

Работают мастера

К тайнам «зеницы ока»

В них проникают челябинские офтальмологи



Специалисты офтальмологического центра Челябинской областной клинической больницы подвели предварительные итоги работы в этом году. Цифры оказались впечатляющими. Прооперировали 3400 человек – почти на 500 больше, чем за весь минувший год. Пациенты благодарят офтальмологов, называя их настоящими волшебниками, способными вернуть человеку «зеницу ока» – то есть основу самого зрения.

– Вот здесь перед вами глаз до операции, – поясняет руководитель офтальмологического центра клинической больницы Андрей Кузнецов, – покрытый мутной плёнкой, с неровными краями, глаз практически слепого человека, который не различал даже свет. А рядом – тот же самый глаз уже после операции по пересадке роговицы – прозрачный, чистый, со швами по контуру. Через год их уже не будет. И человек сможет нормально видеть.

Челябинские офтальмологи во время очередной операции

Перед каждой операцией – стандартная проверка общего состояния глаз: острота зрения, состояние глазного дна, внутриглазное давление. Все приборы в одном помещении, чтобы каждый врач мог осмотреть своего пациента, не перемещаясь по кабинетам. В отдельном здании – только малая операционная, где с помощью зеркального микроскопа исследуют изъятую роговицу, измеряют плотность и подбирают подходящего реципиента.

– Если в течение часа-двух не удалось найти подходящего для пересадки реципиента, или ему нужно добираться сюда дольше нескольких часов, мы изъятый материал храним в специальной жидкости, – рассказывает офтальмолог Константин Ишмаков.

Здесь хорошо помнят одного из пациентов – Владимира Батурина, которого привезли сюда полгода

назад прямо с работы. 30-летний шахтёр пострадал во время взрыва газа. Труба, не выдержавшая высокого давления, буквально иссекла лицо рабочего мелкой стальной крошкой, после чего Владимир практически ослеп. В областной клинической больнице молодому человеку сделали операцию по пересадке роговицы. Сегодня шахтёр приехал на плановый приём. «Я, когда ослеп, решил, что стал инвалидом навсегда и буду теперь всё делать на ощупь, я ведь даже света не видел, – откровенничает Владимир, – не верил, что чудеса бывают, а теперь верю. Благодаря врачам и всему персоналу отделения офтальмологии, где меня оперировали, я теперь снова могу видеть. Зрение дальше постепенно восстанавливается, я уже могу читать».

(Окончание на стр. 2.)

Фото автора.



Олег ЯНУШЕВИЧ,
ректор Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, профессор:

Главная цель аккредитации – это улучшение качества подготовки специалистов ещё на вузовском этапе, а также обеспечение качества действующих врачей.

Стр. 4



Андрей ИЛЬНИЦКИЙ,
заведующий кафедрой терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Института повышения квалификации ФМБА, профессор:

...Я считаю, что в перспективе было бы разумно обучить широкий круг врачей гериатрическому подходу.

Стр. 6



Александр КАПЛАН,
заведующий лабораторией нейроинтерфейсов Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова:

Фундаментальная наука не может развиваться без практических приложений и обратной связи...

Стр. 10

Профилактика

Здоровье мигрантов под присмотром

В Омской области создана межведомственная комиссия для координации взаимодействия по вопросам проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий среди мигрантов и иностранных граждан.

Мера эта вынужденная, но насущная, назревшая ещё в прошлом году, когда в миграционной среде региона, превышающей 13 тыс. человек, было выявлено 116 больных инфекционными заболеваниями. 100 из них оказались заражены сифилисом, 6 – туберкулёзом, а 10 – ВИЧ-инфицированы.

По данным Управления Роспотребнадзора по Омской области, в Омске и сельских районах Приирты-

шья за 9 месяцев нынешнего года медицинское освидетельствование прошли 11 186 иностранцев. По сравнению с прошлогодней проверкой число инфицированных среди них различными заболеваниями уменьшилось, но всё равно остаётся высоким – 66 человек.

Эту информацию проводившие медицинское освидетельствование медики тотчас передали в Управление Федеральной миграционной службы РФ по Омской области, где и было незамедлительно принято решение о нежелательности пребывания инфицированных иностранцев.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Тенденции

Новая жизнь ФАПа

В деревне Юрты-Константиновы Яшкинского района Кемеровской области после 14-летнего перерыва вновь заработал фельдшерско-акушерский пункт. В зону его обслуживания вошли близлежащие крупные деревни Усть-Сосновка и Старый Острог. Здесь преимущественно проживают представители малого народа Кузбасса – сибирские татары-калмаки. И, кстати, молодой фельдшер ФАПа Ильсеяр Заболотная также является уроженкой здешних мест.

В течение многих лет жители окружающих деревень вынуждены были обращаться за медицинской помощью в участковую больницу, расположенную на расстоянии 12–15 км. А «скорая» из райцентра Яшкино вообще добиралась сюда по плохим дорогам около часа. Теперь сельские вновь смогут лечиться в нормальной доступности от дома.

Новый ФАП разместили в одном из специально отремонтированных помещений местного клуба. Здесь есть всё для оказания первичной ме-

дико-санитарной помощи населению, необходимый запас медикаментов для экстренной и неотложной помощи, оборудование для экспресс-исследований. Сдать простые анализы пациенты смогут здесь же, а в случае необходимости их санитарным транспортом доставят в участковую больницу.

Старый ФАП в Юртах-Константиновых занимал половину жилого дома на двух хозяев, и сейчас администрация района решила передать его под жильё для молодого медика.

Валентина АКимова,
соб. корр. «МГ».

Кемеровская область.

DIXION
МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКОВ

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

Новости

В Дагестане ликвидируют
вспышку кишечной инфекции

Как сообщил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, к настоящему моменту в медицинские организации Махачкалы госпитализированы 267 человек с признаками острой кишечной инфекции, 179 из них – дети. Заболевшим оказывается вся необходимая медицинская помощь, угрозы их жизням нет.

Для выявления больных, не обратившихся за медицинской помощью, организовано проведение подворных обходов. Всего сформировано 355 врачебно-сестринских бригад, которыми уже осмотрено более 27 тыс. человек.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова дала поручение главным специалистам Минздрава России по инфекционным болезням оказывать необходимое содействие региональным коллегам в организации противоэпидемических мероприятий, а также лечению заболевших. Дополнительно, для купирования распространения инфекции в регион будут направлены вакцины против гепатита А, брюшного тифа, противодизентерийный бактериофаг. В регион также дополнительно направлены эпидемиологи из федеральных центров.

Алексей ПИМШИН.

Москва.

Патанатомы перевооружаются

Новый патологоанатомический корпус построен на территории Красноярского краевого клинического онкологического диспансера в ходе реконструкции учреждения. Помимо новых площадей, патологоанатомы получили в своё распоряжение набор нового оборудования и технологий, что позволило существенно сократить постановку онкологических диагнозов и повысить точность заключений.

Как уточнили в онкодиспансере, прорыв стал возможен, в частности, благодаря тому, что теперь морфологи могут делать срезы толщиной до четырёх микрон. Кроме того, подготовка к некоторым лабораторным исследованиям полностью автоматизирована, что исключает ручной труд и сокращает время выполнения анализов.

– Сегодня гистологические ответы нам приходят на четвёртый день, а иммуногистохимия – в течение семи дней. Это позволило, с одной стороны, существенно сократить койко-день, а с другой – дало возможность пациенту узнавать результаты исследований до выписки, а не приезжать за ними после. Мультидисциплинарная врачебная комиссия с участием радиологов и химиотерапевтов теперь также проводится, пока пациент ещё находится в стационаре, – говорит главный врач онкологического диспансера Андрей Модестов.

Елена БУШ.

Красноярск.

Поликлиника в новом виде

Новая поликлиника открылась в посёлке Белая Берёзка Трубчевского района Брянщины.

Прежде она располагалась в приспособленном деревянном здании постройки ещё середины прошлого века. Теперь же под поликлинику Белоберёзовской участковой больницы отдано здание бывшего детского сада. На реконструкцию помещений было затрачено 43 млн руб. из федерального и областного бюджетов. 7,5 млн руб. ушло на приобретение современного медицинского оборудования.

Поликлиника рассчитана на 150 посещений в смену, приём пациентов будут вести врачи по 10 специальностям. Жители посёлка получают отныне физиотерапевтическое лечение, на месте можно будет сделать и лабораторно-диагностические исследования.

Василий ШПАЧКОВ.

Брянская область.

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

События

Первый в России,
крупнейший в Европе

Так можно охарактеризовать Научно-образовательный центр вспомогательных репродуктивных технологий им. Фредерика Паулсена-старшего, открывшийся в Москве

Этот центр будет работать в стенах Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова. Не имеющий аналогов по своему техническому оснащению и возможностям, он призван стать основной образовательной базой для подготовки специалистов в области вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), а также платформой для научных и клинических исследований. В его структуру входят тренинговые классы, лаборатории эмбриологии, андрологии и отделения ЭКО для лечения пациентов с бесплодием. Путь от тренажёров до действующих операционных – кратчайший.

– Создание тренингового центра – огромное приобретение для системы здравоохранения и всего населения России, – отметила заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, принявшая участие в торжественной церемонии открытия.

В 1986 г. родился первый ребёнок с помощью экстракорпорального оплодотворения, а сегодня это уже обычная операция, которая вошла в программу ОМС и стала общедоступной. Тысячи женщин могут ею воспользоваться, чтобы обрести счастье материнства. Создание НОЦ, по мнению вице-премьера, поднимет вспомогательные репродуктивные технологии на новый уровень.

По словам министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой, ВРТ – мощнейший резерв повышения рождаемости в нашей стране. Менее чем за 10 лет эффективность ЭКО возросла с 15 до 37% по России (а в НЦАГиП им. В.И.Кулакова – до 48%), что сопоставимо с мировым показателем. Реализация образовательных программ, осуществляемых научно-образовательным центром, приведёт к повышению уровня подготовки специалистов в области ВРТ и, следовательно, эффективности ЭКО по всей стране.

– С открытием центра мы сумеем обучать до 500 курсантов в год. Примерно половина из них будут эмбриологи, а вторая половина – врачи-репродуктологи. Программы рассчитаны и на начинающих, и на



Г.Суких знакомит высоких гостей, В.Скворцову и О.Голодец, с новым центром

специалистов со стажем работы в данной сфере, – рассказал директор НЦАГиП им. В.И.Кулакова академик РАН Геннадий Суких.

Достаточно ли этого количества для Российской Федерации? Более чем достаточно, считает Г.Суких. Центр сможет удовлетворить потребности в подготовке кадров как новых развивающихся лабораторий, так и существующих. В России 158 клиник ВРТ, их число растёт и, видимо, будет расти. Поскольку стоит задача в ближайшие годы увеличить количество циклов ЭКО в 1,5-2 раза.

Как подчеркнула министр здравоохранения, центр имеет значение не только для России, но и для всего европейского пространства, стран дальнего зарубежья. Ведь здесь – сочетание образования, науки и практики. Научные лаборатории, оборудованные в нём, послужат дальнейшему совершенствованию лечения бесплодия, разработке новых методов и средств. Те технологии по исправлению генома, эмбриональной генной терапии, которые появились буквально несколько лет назад в мире, уже сейчас применяются в НЦАГиП. Пока не на людях, идут доклинические исследования на животных.

– Но мы очень быстро движемся в этом направлении и, вполне вероятно, в ближайшее время сможем перейти к коррекции генетиче-

ских ошибок, – выразила надежду В.Скворцова, – когда можно молекулярными ножницами вырезать поражённую часть генома и вставить новую, фактически профилирующую наследственные заболевания.

– Хотя тренинговый центр, я бы сказала, академия по тренингу и лечению бесплодия, находится на территории НЦАГиП им. В.И.Кулакова, являясь его структурным подразделением, но это – национальное достояние, – полагает Г.Суких. – Нам бы хотелось, чтобы он стал европейским центром. Здесь должна царить атмосфера дружбы, здорового соперничества и общих усилий в развитии новых технологий.

Следует упомянуть, что новый центр создан при финансовой поддержке «Благотворительного фонда содействия сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья человека» и назван в честь основателя этого фонда Фредерика Паулсена-старшего, известного шведского учёного, исследователя. Его сын, Фредерик Паулсен-младший, принял участие в церемонии открытия научно-образовательного центра.

