				Белок мышеч- ных волокон				Приток Иртыша										
	Англ. море- плава- тель	Врач ... Беклер				Героиня у Волкова	Родст- венни- ца лосося				Шар- нирный меха- низм	Под- дельный драг. камень												
			Приток Бере- зины	Жаба	...-два (воин.)	Поэма, Бора- тынский		Сырье, марме- лад	Стир. поро- шок					Горные быки										
	Мелкие пятна	... кре- пости				Борт судна		"... и Повар"					А Л И Б Е Р П		К		А	Ш К И В						
Фено- лог					Позади фронта		Труба- ч (птица)						О У Е А Г Е М И Т А		Б	О Р О В		А А						
Автор Валерий Шаршуков		Векс. пору- чи- тель- ство				Инже- неры		...-стоп					Э Т А Ж К О Л Л И		А	Б	Л П А З Ч Н							
													Е У Н А Б И Т Е С Ъ М А		С	О В Е Т	Р Е З Ъ							
													А Р У М О Н А К		А К К А	Д	Р А Б Е Л О К							
													Б Б Е Л Л Б У З А		У	Н	А В А Р М И Л А							
													Ч У Г У Н Т Р А К		Р У Н О	Д								
													Р Р О Д У З А П А		Д	Ж И Р								
													А Х С Т А З		Д	А Л Е К О								

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 30 от 24.04.2015.

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 – В.КЛЫШНИКОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-925-437-53-98.
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 ЗАО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 15-03-00482
Тираж 31 168 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; С.-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (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.