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

Перспективы

Столичное здравоохранение крепнет

Около 30 поликлиник планируется построить в Москве в ближайшие 3 года. Об этом в ходе ежегодного отчёта перед депутатами Московской городской Думы сообщил мэр Москвы Сергей Собянин. Речь идёт как о поликлиниках, так и о пристройках к зданиям в тех районах, где не хватает амбулаторных учреждений.

«Правительство Москвы продолжает строительство новых больниц и поликлиник. Помимо перинатального центра в городской клинической больнице № 67, в 2017 г. должно быть сдано в эксплуатацию новое здание Морозовской детской больницы», – сказал С.Собянин.

Крупнейший в Европе перинатально-кардиологический центр строится на базе ГКБ № 67. Ос-

новным профилем клиники станет помощь женщинам и детям с заболеваниями сердца – от этапа планирования беременности и до 3-летнего возраста малышей. Центр рассчитан на 450 пациентов. Под одной крышей здесь соберут не только лучших российских врачей, но и самое современное медицинское оборудование. Здесь смогут принимать около 20 тыс. родов в год, рекордное количество для Москвы. До этих пор приём и госпитализация профильных пациентов проходит в Детской городской клинической больнице им. З.А.Башляевой. Новый семиэтажный лечебный корпус Морозовской детской городской клинической больницы рассчитан на 500 коек. Он возводится на месте снесённого аварийного здания.

После открытия здесь разместятся отделения оториноларингологии, экстренной и гнойной хирургии, эндокринологии, травматологии и ортопедии, плановой хирургии и урологии, онкологии и гематологии, офтальмологии и микрохирургии глаза, трансплантации костного мозга, кардиоревматологии и пульмонологии, нейрохирургии и нейроонкологии, два операционных блока, отделение реанимации и анестезиологии, клиничко-диагностическая лаборатория, отделение физиотерапии и лечебной физкультуры. Кроме того, в корпусе предусмотрены два конференц-зала на 100 и 280 мест, аптека, детская игровая площадка, буфет и столовые.

Алина КРАУЗЕ.
МИА Cito!

Москва.

Работают мастера

К тайнам «зеницы ока»

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Челябинские офтальмологи пользуются любыми известными сегодня науке достижениями. В ход идут все самые современные препараты, новейшее оборудование, сложные методики, с помощью которых диагностируют и лечат практически любое заболевание глаз. В больнице успешно сражаются с последствиями глаукомы и катаракты, имплантируют хрусталики, единственные в уральском регионе освоили пересадку роговицы, для чего приобрели мощный зеркальный микроскоп, создали лист ожидания и банк хранения

трансплантата. Недавно начали осваивать послойную пересадку роговицы – менее травматичный способ для глаз, позволяющий уменьшить постоперационный астигматизм, характерный для полной пересадки всей роговицы. Словом, подтверждается мнение пациентов, что здесь сказочные чудеса становятся реальностью. А это, наверное, самая высокая награда для настоящих профессионалов.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Акценты

Статистика смертности изменилась

«Согласно данным официальной статистики Росстата, за 9 месяцев этого года в нашей стране умерло на 27 тыс. человек меньше, чем за аналогичный период прошлого года, – сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. – Смертность снизилась от всех основных причин: от болезней системы кровообращения – на 4,6% (в том числе от ишемической болезни сердца – на 4,9%, cerebroваскулярных болезней – на 5,1%), туберкулёза – на 17,2%, болезней органов дыхания – на 9,8% (в том числе от пневмоний – на 11,8%), болезней органов пищеварения – на 4,3%, новообразований – на 0,4%, от внешних причин – на 5,8% (в том числе от ДТП – на 10,3%). Младенческая смертность снизилась на 9,1%, составив 6 на 1000 рождённых живыми».

Чтобы правильно трактовать эти данные, необходимо знать, что грипп имеет сезонность – с конца осени одного года до весны следующего. Корректно сравнивать между собой можно только данные межгодовых сезонов, а не календарных годов. Тяжесть заболевания гриппом определяется доминирующими штаммами, циркулирующими среди населения в конкретном сезоне. Каждый сезон штаммы и частота их присутствия обновля-

ются. Наиболее тяжёлое течение среди сезонных штаммов имеет свиной грипп А H1/N1, который абсолютно преобладал в сезоны 2009/2010 гг. и 2015/2016 гг. Важно подчеркнуть, что число смертей от гриппа в сезонах 2015/2016 гг. было в два раза меньше, чем в сезонах 2009/2010 гг., благодаря существенному расширению охвата населения вакцинами против нескольких штаммов, включая штамм свиного гриппа. Вместе с тем в сезоны, когда доминировали

другие штаммы гриппа групп А и В, течение заболевания было менее тяжёлым, с меньшим числом осложнений и более низкой смертностью.

Во всём мире научно доказано, что наиболее эффективным средством профилактики инфекций, в том числе гриппа, является вакцинация. Она позволяет преодолеть прежде смертельные инфекционные заболевания. Смерти и тяжёлые осложнения от гриппа возникают только у непривитых людей. Даже в тех редких случаях, когда вакцинированный человек заражается гриппом, заболевание протекает в значительно более лёгкой форме.

Необходимо также отметить, что с началом вакцинальной кампании в сентябре этого года смертность от гриппа и ОРВИ снизилась на 19,5% по сравнению с аналогичным периодом 2015 г.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Итоги и прогнозы

Решительно
противостоять ВИЧ

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подписал распоряжение об утверждении Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в России на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу.

«С 2006 г. в России отмечается ежегодный рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции в среднем на 10% в год, – говорится в пояснительной справке. – С 1985 по 2015 г. в стране зарегистрировано 824 706 случаев выявления в крови антител к вирусу иммунодефицита человека».

В 2015 г. показатель охвата медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию населения России составил 19,3% (около 30 млн человек), а показатель охвата лиц, заражённых вирусом иммунодефицита человека и состоящих под диспансерным наблюдением, антиретровирусной терапией – 37,3% (216 981). Это обусловлено низкой

мотивацией основного контингента ВИЧ-инфицированных (потребители инъекционных наркотиков) к прохождению обследования на ВИЧ-инфекцию и лечению, а также уровнем финансирования мероприятий по проведению медицинского освидетельствования на ВИЧ-инфекцию и обеспечению антиретровирусной терапией.

Согласно принятой Всемирной организацией здравоохранения Глобальной стратегии сектора здравоохранения по ВИЧ на 2016–2021 гг. для прекращения эпидемии ВИЧ-инфекции необходимо выявлять не менее 90% от возможного числа всех ВИЧ-инфицированных и обеспечивать не менее 90% ВИЧ-инфицированных антиретровирусной терапией.

Новая стратегия определяет цель, задачи и основные направления противодействия распространению ВИЧ-инфекции на территории России, установлены и целевые показатели её реализации.

В качестве основных из них определены: охват медицинским освидетельствованием на ВИЧ-инфекцию населения России, доля лиц, заражённых вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию, от общего числа лиц, заражённых вирусом иммунодефицита человека, состоящих под диспансерным наблюдением.

Результаты реализации стратегии будут также оцениваться по показателю информированности населения в возрасте 18–49 лет по вопросам ВИЧ-инфекции и показателю разработки и внедрения межведомственных профилактических программ по сокращению ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков.

Минздрав России совместно с федеральными органами государственной власти должен разработать план реализации стратегии.

Алексей ПИМШИН.
МИА Сито!

Москва.

Ситуация

Не намерены
прощать клевету

Один из частных медицинских центров столицы намерен подать в суд на своего бывшего пациента, который публично заявил, что ослеп после операции по улучшению зрения, а также на СМИ, которые, по мнению медиков, необъективно освещали конфликт.

СМИ 26 октября сообщили, что 38-летний мужчина, Л.Монахов, ослеп после неудачной операции по вживлению подкожного жира в глазницу. Проблемой заинтересовался Росздравнадзор и пообещал провести проверку обстоятельств дела.

«Медицинские услуги в рамках заключённого договора с г-ном Л.Монаховым были выполнены качественно, в установленные сроки и полностью соответствовали применяемым при лечении подобных заболеваний способам», – говорится в пресс-релизе медцентра.

Как утверждают медики, Росздравнадзор и Роспотребнадзор не нашли никаких нарушений в плане оказания медицинской услуги Л.Монахову. Не установила никакой причинно-следственной связи между проведённой процедурой и причинением вреда здоровью и экспертиза Государственного бюро судебно-медицинской экспертизы Москвы, заявляют в компании.

В связи с тем что «клеветнические», по мнению медцентра, заявления Л.Монахова порочат деловую репутацию организации и ставят под сомнения результаты проверок со стороны госорганов, клиника намерена подать иск в суд к Л.Монахову и СМИ, «которые позволяют себе в одностороннем порядке, безосновательно, необъективно освещать сложившуюся ситуацию».

Андрей ДЫМОВ.
МИА Сито!

Москва.

Решения

Отказавших в выписке
лекарств накажут

В 2017 г. может быть внесено изменение в КоАП по привлечению к ответственности врачей, отказавших в выписке лекарств, в том числе обезболивающих, при наличии показаний к их применению, сообщила начальник Управления лицензирования и контроля соблюдения обязательных требований Росздравнадзора Ирина Крупнова.

«В административном кодексе наказание врача о неназначении лекарственного препарата по показаниям отсутствовало. Эта коллизия сейчас устраняется, и в настоящее время находится на

рассмотрении. Непосредственно вносятся изменения в Кодекс об административных правонарушениях, которые предусматривают, что со следующего года для врачей, нарушающих данные части стандарта оказания медицинской помощи, будет применяться мера административного наказания», – сказала И.Крупнова на пресс-конференции.

Эта тема с 2015 г. стала обсуждаться экспертами после ряда случаев самоубийств онкобольных из-за невыносимой боли.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сито!

Москва.

Ну и ну!

Урок не пошёл впрок



В Ртищевский межрайонный следственный отдел Следственного управления СК Российской Федерации по Саратовской области из территориального отдела полиции для расследования поступило уголовное дело в отношении 73-летнего врача одной из больниц города Ртищево.

Медицинский работник подозревается в совершении преступления, предусмотренного ч. 1 ст. 291.2 УК РФ (получение взятки, дача взятки лично или через посредника в размере, не превышающем 10 тыс. руб.). По данным бдительных правоохранителей, 27 апреля 2016 г. хирург получил незаконное вознаграждение – рыбу «Царская камбала» от 34-летнего местного жителя. «Съедобное» подношение

стало оплатой выдачи листа нетрудоспособности без законных оснований.

Самое удивительное, что этот пожилой хирург прежде уже привлекался к ответственности за взятку... куриными грудками. Тогда о продуктивном подарке на общую сумму 1005 руб. написали многие СМИ. В результате по решению районного суда врач был оштрафован на крупную сумму с лишением права заниматься врачебной деятельностью, связанной с выдачей листов нетрудоспособности, сроком на один год. Но, оказывается, урок не пошёл впрок.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сито!

Саратов.

Подписка-2017

Заканчивается подписная кампания

Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России в разгаре подписная кампания.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2017».

Для быстрого оформления достаточно указать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;
32289 – на полугодие;
42797 – на год.

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

Справки по телефонам: **8 (495) 608-85-44, -681-35-96, 8-916-271-08-13.**

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



Летом этого года состоялась первичная аккредитация выпускников стоматологических и фармацевтических факультетов. Реализация любого сложного многофакторного проекта требует осмысления, «усушки-утряски», как говорят некоторые производственники. Тем более что не за горами второй этап профессионального среза знаний – за право допуска в профессию будут бороться выпускники-лечебники. О том, с чем именно пришлось столкнуться в процессе нового экзаменационного формата, какие практические выводы удалось сделать и как идёт подготовка к аккредитации-2017, мы узнали у ректора Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, доктора медицинских наук, профессора Олега ЯНУШЕВИЧА.

– Олег Олегович, что можете сказать об аккредитации врачей вообще? Что это даст в целом и как повлияет на общий уровень качества российского здравоохранения?

– Аккредитация врачей была предусмотрена федеральным законом № 323-ФЗ, который и определил необходимость прохождения аккредитации врачей для допуска их в профессию. Минздравом России совместно с профессиональными сообществами были разработаны все необходимые документы, где указаны виды аккредитации, а также порядок и сроки их прохождения. В частности, аккредитация врачей была разделена на первичную аккредитацию для выпускников медицинских университетов (либо медицинских факультетов классических вузов), на аккредитацию для выпускников ординатуры и на реаккредитацию, которую обязаны пройти врачи, уже работающие в системе здравоохранения. В этом году впервые прошла аккредитация выпускников стоматологических и фармацевтических факультетов. Главная её цель – это улучшение качества подготовки специалистов ещё на вузовском этапе, а также обеспечение качества действующих врачей.

Авторитетное мнение

Аккредитация как платформа для выравнивания противоречий



Что даст аккредитация простому человеку? Прежде всего гарантию того, что врач, который оказывает медицинскую помощь, соблюдает клинические рекомендации, протоколы ведения пациентов, обладает всеми необходимыми знаниями и навыками для оказания того или иного рода медицинской помощи. Система будет отсекают людей, не обладающих необходимым спектром компетенций. Аккредитация и определит этот спектр.

– Как вы в целом оцениваете итоги прошедшей аккредитации на стоматологических факультетах страны?

– На мой взгляд, аккредитация текущего года прошла достаточно успешно, хотя процесс шёл очень сложно. В том, что это мероприятие состоялось, большая заслуга – как Минздрава России, так и экспертного сообщества. В данном случае я, конечно,

имею в виду, стоматологов и фармацевтов. Ну и мы как вуз, разумеется, приняли самое непосредственное участие в достижении позитивного результата.

– В рамках сегодняшнего дня, каково, на ваш взгляд, реальное качество выпускников и действующих врачей в России?

– Здесь могут быть разные мнения, но лично я полагаю, что конкретно вузовское сообщество считает, что качество подготовки медицинских вузов соответствует запросам здравоохранения. Экспертное сообщество, напротив, выражает некоторый скепсис. Здесь имеет место скорее традиционно сложившаяся позиция, органично ставшая частью существующих реалий. Все же мы помним крылатую фразу «забудь то, чему тебя учили». И именно аккредитация должна стать той платформой, на которой и будет

происходить выравнивание этих противоречий. Она же будет устранять методологические, инфраструктурные и другие перекося.

Сегодня мы видим, что есть университеты, находящиеся в системе здравоохранения, обладающие клиниками, медицинскими школами. А есть факультеты в орбите классических вузов без клиник и возможностей проводить качественную подготовку мануальных и других навыков. Именно результаты аккредитации помогут ответить на вопросы – кто готовит лучше, кто готовит хуже, чего кому не хватает, какой комплекс мер требуется тому или иному вузу, чтобы поднять качество выпускаемых специалистов синхронно по всей стране.

Повторюсь, итоги аккредитации показали, что большая часть выпускников по всей стране подтвердила своё право работать врачами после окончания стоматологических факультетов в разных вузах. И мы очень рассчитываем на подобные результаты выпускников-лечебников в будущем году.

– Что необходимо учесть при подготовке к аккредитации на лечебных и педиатрических факультетах медицинских вузов в будущем году?

– Все выводы по итогам предыдущего этапа уже сделаны. И мы это видим на практике. Уже в более быстрые сроки готовятся все необходимые материалы, уже сейчас на сайте Минздрава России выпускники следующего года могут пройти предварительные тесты и т.д. Подготовка идёт в очень активном темпе, и благодаря полученному опыту все процессы движутся более системно и с более высокой скоростью. Конечно, это не может не радовать.

С удовлетворением отмечу, что чувствуется крепкое плечо

министерства. В прошлом году Минздрав России выделил финансирование для обеспечения практически всех стоматологических вузов необходимым оборудованием для подготовки выпускников к аккредитации. В этом году также были выделены дополнительные ресурсы, которые позволили ряду вузов существенно обновить оборудование для подготовки своих студентов к самому главному в их жизни экзамену.

– Как вы считаете, снизит ли новая система допуска к профессии количество врачебных ошибок? Будет ли способствовать такой формат фиксации знаний и умений выходу на новый уровень качества оказания медицинской помощи? Не случится в очередной раз, что «хотели как лучше, а получилось как всегда»?

– Думаю, что такого рода беспокойство беспочвенно. Дополнительная подготовка студентов существенно повысит готовность молодого врача, который только вчера получил допуск в профессию. Для уже работающих специалистов любое нововведение, конечно, будет болезненным. Мы все, так или иначе, «наматываем» на себя профессиональные стереотипы, отработав, например, первые 10 лет. Аккредитация – эта самая встряска, которая позволит действующему специалисту критично посмотреть на свой профессиональный багаж, оценить свои компетенции со стороны. Это и есть развитие, которое органично приведёт к снижению уровня и врачебных ошибок, и недовольства пациентов качеством оказания медицинской помощи. И по большому счёту оздоровит атмосферу во врачебной среде.

Беседу вёл
Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Признание

Победа жизни над смертью Московские медики подают пример

Мэр столицы Сергей Собянин выразил благодарность врачам Детской городской клинической больницы № 9 им. Г.Н.Сперанского за проведение сложнейшей операции, благодаря которой подростку удалось спасти жизнь. Градоначальник навесил мальчика и поговорил с его лечащими врачами. «Я хотел бы поблагодарить вас за уникальное лечение, которое вы провели, практически спасли жизнь Филиппу. Надеюсь, что с ним всё будет нормально», – сказал С.Собянин. Столичный глава вручил благодарственные письма сотрудникам больницы, которые принимали участие в операции: трём анестезиологам-реаниматологам, заведующему хирургическим отделением, а также двум другим детским хирургам.

Анамнез же этого случая таков: летом нынешнего года в Московской области 15-летний Филипп получил удар током после того, как попытался попасть в трансформаторную будку. После происшествия за оказанием первой медицинской помощи парень был отправлен в местную больницу Сергиева Посада. Там ему обеспечили искусственную вентиляцию лёгких и погрузили в медикаментозный сон.

В таком состоянии в тот же день подросток был переведён в реанимационное отделение больницы им. Г.Н.Сперанского, где ему был

поставлен диагноз: «Ожог пламенем вольтовой дуги 2-3-й степени лица, волосистой части головы, шеи, передней грудной стенки, спины, обеих рук на 40% поверхности тела». Подросток находился в тяжёлом состоянии, врачи предпринимали все необходимые меры, однако на следующий день ему стало хуже, пришлось установить кардиостимулятор, а через 2 дня проведена первая операция по удалению омертвевших тканей, куда сразу же пересадили неповреждённый собственный кожный покров.

Однако, несмотря на все принятые меры, у отрока на 5-е сутки развились явления полиорганной недостаточности и септического шока, поэтому была начата массивная антибактериальная, противогрибковая и иммунотерапия. Под наркозом с применением современных высокотехнологичных материалов ему делали перевязки. В ходе лечения использовались самые современные методики, благодаря проводимым медицинским манипуляциям состояние ребёнка сначала стабилизировалось, а затем стало улучшаться.

В целом, в период с 27 июля по 14 сентября нынешнего года мальчику сделали ещё 4 операции по восстановлению кожных тканей, прошедшие успешно. Сейчас Филипп идёт на поправку, его кожа восстановлена на 38%, но на 2% поверхности тела всё ещё остаются раны, поэтому идёт подготовка к ещё одной операции, начат курс реабилитации.

Говоря о столичной детской больнице им. Г.Н.Сперанского, нужно отметить, что это современное крупное учреждение, оказывающее медицинскую помощь детям в возрасте от 0 до 18 лет. Всего в структуре больницы функционирует 52 отделения, а также специализированные центры: детской урологии-андрологии и патологии тазовых органов, ожоговый, артрологии и реабилитации детей с заболеваниями и травмами суставов, детской иммунологии и аллергологии.

Кроме того, на территории клиники есть вертолётная площадка для экстренной доставки, и только за прошлый год таких транспортировок было 27. В прошлом году в стационаре были пролечены 45 100 детей, прошло около 10 тыс. операций, а амбулаторно пролечились примерно 204 тыс.

Стоит отметить, что детский ожоговый центр ДГКБ им. Г.Н.Сперанского – один из лучших в столице. Врачи центра успешно

проводят сложнейшие высокотехнологичные операции. Наряду с этим недавно в клинике был открыт новый инфекционный корпус на 200 коек. А в рамках реализации Программы модернизации здравоохранения в больницу было поставлено 313 единиц современного медицинского оборудования, что позволяет проводить операции высокой сложности.

В прошлом году на базе ДГКБ им. Г.Н.Сперанского в сотрудничестве с Первым Московским государственным медицинским университетом им. И.М.Сеченова была организована Университетская клиника педиатрии и детских инфекционных болезней. А в январе этого года были созданы Университетская клиника детских болезней и Университетская клиника хирургии детского возраста совместно с Российским национальным исследовательским медицинским университетом им. Н.И.Пирогова.

Клиника совершенствуется из года в год и качественно помогает маленьким пациентам оставаться здоровыми и активными.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Осенью минувшего года был открыт Медицинский симуляционный центр (МСЦ) Департамента здравоохранения Москвы при столичной Городской клинической больнице им. С.П.Боткина. За это время в нём прошли обучение более 6,2 тыс. медиков (3245 врачей и 2988 среднего медицинского персонала). Медицинский симуляционный центр Боткинской больницы – это уникальное учебное заведение, созданное по типу «виртуальной клиники» на базе крупнейшего городского многопрофильного стационара. Мощности центра и авторские образовательные программы позволяют обучать средний медицинский персонал и врачей разных специальностей. Преподаватели – ведущие врачи Москвы.

«Обучение специалистов помогает повысить качество оказания медицинской помощи москвичам за счёт безопасного применения высокотехнологичных способов лечения», – отметил главный врач Боткинской больницы, главный хирург департамента, профессор Алексей Шабунин.

На международном уровне

Центр оснащён комплексом симуляторов высшего уровня реалистичности. В «штате» МСЦ работают 8 человекоподобных роботов, которые помогают обучающимся отрабатывать практические навыки, комплексы-фантомы, создающие на экране реалистичную иллюзию операции, а также манекены-имитаторы. Одним из наиболее технологичных является робот, который воспроизводит человеческий пульс, сердцебиение, артериальное давление. Он способен имитировать кровотечение, травмы, ожоги, ранения, человеческую реакцию на боль (может издавать звуки, сужать зрачки, звать на помощь). Робот реагирует на действия врачей и на введённые лекарства.

Симуляторы младенцев, в свою очередь, воспроизводят все физиологические реакции новорождённых. С роботом-беременной женщиной врачи могут отрабатывать действия на всех этапах родов. Подключённый к оборудованию в операционной робот предназначен для отработки практических навыков, командных действий бригады врачей и клинического мышления, а также моделирования разнообразных клинических ситуаций. Симуляторы пациента в палате также автоматически воспроизводят человеческую реакцию на внешние воздействия и лечение.

Уникальность центра, главным образом, заключается в многообразии направлений и форм последипломной подготовки для врачей и среднего медицинского персонала. За год в МСЦ обучили специалистов по более чем 40 программам повышения квалификации по различным медицинским специальностям: хирургии (в том числе рентгеноэндоскопической и роботас-

Ориентиры

Клиническая мастерская

Симуляционные технологии – неотъемлемая часть врачебного образования

систированной), эндоскопии, сердечно-лёгочной реанимации, ультразвуковой диагностики, артроскопии, гинекологии, оториноларингологии, нейрохирургии, инструментальной диагностики, терапии, офтальмологии, акушерству, урологии, сестринскому делу и паллиативной помощи.

По всем специальностям

Дополнительные профессиональные программы обучения в центре разрабатываются совместно с главными специалистами Департамента здравоохранения Москвы. С момента открытия здесь провели 665 курсов (более 14 тыс. академических часов). Успешно реализуются программы: «Основы лапароскопической хирургии» (базовый и продвинутый курсы), «Стандартизированный пациент в практике врача-терапевта», «Методика использования симуляционных технологий в обучении врачей-урологов», «Сестринский процесс в паллиативной помощи», «Комплекс расширенной сердечно-лёгочной реанимации и интенсивной терапии на догоспитальном этапе», «Основные принципы эндоскопической эндоанальной хирургии и микрохирургии среднего уха».

Слушатели программы «Сердечно-лёгочная реанимация. Базовый курс» отрабатывают приёмы помощи пострадавшим при ЧП в метро. Для этого в МСЦ была специально сконструирована клиника-симулятор вагона.

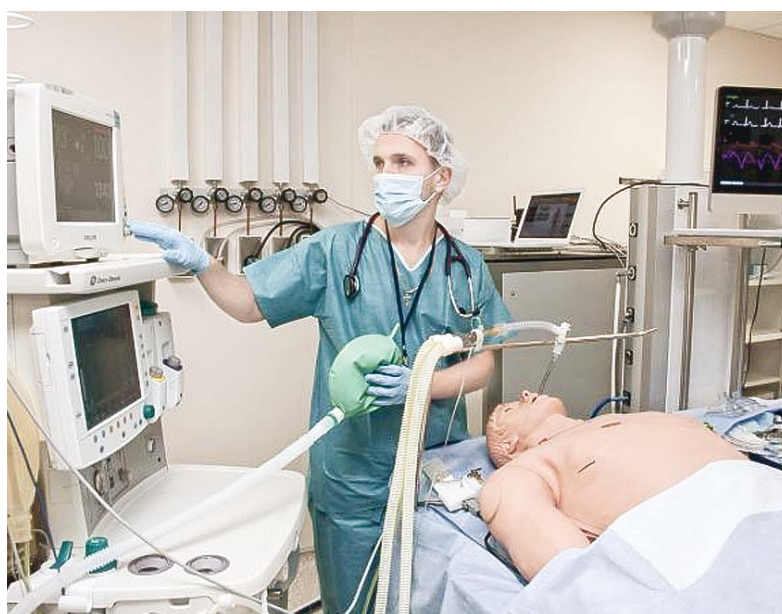
Чтобы повысить качество профессионального общения врачей с пациентами и их родственниками, в центре разработали курс бесконфликтного общения. Программу прошли уже более 600 специалистов. С января нынешнего года в МСЦ с помощью симуляционных технологий проводят также оценку компетенций при аттестации врачей-хирургов и врачей-эндоскопистов.

Наряду с этим в июне этого года в центре стартовала инновационная программа для врачей-оториноларингологов. Они

Кроме того, готовится курс «Интенсивная терапия неотложных состояний в педиатрии» для педиатров, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, программа «Взаимодействие среднего медицинского персонала в операционном блоке» (для медицинских сестёр операционных блоков) и «Управленческие подходы к обеспечению качества сестринской помощи пациентам» (для обучения старших медицинских сестёр навыкам планирования, анализа, контроля в организации сестринского процесса). В планах – прохождение

стенном месте – ресторане или клубе. Реалистичную атмосферу зала, наполненного посетителями во время возгорания, воссоздадут с помощью видеопроекций. В замкнутом пространстве возникнут шумовые эффекты, которые сопровождают пожар в помещении и панику: крики людей, треск пламени. Планируется создать эффект 5D, наполнив комнату искусственным дымом и запахом гари.

Роли пострадавших исполняют два человекоподобных робота. Они способны воспроизводить



Идёт работа с симулятором

тренируются делать операции при патологиях среднего уха, околоносовых пазух и полости носа. Недавно стартовал курс для обучения навыкам оказания паллиативной помощи.

Что день грядущий нам сулит?

У центра большие планы на будущее. В настоящее время в МСЦ разрабатывают и внедряют образовательные программы не только для медиков, но и для сотрудников экстренных служб, военных, водителей. Их будут обучать навыкам оказания первой помощи при различных чрезвычайных ситуациях.

общественной аккредитации, внедрение дистанционных форм обучения и развитие электронных информационно-образовательных ресурсов.

Также в МСЦ начала работу многофункциональная инновационная виртуальная клиника, имитирующая чрезвычайные ситуации. Это отдельное помещение, в котором будут воспроизводить аудио- и видеоэффекты пожара, наводнения и других чрезвычайных происшествий. В новой клинике-симуляторе медики будут отрабатывать приёмы оказания первой помощи пациентам в экстремальных условиях.

Первым сценарием в комнате-симуляторе станет пожар в обще-

человеческую реакцию на боль – издавать звуки, сужать зрачки. У симуляторов есть пульс и сердцебиение, у них может подниматься и опускаться артериальное давление, сбиваться сердечный ритм, им можно делать инъекции и накладывать кровоостанавливающие жгуты. Эти роботы имитируют кровотечение на руках, ногах, животе и груди. Кроме того, они могут звать на помощь, их крики слышны на расстоянии 120 м. Роботы Caesar реагируют не только на все действия врачей, но и на введённые лекарственные препараты. На них реалистично воспроизводятся травмы, ожоги, ранения и различные виды ампутации.

Как сообщили в ГКБ им. С.П.Боткина, в клинике-симуляторе будут тренировать врачей всех специальностей, а также средний медицинский персонал, работников «скорой». Они должны будут быстро и эффективно оказать помощь в экстремальных условиях.

Что характерно, обучение в новой клинике-симуляторе рекомендовано не только медицинскому персоналу городских больниц и поликлиник, но и сотрудникам подразделений МЧС, пожарным и полиции, работникам социальных служб, транспорта, образования, а также военным врачам всех видов войск, подчеркнули в Департаменте здравоохранения Москвы.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

Тенденции

Когда готовность номер один

После «пожара» в больнице пациент сочинил... стихотворение

Периодически внимание общества приковано к трагедиям, которые происходят в учреждениях для престарелых, людей с ограниченными возможностями, инвалидов и т.п. В большинстве случаев – это пожары, причиной которых становится допотопное состояние самих зданий, или же нарушение правил обращения с огнём. Как правило, такие ЧП сопровождаются большим количеством жертв, которые зачастую сами являются виновниками пожара. И это неудивительно: элементарные меры безопасности, которыми и обычные-то люди зачастую пренебрегают, для людей с ограниченными возможностями – дебри непроходимые. И вот здесь уже ответственность полностью ложится на руководителей этих специализированных учреждений...

В Ставропольской краевой клинической специализированной психиатрической больнице № 1 работа с пациентами, когда

больных обучают правилам безопасности в экстремальных ситуациях – пожаре, землетрясении, террористическом акте, ведётся

не от случая к случаю, а носит плановый характер.

Одно из таких плановых мероприятий состоялось недавно – в 16-м отделении психиатрической больницы № 1. Был проведён специальный тренинг для пациентов по мерам защиты от огня. Пациентам показали видеофильм на тему пожарной безопасности и рассказали о правилах поведения при пожаре – о том, что не нужно поддаваться панике, к кому следует в первую очередь обратиться, в каком порядке покидать здание.

И даже научили пользоваться огнетушителем!

Во время учебной тревоги пациенты вместе с персоналом организованно покинули здание, уложившись в отведённое для этого время, а после, уже в отделении, ещё раз самостоятельно проработали алгоритм действий при пожаре, шаг за шагом выполняя указания по инструкции. Напоследок закрепили материал интеллектуальной викторины и составили коллаж на тему пожарной безопасности. Эмоции были настолько сильными, что один

из пациентов под впечатлением этого события даже сочинил стихотворение!

– В ходе тренинга мы проиграли различные опасные ситуации, – рассказывает социальный работник 16-го отделения Инна Матишкина. – Объяснили пациентам, что зачастую человек сам становится виновником пожара. Подобные занятия помогают привить людям с психическими расстройствами навыки обращения с пожароопасными предметами и с огнём, а также учат их пользоваться средствами пожаротушения. Словом, подготовили к неожиданностям. А ведь этих неприятных сюрпризов всегда можно ожидать...

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Уже немало лет всё громче заявляет о себе тема старения населения. Особенно активное внимание на неё стали обращать в последнее время, в эпоху так называемого демографического перехода. Связано это с тем, что число пожилых людей растёт на всей планете. Проблемы сохранения здоровья и продления жизни особенно волнуют учёных-медиков, практиков, занимающихся так называемыми возрастными пациентами. Как помочь людям старшего возраста, как сделать их жизнь достойной? Об этом мы сегодня беседуем с заведующим кафедрой терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Института повышения квалификации ФМБА России, членом совета Международной ассоциации геронтологии и гериатрии, доктором медицинских наук, профессором Андреем ИЛЬНИЦКИМ.

Пожилый человек – это свой мир

– Андрей Николаевич, вы уже много лет изучаете медицинские аспекты жизни пожилых людей, сохранения их здоровья, качество жизни. Разработки кафедры интересны тем, что они не только двигают науку вперёд, но главное – находят практическое применение в здравоохранении, полезны докторам первичного звена, служат людям, которые особенно нуждаются в поддержании своего здоровья. Что из ваших новых работ наиболее интересно?

– Среди многих наших наработок есть те, которые сегодня особенно востребованы. В частности, такая, как гериатрический подход к пациентам. Поскольку пожилые люди, люди старческого возраста находятся в сфере внимания любого специалиста – очень важно, чтобы при встрече с ними доктор занимался не только лечением, как говорится, делал своё дело, но и прежде всего не забывал об особом подходе к ним. У нас столько «узких» специалистов – мастеров «по своему профилю», что многие из них просто не имеют представления о том, что такое целостный подход к пациенту именно пожилого возраста. А он должен быть, и что это такое – каждый врач должен знать. У нас известен, к примеру, педиатрический осмотр, а вот о гериатрическом – у докторов очень слабое представление. А существуют специальные «опросники», которые помогают выяснить состояние обратившегося к врачу пациента. В России не так давно впервые издан приказ, регламентирующий «порядки» оказания гериатрической помощи, это очень важно. Мы на нашей кафедре предложили употреблять термин «синдром старческой астении» – немощи, и он нашёл отражение в этом документе. Мы первыми в России написали монографию на эту тему, идею восприняли, и Министерство здравоохранения РФ в своём приказе фактически утвердило термин, что обязывает врача при осмотре пациента старшего возраста выяснять, страдает ли он этим синдромом.

Социальный «привкус»

– В стране у нас немало учёных, которые занимаются проблемами геронтологии. А вот что касается гериатрии, конкретной практики, – здесь наши позиции гораздо слабее...

– Что тормозит у нас развитие гериатрии? Она, конечно, ориентирована на то, чтобы человек как можно дольше оставался независимым. В ходе гериатрического осмотра важно выявить, какие причины снижают степень функциональности организма. Но у нас здравоохранение в основном ориентировано на нозологические подходы – то есть для врача важно выявить заболевание пациента и его лечить. А вот полный функциональный подход к здоровью пожилых людей пока ещё в стадии формирования, и его надо совершенствовать. Поддержать независимость пациента – это чтобы он как можно дольше оставался дома, а не в больнице, жил в своей среде, чтобы он мог ухаживать за собой – вот задача социальных служб России. Поэтому в отечественных условиях современная концепция гериатрии как нельзя лучше подходит к социальной системе, и мы на нашей кафедре

Наши интервью

В любом возрасте жить с достоинством

Что такое гериатрический подход к пациентам?



очень много занимаемся с социальными работниками, повышаем их квалификацию в области гериатрии. Животрепещущий вопрос и для социального работника – как сделать так, чтобы пожилой человек как можно меньше нуждался в посторонней помощи, чтобы его меньше опекать. Сейчас, между прочим, среди врачей развернулась дискуссия в отношении гериатрических пациентов – что является делом медицинской службы, а что – социальной. Известно, что на всех наших мероприятиях, посвящённых старшему поколению, говорят в основном о социальной службе, поднимают её вопросы, а не здравоохранения, хотя 80% помощи пожилым и старикам зависит от медиков.

– **Согласна с вами полностью. На всех общественных встречах, где приходится бывать, отмечается, что деньги за пожилых в основном уходят в социальную, а не медицинскую службу. Это сложившаяся практика или недопонимание медицинской составляющей для оптимального решения проблемы?**

– Сейчас весь мир, и мы в том числе, живёт в обществе потребления, когда человек должен работать, зарабатывать, быть включённым в общество. А пожилой человек – это другая «структура». Например, нынешний Папа Римский Франциск, который говорит жёстко, но во многом правильно, утверждает, что сегодня в современном обществе потребления сформировалась своеобразная «культура отбросов». Среди большинства людей, включённых в этот дикий ритм общества потребления, есть люди, исключённые из него. Вот к этим «исключениям» относятся старики, инвалиды. Как их поддерживать? Пока современная сущность гериатрии – близость нашего человека к социальной помощи.

– **Гериатрическая служба ещё очень молодая, ей предстоит**

много открытий, поисков, внести много проблем, которые выдвигает современный мир. Что более всего волнует сегодня ваш коллектив?

– Мы, сотрудники кафедры, часто ездим по свету и видим, как эти проблемы решаются в других странах. Кстати, может показаться неожиданным, но гериатрия весьма развита в таких странах, как Эквадор, где мы читали лекции, в Аргентине, Бразилии, других государствах Латинской Америки. Вра-

выяснить параметры качества жизни пожилого пациента. Это и есть пример использования современной технологии в гериатрии. Мы демонстрировали свою программу в Европе на ряде конференций, всем она очень понравилась. Коллеги отмечали такие её особенности, как отсутствие необходимости принимать лишние лекарства, возможность разработать для возрастного пациента рацион питания. Простота её позволяет даже медицинской сестре работать

сультации, организовывать туры здорового образа жизни. Будем практиковать поездки на отдых и там не только развлекаться, ничего не делать, но и читать лекции о том, как правильно себя вести. Что нас, врачей, подтолкнуло к данной идее? Мы с ужасом как-то поняли, что наш «массовый» человек совершенно не знает, что такое параметры здоровья, что такое целевое давление, гипертензия, что наступает время, когда надо постоянно принимать препараты,

самостоятельно. Наша программа находится в свободном доступе на сайте кафедры.

Кстати, я демонстрировал её в Финляндии на конгрессе гериатров стран Северной Европы в минувшем июне, докладывал результаты на международных встречах. Положительный резонанс очевиден.

– **А что делать человеку, если он равнодушен к своему здоровью, не верит в свои силы, считает, что его возможности исчерпаны?**

– За всем этим всегда стоят определённые диагнозы. Ведь в нашей программе есть такие шкалы, как «моральная неудовлетворённость», «депрессия». Это всё надо лечить. Пациент, возможно, потерял интерес к жизни, просто устал от неё. Ему обязательно надо поставить правильный диагноз, чтобы пожилой мог и сам себе помогать. Современный мир изменился, идёт смена поколений, смена взглядов на жизнь, в том числе на гериатрию.

У нас кафедра называется «терапии, гериатрии и антивозрастной медицины». Слово «антивозрастная» всегда очень пугало людей на Западе, потому что у нас разный менталитет. Россиян настораживает слово «старость», они не хотят стареть, а европейцы понимают, что старение неизбежно. И ВОЗ в 2015 г. изменила парадигму. Вышел первый доклад по старению, где впервые прозвучал термин «здоровое старение». И это вызвало бум статей в специальной прессе. Сейчас интерес гериатров смещается даже не к возрасту 75 лет и старше, а к превентивной гериатрии, когда можно заниматься профилактикой, «благополучным» старением – это акцент сегодняшнего дня. Данное понятие включает в себя несколько направлений – это общие сведения для населения, человека, как вести здоровый образ жизни, питаться, быть физически активным, что способствует здоровому старению. Второе условие – своевременное выявление заболеваний, которые возникают по мере увеличения возраста, и их профилактика, например, та же вакцинация. Третье направление – это предупреждение малофункционального старения, поскольку после 60 лет появляются гериатрические синдромы, например, человек начинает падать, у него случаются переломы руки, бедра, всё это ведёт к утрате независимости, финансовым потерям, а это надо и можно предупреждать. Все эти проблемы очень актуальны. Наша кафедра и научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология» открыли лабораторию «Центр функционального долголетия», где будем говорить о культуре диалога. К сожалению, мы в медицинских учреждениях мало разговариваем с пациентами. Теперь же в рамках превентивной гериатрии будем проводить кон-

а не курсами, в общем, люди элементарно неграмотны. Слово «омоложение» уже в прошлом. Организовывать публику будем через интернет, объявления. У нас появилось немало людей, которые заинтересованы в своём здоровье. Превентивная гериатрия – это объяснение человеку, что такое здоровье, как за ним следить. Наши люди, приходя к врачу, не понимают, насколько они погружены в хаос рекламной, коммерческой информации, им трудно ориентироваться. А человек должен знать, как правильно измерять давление и каким оно должно быть. Тогда и уровень инсультов, инфарктов через какое-то время снизится.

Такая школа общения с пациентом, по-моему, очень важна, поскольку считаю, что у врача не должно быть высокомерного отношения к больному. Что такое – наша знаменитая терапевтическая школа, к которой принадлежали такие выдающиеся доктора, как С.Боткин, Г.Захарьин, А.Остроумов, Н.Стражеско? Они были профилактиками, а в наше время этот образец русской терапевтической школы подзабыт, врачи разучились разговаривать с пациентами. А сейчас говорить о здоровье можно не только при личных встречах, но и через социальные сети, использовать клубные формы работы, читать лекции заинтересованным людям, надо искать любую возможность услышать время, идти в ногу с ним, а здравоохранению, врачам заниматься просветительской работой, поскольку это одно из направлений превентивной гериатрии. Мы не высокомерные, идём в любую аудиторию, которая хочет услышать информацию о здоровом образе жизни. Чтобы развивать новую специальность, нужны идеи, именно они помогут пожилому человеку быть независимым, жить с достоинством. Помню, когда начал врачевать, на приём приходило много пожилых пациентов, на каком-то этапе я стал задавать себе вопрос: отчего он, 70-летний старик, пришёл ко мне, что он хочет от доктора – ходит, жалуется, – пока я вдруг в один момент не понял, что это тоже болезнь. Раз человек пришёл в поликлинику, значит, он болен, им надо серьёзно заниматься. И вот когда я это понял, я полюбил пациентов и начал серьёзно заниматься гериатрией. Всё зависит от человека и от его профессионализма, как только врач выявит гериатрический синдром, он «включается» в профессиональный подход к пациенту и оказывает помощь на самом современном уровне.

Беседу вел
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

В предыдущей публикации (см. «МГ» № 75 от 05.10.2016) мы рассматривали проблему беременности с точки зрения её сохранения и благополучного развития младенца. Нерождённый ребёнок – особый член семьи. Как же вести себя будущим родителям, чтобы снизить риск возникновения у него телесных и душевных заболеваний, психологических комплексов и личностных проблем? Попробую ответить на этот вопрос на основе опыта наших занятий со студентами-медиками по пренатальной педагогике и психологии, проходивших в течение 18 лет в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова. Надеюсь, материал будет полезен и врачам, консультирующим супружеские пары до и во время беременности.

Диета и «тренажёрный зал в животике»

Повивальные бабки, акушерки-повитухи и лекари-монахини истари обучали женщину правильному поведению после зачатия. Прошли тысячелетия, и обоснованность этих рекомендаций доказали современные учёные (Д.Чемберлен, Ж.Уитвелл, Г.Филиппова, Н.Подобед, Н.Жаркин, Н.Чичерина и другие). Последние достижения медицины и психологии фактически подтверждают мудрость народного разума: первое звено крепкого здоровья и грамотного воспитания сокрыто в лоне матери. И подчас нужно приложить массу усилий, чтобы исправить ошибки и упущения дородового периода.

Какие же способы обучения и воспитания неродившегося дитя допустимы? Что приемлемо и проверено столетиями?

Начну с того, что прикосновение к животу, поглаживание и лёгкий массаж брюшной стенки позволяют наладить между матерью (отцом) и ребёнком глубокий контакт. Малыш воспринимает мягкое прикосновение к животу матери как объятие и на бессознательном уровне «понимает», что его любят, берегут и ждут. Психологи убеждены, что после рождения ребёнок и родители будут лучше понимать друг друга.

Телесный контакт бывает и опосредованным. Согласно некоторым исследованиям, когда будущие мамы рисуют, лепят или делают аппликации, то стимулируют мелкую моторику (движения) рук и развитие соответствующих отделов мозга плода. Это весьма благотворно отражается на его физическом и нервно-психическом состоянии. Формирующийся вестибулярный аппарат и орган слуха положительно реагируют на такие нерезкие, спокойные движения.

Также и чувство вкуса можно развивать ещё до рождения. По мнению психологов, ребёнку небезразлична пища, которую ест мама, поскольку он ежедневно поглощает определённое количество околоплодной жидкости. Если в неё ввести раствор сахара, он с удовольствием «проглатывает» двойную порцию, а горький раствор «пьёт» очень мало. Учёным удалось получить уникальный снимок плода с гримасой недовольства, вызванной неприятными вкусовыми ощущениями.

В околоплодную жидкость попадают разные вещества из того, что ест и пьёт беременная женщина. Таким образом, ребёнок «знакомится» с взрослой пищей задолго до рождения.

«Танец дыхания» под музыку

Серьёзная нагрузка, которую ребёнок получает в процессе родов, обусловлена гипоксией. Чтобы меньше травмировать малыша, нужно заранее, хотя бы в малой степени, приучить его переносить кислородное голодание. Для этого беременные выполняют специфические дыхательные и вокально-дыхательные тренировки: обучаются

Продолжаем разговор

Главней всего погода в доме...

Пренатальная психология и педагогика как основа здоровья



Неродившийся ребёнок уже знакомится с окружающим миром

глубокому, волнообразному и озвученному голосом дыханию. Ритм этого «танца дыхания» подбирается индивидуально, чтобы ощущения были приятными.

На мой взгляд, один из самых действенных и проверенных методов дородового воспитания – музыкотерапия. Ещё в 1913 г. наш выдающийся психоневролог академик В.Бехтерев организовал Комитет по изучению воспитательного и лечебного действия музыки. Он считал, что музыка положительно влияет на дыхание, кровообращение, снимает усталость и придаёт бодрость. Учёный подчёркивал важную роль колыбельных песен для полноценного развития маленького ребёнка.

Поскольку первые контакты со звуком накладывают серьёзный отпечаток на всю жизнь человека, к выбору мелодий следует подходить очень осторожно и взвешенно. Беременным рекомендуются приятные, умиротворяющие мелодии. Их периодическое звучание закладывает у ребёнка хорошие музыкальные способности и предпочтения. Малыш распознаёт стихи и песни, «услышанные» в чреве матери. Причём они успокаивают его и быстро снимают эмоциональное напряжение. Конечно, не надо утрировать и устраивать своего рода «концерты по заявкам эмбриона». Однако музыка, вызывающая у матери радость и покой, ощущение красоты, уюта и гармонии, передаёт тот же эмоциональный настрой и её ребёнку.

Во Франции существует «поющий» родильный дом Мишеля Одена. Там проводят занятия по хоровому пению с будущими родителями. Установлено, что сочинения Бетховена и Брамса немного возбуждают младенца, а Моцарта и Вивальди – успокаивают его.

Известный американский дирижёр Борис Брот в одном из своих интервью на вопрос, где он научился любить музыку, дал удивительный ответ: «Эта любовь жила во мне ещё до рождения». Впервые

знакомясь с определёнными произведениями, он уже знал партию скрипки, не успев перевернуть страницу партитуры! Брот терпелся в догадках. Однажды он упомянул об этом при матери, которая в прошлом играла на виолончели. Мать пересмотрела свои старые программы и обнаружила, что сын знал наизусть именно те произведения, которые она разучивала во время беременности.

Разумеется, никто не возьмётся утверждать, что будущая мать, часто слушая музыку или играя на музыкальных инструментах, обязательно родит композитора, певца или музыканта. Но, несомненно, её дети будут восприимчивы к музыке. Впечатления от неё сохраняются надолго. После рождения младенец обычно узнаёт ту колыбельную, которую он «слышал» в утробе. Он перестаёт плакать, лицо становится внимательным и сосредоточенным.

А вот примечательный опыт, обычно вызывавший неподдельный интерес и вопросы студенческой аудитории. Беременных женщин анкетировали по поводу их музыкальных предпочтений. Потом давали прослушивать аудиокассеты. Подчеркну: аудио-, а не видеокассеты. Музыкальные произведения располагались в одном ряду от классики и церковных песнопений до тех направлений тяжёлого рока, ритмы которых деструктивны и дисгармоничны. Как вы думаете, менялось ли поведение плода? Когда плод «слышал» тяжёлый рок, частота его сердечных сокращений повышалась, двигательная активность резко увеличивалась, и импульсы коры головного мозга напоминали приступы эпилепсии.

А что происходило, когда беременным ставили более спокойные и мелодичные произведения? Умиротворение, нормализация сердечной деятельности... Ласковые голосовые вибрации действуют весьма благотворно, а громкие ритмичные звуки заставляют сердце биться сильнее и чаще. И во-

обще любое мелодичное, приятное музыкальное сопровождение, не раздражающее мать, влияет на плод лучше какофонии.

«Как он там, мой зайчик?»

Каждой маме важно уметь представлять своего ребёночка. Мысленный контакт выражается в реакции плода на эмоции и внутренние реплики. Иногда ребёнок прекращает бурные шевеления, когда уставшая мать просит его успокоиться и дать ей возможность отдохнуть. А если муж кладёт руки на живот беременной супруги, желая ощутить движения плода, тот чаще всего как нарочно замирает. Причём это повторяется неоднократно, и будущему папе редко удаётся стать свидетелем шевеления сына или дочки. Ребёнок как бы «заигрывает» с папой, пробуждая его отцовские чувства и желание встречи. «Как же мне подловить тебя, маленький мой?» – думает отец.

Разговаривать с нерождённым ребёнком очень полезно. Но надо учитывать, что он не слышит конкретных слов и не всегда распознаёт голос. Однако любые звуки извне (прежде всего речь родителей) – это ценная информация, стимулирующая созревание и налаживающая обратную связь с внешним миром.

Вот любопытный эксперимент. На последней неделе беременности одинаковый текст читали сначала мама, затем кто-то посторонний. После рождения малышу надевали наушники, включали запись и давали соску, по интенсивности сосания которой текст мог переключаться. Ребёнок довольно быстро ориентировался и активнее сосал под более привычный голос матери. При другом исследовании, текст до родов читала только мама, а потом новорождённому давали прослушать её же голос, но с иным текстом. Малыш выбирал знакомый текст.

По мнению известного детского невропатолога, доктора медицинских наук, профессора Анатолия Берестова, информация, полученная ребёнком в утробе матери, уходит после рождения в область подсознательного, в «генетическую память», и человек ничего не помнит. Но подсознание оказывает огромное влияние на соматическое, психическое и духовное развитие. Это мощнейший рычаг, движущий нашими мотивами, мыслями и поведением.

«Подсознание – таинственная область души, где рождаются мысли, образы, чувства, желания, переживания, – утверждает Анатолий Берестов. – У человека, живущего бездуховной жизнью, именно подсознание чаще всего формирует поведение, направленное на удовлетворение его физиологических потребностей. Информация, получаемая из внешнего мира и внутренних органов, не осознаётся нами... Ребёнок во внутриутробном периоде воспринимает информацию на подсознательном уровне. Мы должны использовать это для воспитания».

Связующая нить любви

Любовь и забота мужа о беременной жене – один из главных факторов формирования у будущего ребёнка ощущения счастья. Оно передаётся через уверенность и спокойствие матери. Несмотря на занятость, родители обязательно должны найти время для доверительного и ласкового общения с ребёнком. Они расскажут, с каким нетерпением и радостью ожидают его появления на свет, каким здоровым и сильным хотят его видеть. Сознательные усилия родителей окупятся сторицей: прибавят малышу крепости и сил.

Привязанность и симпатия к нерождённому – прекрасный способ сберечь и укрепить его здоровье. Трудно переоценить влияние такого благожелательного отношения. Оно не ограничивается внутриутробным периодом и в значительной мере определяет характер будущих контактов с ребёнком. Всё, что произойдёт в дальнейшей жизни, будет накладываться на пережитое им до появления на свет. Порой связующая нить любви сохраняется всю жизнь и не прерывается в критических ситуациях. Взрослея, ребёнок становится неуправляемым и напористым. В какие жуткие ситуации влывается, пытается самоутвердиться! До него «не достучишься» ни просьбами, ни уговорами, ни нотациями. Но на подсознательном уровне сердце продолжает находиться во власти любви, радовавшей его ещё до рождения. И подросток ответит на неё взаимной любовью. Быть может, это единственная узда, способная оградить от ошибок необузданного переходного возраста...

Консультируя супружеские пары, автор этих строк не раз слышал и такие признания: «Подготовиться к беременности и родам нам очень помогли церковные Таинства (прежде всего исповедь и причастие), богослужения, молитвы, чтение православной литературы и посылный пост. Благотворный духовный и психологический настрой, несомненно, передался нашему малышу». Разумеется, подобные свидетельства отражают сугубо личные переживания и ощущения. Однако опыт положительный.

Наши занятия по пренатальной психологии и педагогике, проходившие в МГМСУ им. А.И.Евдокимова, не оставляли равнодушными студентов и особенно студентов. Иногда меня спрашивали: «Скажите в двух словах, что же самое важное в дородовом поведении будущих родителей?» Ответ обычно вызывал и добрые улыбки, и серьёзные размышления: «Мать – это изумительный домик нерождённого младенца. Поэтому главней всего погода в доме».

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры общей психологии
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 80 (2019)

(Окончание. Начало в № 83 от 02.11.2016.)

Для миофасциального болевого синдрома при БНС характерно:

- 1) мышечный спазм;
- 2) болезненные мышечные уплотнения;
- 3) триггерные точки;
- 4) зона отражённых болей;
- 5) миофасциальные нарушения в области спины возникают вследствие перенапряжения во время тяжёлой физической нагрузки, перерастяжения и ушибов мышц, нефизиологичной позы при работе, как реакция на эмоциональный стресс;
- 6) при пальпации мышца спазмирована, болезненна, с участками локального повышения тонуса (триггерные точки), нажатие на которые воспроизводит привычную для пациента боль;
- 7) триггерные точки могут находиться в активном состоянии (зона повышенной возбудимости мышцы или её фасции, которая вызывает боль в покое и при движении, сопровождается напряжением мышцы) и в пассивном состоянии (триггерная точка выявляется только при пальпации мышцы).

Основные диагностические критерии миофасциального болевого синдрома в области спины (необходимо наличие всех пяти):

- 1) жалобы на локальную боль;
- 2) наличие при пальпации «тугого» тяжа в мышце;
- 3) наличие участка повышенной чувствительности в пределах «тугого» тяжа;
- 4) характерный паттерн отражённой боли или чувствительных расстройств;
- 5) ограничение объёма движений.

Дополнительные диагностические критерии миофасциального болевого синдрома в области спины (необходимо наличие одного из трёх):

- 1) воспроизводимость боли или чувствительных нарушений при стимуляции триггерных точек;
- 2) локальное вздрагивание при пальпации триггерной точки заинтересованной мышцы или при инъекции в триггерную точку (симптом «прыжка»);
- 3) уменьшение боли при растяжении или при инъекции в мышцу.

Лабораторные и инструментальные методы обследования
Обследование пациента с неспецифической БНС (по данным международных рекомендаций):

- 1) в международных клинических рекомендациях по диагностике и лечению неспецифической БНС указывается на отсутствие необходимости в лабораторно-инструментальных методах исследования (уровень доказательности В);
- 2) согласно Европейским рекомендациям по диагностике и лечению острой неспецифической БНС от 2006 г., при отсутствии «знаков угрозы» обследование пациента может быть отсрочено, по крайней мере, на 4-6 недель, которые обычно необходимы для купирования боли (уровень доказательности В);
- 3) применение любых видов обследования в случаях, когда нет «знаков угрозы», считается нецелесообразным из-за отсутствия связи между клиническими проявлениями БНС и выявляемыми изменениями в результатах лабораторно-инструментальных методов диагностики (уровень доказательности С);
- 4) при продолжительности БНС более 6 недель показано обследование: клинический анализ крови, биохимия крови, уровень простат-специфического антигена (ПСА), рентгенография поясничного отдела позвоночника (уровень доказательности В);
- 5) при подозрении на наличие одного из опасных состояний (обнаружение «знаков угрозы») врач должен назначить обследование и направить пациента к соответствующему специалисту (невролог, нейрохирург, онколог и т.д.) (уровень доказательности В);
- 6) применение рентгенографии позвоночника оправдано при наличии «знаков угрозы», при острой БНС длительностью более 1 месяца, всем больным с хронической БНС (уровень доказательности В);
- 7) применение КТ/МРТ позвоночника обосновано при прогрессировании неврологической спинальной и корешковой симптоматики, подозрении на инфекционный процесс, высокой вероятности необходимости хирургического лечения из-за грыжи межпозвонкового диска (уровень доказательности В);

- 8) денситометрия показана: всем женщинам с БНС старше 65 лет, женщинам в постменопаузальном периоде моложе 65 лет при наличии факторов риска, мужчинам старше 70 лет, взрослым с переломами при минимальной травме, при заболеваниях и состояниях, приводящих к снижению минеральной плотности костной ткани (уровень доказательности С);
- 9) клинический анализ крови и общий анализ мочи показаны при «знаках угрозы» (уровень доказательности В);
- 10) определение уровня простат-специфического антигена показано при подо-

Хроническая боль в спине

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

зрении на злокачественное образование предстательной железы (уровень доказательности С);

- 11) сцинтиграфия проводится (после рентгенографии) по показаниям для диагностики онкологических заболеваний (уровень доказательности С);
- 12) электронейромиография не показана в диагностике хронической неспецифической боли в спине (уровень доказательности В); возможно её использование в дифференциальной диагностике у пациентов с радикулопатией и спинальным стенозом (уровень доказательности С).

Обследование пациента с неспецифической БНС в общей врачебной практике:

- 1) клиническое обследование;
- 2) общий анализ мочи;
- 3) клинический анализ крови;
- 4) рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- 5) по показаниям: рентгенография таза, КТ или МРТ поясничного отдела позвоночника, сцинтиграфия костей.

Обследование пациента с БНС и радикулопатией:

- 1) консультация невролога;
- 2) рентгенография поясничного отдела позвоночника;
- 3) МРТ или МСКТ поясничного отдела позвоночника;
- 4) электронейромиография нижней конечности на стороне корешкового синдрома показана при выявленных признаках «выпадения» функции корешка (анестезия, снижение глубокого рефлекса, периферический парез в соответствующей мiotоме).

Обследование пациента с БНС, обусловленной серьёзной патологией позвоночника и спинного мозга:

- 1) консультация специалиста (невролог, нейрохирург, онколог и др.);
- 2) рентгенография поясничного отдела позвоночника;
- 3) МРТ или МСКТ поясничного отдела позвоночника;
- 4) клинический анализ крови и общий анализ мочи;
- 5) биохимический анализ крови;
- 6) определение уровня ПСА;
- 7) денситометрия;
- 8) сцинтиграфия костей.

Обучение пациентов с БНС

1. Неспецифическая «простая» боль в спине:

- 1) нет причин для волнений;
- 2) лечение будет успешным, но может потребоваться несколько недель;
- 3) полное излечение возможно, но рецидивы не исключены;
- 4) необходимо по возможности сохранять обычную активность и избегать постельного режима.

2. Корешковая боль в спине (БНС с радикулопатией):

- 1) нет причин для волнений;
- 2) лечение будет успешным, но может потребоваться несколько месяцев;
- 3) полное излечение возможно, но риск рецидивов высок;
- 4) необходимо по возможности сохранять обычную активность и избегать постельного режима.

3. Серьёзная патология с БНС:

- 1) необходимы дополнительные исследования для установления причины;
 - 2) специалист (невролог, нейрохирург, онколог и др.) назначит необходимое лечение;
 - 3) до установления причины необходимо избегать физических нагрузок.
- Всем пациентам даются рекомендации о правильном положении тела во время сна, работы, вождения машины. Объясняется важность правильной осанки. Рекомендуется комплекс упражнений для укрепления мышц спины.

Причины развития хронической боли в спине:

- 1) психосоциальные факторы риска в развитии хронической БНС являются наиболее статистически значимыми и потенциально модифицируемыми;
- 2) результат комбинации дегенеративных изменений позвоночника и повреждения различных структур (обычно мышц и связочного аппарата) вследствие микротравматизации, возникающей иногда на фоне

3) назначение доказанного эффективного лечения (в первую очередь для устранения боли);

4) коррекция тактики ведения при её неэффективности в период 4-12 недель.

Согласно международным рекомендациям, в лечении хронической БНС наиболее эффективны: трициклические антидепрессанты, нестероидные противовоспалительные средства, психотерапия, лечебная физкультура, мануальная терапия. Методы лечения хронической неспецифической боли в пояснично-крестцовой области, согласно международным рекомендациям и научно-доказательной медицине, отражены в таблице 1 (в скобках указан уровень доказательности).

В отечественном национальном руководстве «Неврология» (2010) приводится сводная таблица эффективности методик лечения БНС (табл. 2), составленная на основе анализа современных литературных данных, отвечающих принципам доказательной медицины.

Краткая характеристика основных методик лечения хронической БНС:

1. Отношение к массажу при хронической боли в спине в различных клинических рекомендациях является неоднозначным. В частности, европейские клинические рекомендации по диагностике и лечению БНС от 2006 г. не рекомендуют использовать массаж при хронической боли в спине (уровень доказательности С).

2. Пациентам с хронической болью в спине не рекомендуется назначение постельного режима и тракционной терапии (уровень доказательности В).

3. Также не рекомендуется ношение бандажей и корсетов (уровень доказательности В).

4. В ряде современных клинических рекомендаций физиотерапевтические воздействия (лазеротерапия, диатермия, лечение ультразвуком, термотерапия, чрескожная электрическая стимуляция) не рекомендуются в качестве методов лечения хронической боли в спине (уровень доказательности С). Оценка их истинной эффективности крайне затруднена, так как качественные рандомизированные клинические исследования по изучению их эффективности отсутствуют (уровень доказательности D).

5. Изменение представлений пациента о его боли (снижение уровня катастрофизации) является эффективным методом лечения различных хронических болевых синдромов и применяется в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии (уровень доказательности В).

6. Нестероидные противовоспалительные препараты показаны короткими курсами при обострении хронической БНС (уровень доказательности В). Имеются многочисленные качественные доказательства, что неселективные и селективные ингибиторы ЦОГ-2 достоверно снижают интенсивность хронической боли в спине.

7. Убедительных доказательств преимуществ анальгетической активности одного нестероидного противовоспалительного средства перед другим в настоящее время нет (уровень доказательности D).

8. При выраженной боли и отсутствии эффекта от нестероидных противовоспалительных средств, возможно использование следующих препаратов: трамадол, трансдермальные терапевтические системы, содержащие фентанил (уровень доказательности С).

9. Миорелаксанты (тизанидин, толперизон, баклофен) показаны при диагностированном мышечном (мышечно-тоническом или миофасциальном синдроме) генезе хронической БНС (уровень доказательности С).

10. При отсутствии эффекта от миорелаксантов, выраженных нейропсихологических расстройствах с преобладанием тревоги и нарушений сна показаны короткие курсы бензодиазепинов (диазепам) (уровень доказательности С).

11. Имеются доказательства, что норадренергические и норадренергическисеротонинергические антидепрессанты эффективно снижают интенсивность боли у пациентов с хронической болью в спине и их эффективность выше, чем у ингибиторов обратного захвата серотонина (уровень доказательности С).

Сравнительная эффективность методов лечения хронической БНС

Метод лечения	Уровень доказательности	Польза от применения
Трициклические антидепрессанты	Высокий (В)	От небольшой до умеренной
Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)	Высокий (В)	Умеренная
Психотерапия (когнитивно-поведенческая психотерапия и прогрессивная мышечная релаксация)	Высокий для когнитивно-поведенческой психотерапии (В) и умеренный (С) для прогрессивной мышечной релаксации	Умеренная для когнитивно-поведенческой психотерапии и небольшая для прогрессивной мышечной релаксации
Мануальная терапия	Хороший (В)	Умеренная
Выполнение упражнений	Хороший (В)	Умеренная
Междисциплинарные программы реабилитации	Хороший (В)	Умеренная
Парацетамол	Умеренный (В)	Небольшая
Акупунктура	Умеренный (с недостаточно хорошо воспроизводимыми результатами при сравнении с плацебо) (С)	Умеренная
Опиоиды и трамадол	Умеренный (преимущественно основан на данных исследований других хронических болевых синдромов) (С)	Умеренная
Короткие индивидуальные образовательные программы	Умеренный (С)	Умеренная
Массаж	Умеренный (С)	Умеренный
Антиконвульсанты	Умеренный (габапентин), низкий (топирамат) (С)	Небольшая (габапентин при радикулопатии), невозможно определить (топирамат)
Бензодиазепины	Умеренный (С)	Умеренная
Йога	Умеренный (вини-йога), низкий (хатха-йога) (D)	Умеренная (вини-йога), невозможно определить (хатха-йога)
Школы боли в спине	Умеренный (с некоторой противоречивостью данных) (D)	Небольшая
Использование жёсткого матраса	Умеренный (D)	Нет ни вреда, ни пользы
Тракционная терапия	Умеренный (D)	Нет пользы
Ацетилсалициловая кислота	Низкий (D)	Невозможно определить
Миорелаксанты	Низкий (D)	Невозможно определить
Биологическая обратная связь (БОС)	Низкий (для БОС с визуальными или аудиосигналами) (D)	Невозможно определить
Лазеротерапия	Слабый (D)	Невозможно определить
Ношение пояса	Слабый (D)	Невозможно определить
Воздействие коротковолновыми токами	Слабый (D)	Невозможно определить
Чрескожная электростимуляция	Слабый (D)	Невозможно определить
Ультразвуковое воздействие	Слабый (D)	Невозможно определить
Радиочастотная деструкция или другие малоинвазивные вмешательства	Слабый (D)	Невозможно определить

12. Анальгетический эффект антидепрессантов не зависит от наличия или отсутствия сопутствующей депрессии (уровень доказательности В).

13. По данным зарубежных рекомендаций, убедительные доказательства эффективности антиконвульсантов для лечения хронической боли в спине отсутствуют (уровень доказательности С). Даже если указывается на возможность использования антиконвульсантов, то подчёркивается

их меньшая эффективность в сравнении с антидепрессантами.

14. В отечественной практике для лечения хронических нейропатических болевых синдромов используют следующие антиконвульсанты: прегабалин, габапентин, карбамазепин ретард (уровень доказательности D).

Лекарственная терапия хронической БНС

1. Ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства (короткие курсы при обострении болевого

синдрома, таб. 7-10 дней или в/м 5-7 дней + гастропротекция: мизопростол, омепразол) (уровень доказательности В):

- Диклофенак: таб. 25 мг, 50 мг, 100 мг (ретард), до 150 мг/сут; амп. 3 мл (75 мг), в/м;
- Кетопрофен: таб. 100 мг, до 150 мг/сут; амп. 2 мл (100 мг), в/м;
- Мелоксикам: таб. 7,5 мг, 15 мг, до 15 мг/сут; амп. 1,5 мл (15 мг), в/м;
- Парацетамол: таб. 200 мг, 500 мг, до 3000 мг/сут.

Таблица 2

Сравнительная эффективность методов лечения острой и хронической боли в спине

Лечение	Рекомендации	Острая БНС	Хроническая БНС
Самопомощь	Сохранение обычной активности	+	+
	Заочное обучение пациентов (брошюры, разъяснение причин боли)	+	+
	Местные тепловые процедуры	+	
Лекарственная терапия	Парацетамол	+	+
	НПВП	+	+
	Миорелаксанты	+	
	Трициклические антидепрессанты		+
	Бензодиазепины	+	+
	Трамадол и другие опиоиды	+	+
Немедикаментозная терапия	Мануальная терапия	+	+
	Физические упражнения		+
	Массаж		+
	Акупунктура		+
	Йога		+
	Когнитивная поведенческая терапия		+
	Релаксация		+
	Интенсивная междисциплинарная реабилитация		+

Примечание к таблице 2: знаком «+» помечены рекомендации, имеющие степень доказательности В или С. Ни один из методов лечения БНС (особенно хронической) не имеет степени доказательности А.

2. Наркотические анальгетики (кратковременные курсы при неэффективности нестероидных противовоспалительных средств, при выраженном болевом синдроме и БНС, обусловленной серьёзной патологией) (уровень доказательности С):

- Трамадол: капс. 50 мг, до 100 мг/сут; амп. 1 мл (50 мг), 2 мл (100 мг).

3. Миорелаксанты (курс от 2 до 6 недель, в зависимости от выраженности мышечно-тонического или миофасциального синдрома) (уровень доказательности D):

- Тизанидин: таб. 2 мг, 4 мг, 6 мг, до 12 мг/сут;
 - Толперизон: таб. 50 мг, 150 мг, до 450 мг/сут; амп. 1 мл (100 мг) в/м;
 - Баклофен: таб. 10 мг, 25 мг, до 30 мг/сут.
4. Местные анестетики (для лечебных блокад) (уровень доказательности D):
- Прокаин: амп. 1 мл (5 мг); амп. 1% 1мл; амп. 2% 2 мл; р-р 0,5% 200,0, до 250 мг/сут;
 - Лидокаин: амп. 1% 10 мл; амп. 2% 2 мл; 2% 10 мл, до 250 мг/сут.

5. Кортикостероидные средства (для лечебных блокад и инъекций при выраженном болевом синдроме во время обострения хронической БНС и неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов) (уровень доказательности D):

- Дексаметазон: амп. 1 мл (4 мг), до 4 мг/сут в/м, или до 12 мг/сут в/в капельно;
- Бетаметазон: амп. 1 мл (7 мг), до 7 мг/сут в/м.

6. Антидепрессанты и средства нормотимического действия (курс 1-3 месяца) (уровень доказательности В):

- Амитриптилин: таб. 10 мг, 25 мг, до 75 мг/сут;
- Венафаксин: таб. 37,5 мг, 75 мг, до 75 мг/сут;
- Дулоксетин: капс. 30 мг, 60 мг, до 60 мг/сут.

7. Транквилизаторы (алпразолам при высоком уровне тревоги, курс 1-2 месяца; феназепам или диазепам при обострении боли и неэффективности миорелаксантов, для центрального действия, курс 1-2 недели) (уровень доказательности С):

- Алпразолам: таб. 250 мкг, 500 мкг, 1 мг, до 1 мг/сут;
- Феназепам: таб. 0,5 мг, 1 мг, до 2 мг/сут;
- Диазепам: таб. 5 мг, до 10 мг/сут.

При неэффективности стандартных подходов в лечении хронической БНС возможно использование следующих **дополнительных методик**, оказывающих воздействие на локальный источник боли (после консультации невролога/нейрохирурга) (уровень доказательности D):

1) лечебные медикаментозные блокады (паравerteбральные, корешковые, межпозвонковых суставов, крестцово-подвздошных суставов и др.);

2) в лечении миофасциального болевого синдрома возможно использовать инъекции в активные триггерные зоны, особенно при резистентности боли к медикаментозной терапии и ЛФК;

3) мультидисциплинарный подход к лечению пациентов с хронической БНС: медикаментозное лечение, образование пациента, выполнение ЛФК, психотерапевтические воздействия, проводящиеся на регулярной основе (несколько часов в неделю) с участием нескольких специалистов (психотерапевта, инструктора по ЛФК, терапевта и др.);

4) радиочастотная деструкция нервов фасеточных суставов;

5) минимально инвазивные внутридиск-овые электротермические воздействия;

6) автоматизированная чрескожная диск-эктомия;

7) чрескожная лазерная поясничная диск-эктомия и нуклеопластика;

8) эпидуральные инъекции кортикостероидов и анестетиков;

9) эпидуральный адгезиолизис;

10) интратекальное введение лекарственных средств;

11) хроническая эпидуральная нейростимуляция задних столбов спинного мозга.

Под редакцией главного специалиста по семейной медицине (общей врачебной практике) Минздрава России, академика РАН Игоря ДЕНИСОВА.

Список сокращений
БНС – боль в нижней части спины
КТ – компьютерная томография
ЛФК – лечебная физкультура
МКБ-10 – международная классификация болезней 10 пересмотра
МРТ – магнитно-резонансная томография
МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография
НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты
ПСА – простат-специфический антиген
ЦОГ-2 – циклооксигеназа-2

Специалисты, работающие в области нейротехнологий, во время мероприятия вынесли на обсуждение разработки, направленные на восстановление пациентов, потерявших возможность двигаться, полноценно общаться с окружающим миром.

Заря нейронета

Участвующий в работе конференции заместитель председателя правительства Самарской области, руководитель Департамента информационных технологий и связи, заведующий кафедрой информационных систем и технологий в медицине Самарского государственного медицинского университета Станислав Казарин отметил, что правительство Самарской области системно поддерживает инициативы СамГМУ, направленные на развитие новой отрасли экономики «IT – медицина». «Проблематика, которой занимается медицинский университет, чрезвычайно важна не только для региона, но и в целом для всего научного сообщества. Вопросы создания умных устройств нужно решать также для многих отраслей народного хозяйства, в том числе и для развития аэрокосмической отрасли», – отметил С.Казарин.

В ходе конференции прозвучало много интересных выступлений. Одно из них – доклад старшего научного сотрудника Центра нейроинженерии Университета Дьюка (США) М.Лебедева, который был посвящён расширению функций мозга нейрокомпьютерными интерфейсами. Учёный уверен, что в мозге нет локализованных центров, которые кодируют какую-то специальную информацию, несколько областей осуществляют кодирование информации одновременно. Он классифицировал интерфейсы по функциям как моторные, сенсорные, сенсомоторные, когнитивные и мозгосети. Если ког-

Деловые встречи

Догоняя воображение

Международная конференция «Нейрокомпьютерный интерфейс: наука и практика» прошла в Самаре



Участники конференции в центре прорывных исследований СамГМУ

нитивные интерфейсы управляют высшими функциями мозга, то мозгосети уже позволяют проводить исследования с множеством разумных объектов.

В своём докладе исполнительный директор отраслевого союза «НейроНет» А.Семёнов отметил, что сегодня запускается всё больше и больше международных проектов в области исследований головного мозга. «В рамках национальной технологической инициативы запущена «дорожная карта» «НейроНет», и Самара становится одной из точек роста в области нейротехнологий, –

сказал А.Семёнов. – Нам уже сегодня необходимо смоделировать, какие рынки будущего нужно развивать, чтобы через 15-20 лет мы были не на последних ролях, а в числе лидеров».

Поиск фундаментальных закономерностей

Доклад заведующего лабораторией нейроинтерфейсов Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова А.Каплана был посвящён проблемам совместимости мозга и компьютера.

«Фундаментальная наука не может развиваться без практических приложений и обратной связи, – сказал он. – Поэтому мы выстраиваем путь от фундаментального исследования до её адаптации в клинике. Вопросов много: как прочитать технические функции мозга, откуда брать сигналы, как их координировать».

Профессор С.Бенсмай (Университет Чикаго, США) рассказал о моделировании тактильных ощущений (чувствительности) для бионической руки: «Когда мы держим в руках объект, то получа-

ем информацию о его размерах, форме, весе. Это два встречных процесса – сигнал о том, как мы хотим двигать рукой и информация от рецепторов руки. Наша задача – внедрить подобные рецепторы в роботизированные протезы, чтобы информация от них шла в мозг, как и у обычных людей», – отметил профессор.

Доклады, прозвучавшие на конференции, охватили очень широкий спектр вопросов.

Владимир РЕЗНИКОВ,
внест. корр. «МГ».

Самара.

Современные технологии

Спасибо профессору Токийского технологического института Ёсинори Осуми, объяснившему миру, как происходит аутофагия – процесс переработки и реутилизации клеткой «пришедших в негодность» клеточных компонентов. Нобелевская премия по физиологии и медицине, которую присудили г-ну Осуми в 2016 г., – безусловно, заслуженная им награда. Теперь вопрос в другом: найдёт ли наука варианты применения феномена аутофагии для решения задач практической медицины?

Комментируя решение Нобелевского комитета отметить премией именно эту научную работу, заведующий лабораторией геномной и белковой инженерии Института химической биологии и фундаментальной медицины Сибирского отделения РАН доктор биологических наук Дмитрий Жарков признаёт, что явление аутофагии в последнее время оказалось в центре внимания мировой науки. Одно из направлений, где пытаются найти ей применение – продление жизни человека. Теоретически это возможно за счёт интенсификации аутофагии: если стимулировать данный процесс, клетки будут активнее обновляться и дольше жить, создавая тем самым условия для долголетия человека.

Как «приручить» аутофагию?

Самоочищение клетки от микобактерий туберкулёза – мечта фтизиатров

По словам биолога, процесс аутофагии может быть использован в создании успешных способов лечения нейродегенеративных заболеваний, бактериальных и вирусных инфекций, а также онкологической патологии.

– Но в случае с онкологией аутофагия – палка о двух концах. С одной стороны, она за счёт расщипки повреждённого внутриклеточного содержимого помогает уничтожать раковые клетки. С другой – в некоторых случаях помогает им выживать, например, когда мало кислорода или питания. Тем не менее, зная молекулярные механизмы и влияя на нужные белки классическими фармакологическими способами, можно сделать так, чтобы процесс работал либо сильнее, либо слабее, либо избирательно. Это требует больших исследований, но в целом реализуемо, – говорит Д.Жарков.

Что касается инфекционной патологии, пожалуй, сильнее всех заинтересованы в «правильном использовании» феномена аутофагии фтизиатры. Ещё весной нынешнего года, то есть задолго до объявления реше-

ния комитета по Нобелевским премиям, в одном из научных журналов появился обзор «Аутофагия в патогенезе туберкулёза», подготовленный группой новосибирских учёных. Авторы (А.В.Чечушков, Н.К.Зенков, П.М.Кожин, Т.А.Колпакова, Е.Б.Меньщикова из Института экспериментальной и клинической медицины РАН, Новосибирского НИИ туберкулёза Минздрава России, Новосибирского государственного медицинского университета) обобщили результаты исследований, которые проводятся по данной теме в разных странах.

Как пишут авторы статьи, аутофагия – важный иммунный механизм, который определяет устойчивость организма к внутриклеточным патогенам, в том числе к микобактерии туберкулёза (МБТ). В 2004 г. американские исследователи впервые установили, что фармакологическая индукция ксенофагии (как варианта селективной аутофагии) снижает выживаемость МБТ в инфицированных макрофагах.

Казалось бы, победа над туберкулёзом уже в наших руках?

Однако всё не так просто, а точнее, совсем не просто. Как пишут в своём обзоре новосибирские учёные, выраженность защитной роли аутофагии зависит от баланса индуцирующих и ингибирующих факторов: «Несмотря на то, что ранний ответ инфицированных клеток и иммунной системы на инвазию МБТ сопровождается индукцией аутофагии, микобактерии способны избежать распознавания, а также ингибировать аутофагию уже на ранних этапах инфицирования».

Как перехитрить изворотливую микобактерию туберкулёза? В качестве потенциального способа рассматривается фармакологическая индукция аутофагии. Новосибирские учёные говорят о том, что за рубежом уже проведены исследования in vitro, показавшие снижение численности и жизнеспособности микобактерий в инфицированных макрофагах под влиянием одного из препаратов-иммунодепрессантов. Как выяснилось, действующее вещество этого препарата является ингибитором mTORC1 – белкового комплекса, который «служит главным внутриклеточным «вы-

ключателем» аутофагии». Увы, помимо плюсов, эксперимент показал и немало минусов применения иммунодепрессанта в качестве активатора аутофагии.

В настоящее время пока нет фармпрепаратов, способных усиливать аутофагию и при этом не оказывать негативного влияния на иммунную систему. Но научный поиск продолжается. Как сказано в обзоре, «стимулом служит тот очевидный факт, что фармакологический перезапуск аутофагии эффективен и не встречает препятствий со стороны микобактерии».

Если учёным удастся подобрать ключик к аутофагии и «запустить» этот механизм с нужной силой, они получат возможность не только создать новые способы терапии туберкулёза, в том числе с множественной и широкой лекарственной устойчивостью, но и усилить эффективность вакцинации БЦЖ за счёт формирования у человека высокоспецифичных адаптивных реакций против коварной микобактерии.

Елена ЮРИНА,
МИА Сити!

Недавно в Ставропольском государственном медицинском университете состоялась международная научно-практическая конференция «Медицинская профилактика, реабилитация и курортная медицина на рубеже III тысячелетия». «Международность» была обеспечена присутствием и активным участием медиков из Индии, Иордании, США и КНР. О роли в этом форуме Китая следует сказать особо. Прежде всего, конференция проходила под эгидой Российско-Китайской ассоциации медицинских университетов (РКАМУ). Ассоциация создана в 2014 г. по инициативе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова и Харбинского медицинского университета для сотрудничества в научных, образовательных целях и обмена информацией. На первых порах в ассоциацию входили по 10 вузов с каждой стороны, сейчас там 35 российских и 46 китайских медицинских вузов. Делегация «поднебесной» была самой многочисленной. Но брать они настроились не числом, а умением.

А началось всё с «круглого стола» «Векторы инновационного развития», на котором ректор СтГМУ профессор Владимир Кошель представил иностранным гостям научный и образовательный потенциал медицинского университета. Судя по высказываниям участников «круглого стола», которые успели познакомиться с вузом днями ранее, потенциал накоплен действительно серьёзный. Что же касается векторов развития, то главная мысль, которая заключалась в сообщении Владимира Кошеля, состояла в том, чтобы сложить эти векторы и сообща двигаться в одном направлении вне зависимости от особенностей наших стран.

На заседании «круглого стола» выступили: руководитель китайской делегации Ду Чжиминь; руководитель травматологической клиники в Иордании Хамди Некреш; профессор Университета АННА города Ченнай (Индия) Азад Абдул Кадер; профессор медицинского колледжа Университета Западной Каролины Алекс Саргсян.

В частности, Хамди Некреш (кстати, один из первых выпускников Ставропольского в ту пору ещё мединститута) рассказал, что сейчас в ассоциации русскоязычных врачей Иордании более 4500 врачей, которые в разное время окончили советские и российские медицинские вузы, и данный многочисленный отряд задаёт тон в здравоохранении этой арабской страны.

Представитель США Алекс Саргсян рассказал о ступени бакалавриата в системе среднего и высшего профессионального медицинского образования, существующей в его стране.

Итоги и прогнозы

Когда оживают пророчества

Ставропольский медицинский университет получил кредит доверия от зарубежных коллег



Участники «круглого стола»

Не оставило равнодушным никого из участников «круглого стола» и выступление госпожи Ду Чжиминь, профессора Харбинского медицинского университета. В частности, она рассказала, что в их вузе, основанном в 1962 г., с первых дней занялись проблемами трансплантации органов вообще и пересадкой головы, в частности. Сначала это были собаки, затем – обезьяны; очевидно, что готовится почва для пересадки головы человека. В Харбинском университете достигнуты успехи и в пересадке сердца: в азиатском регионе это самый высокий показатель продолжительности жизни у человека, которому пересадили сердце в клинике университета.

Я не зря акцентировал внимание читателей именно на этой части выступления руководителя делегации КНР госпожи Ду Чжиминь. Здесь хотелось бы отправиться вместе с читателями на «машине времени» в Черкесск двухнедельной давности, на международную конференцию «Современные проблемы клинической медицины». Выступая там в качестве сопредседателя, ректор СтГМУ профессор В.Кошель необычайно заинтриговал сообщением о неких достижениях российской медицины: «Сейчас мы стоим на пороге великих свершений, я



Пленарное заседание открывает ректор СтГМУ Владимир Кошель

имею в виду открытия в области регенеративной медицины. Более того, тот кластер, который создан на Северном Кавказе по приказу Минздрава России и сегодня включает в себя 8 вузов Северо-Кавказского федерального округа, в ближайшее время даст хорошую

научную продукцию. Но сама по себе она ничего не значит, поскольку должна идти «в народ».

Сопоставив выступление Владимира Кошеля в Черкесске и его коллеги из Харбина на конференции в Ставрополе, я нашёл в них много общего. Что называется, «в

тему» было и сообщение Карэна Амлаева, проректора по международной и межрегиональной деятельности СтГМУ, о том, что сейчас вместе с коллегами из Великобритании прорабатывается вопрос об открытии на базе университета Центра регенеративной медицины.

После заседания «круглого стола» я не преминул задать вопрос Карэну Амлаеву.

– Карэн Робертович, можно ли считать, что с открытием выше-названного центра «голова профессора Доуэля» перестанет быть фантастикой?

Вот что он ответил: «Я бы поостерегся от громких заявлений, но, при этом, то, что раньше было чудом – пересадка сердца, печени, лёгких, – сейчас это обычная рутинная процедура в ведущих клиниках. Кто знает, может быть, лет через 20 и голову кто-нибудь пересадит. Самое главное, что есть желание заниматься этой научной работой».

С большой долей вероятности можно предположить, что слова профессора К.Амлаева окажутся пророческими. Так, исследователи творчества французского фантаста Жюль Верна пришли к выводу, что 80% его «литературных пророчеств» сбылись, а чем хуже наш Александр Беляев с его «головой...»?

Возвращаясь к теме конференции, можно сказать, что, несмотря на международное участие, «трудностей перевода» не возникало, поскольку был организован синхронный перевод и выступления китайских делегатов переводили «живую», что ещё раз подтверждает высокий уровень организации форума.

В течение первых двух дней конференции одновременно на нескольких площадках СтГМУ работали две секции: «Медицинская профилактика и реабилитация в детском возрасте» и «Медицинская профилактика и реабилитация во взрослом возрасте». К окончанию второго дня работы форума участники дружной командой перекочевали в Ессентуки, что само по себе вполне логично: где ещё изучать курортную медицину как не в признанной всероссийской здравнице?

...Что же касается кредита доверия, о котором говорилось в начале повествования, за него проголосовали международные делегации, «проголосовали ногами», прибыв на форум, несмотря ни на какие препоны.

Остаётся добавить, что всего за три дня конференции в ней приняло участие более 650 специалистов из разных стран. А это – очень добрый знак.

Рубен КАЗАРЯН,
собр. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Профилактика

Министерство здравоохранения РФ сообщает об окончании поставок вакцин против гриппа во все субъекты Российской Федерации в рамках Национального календаря профилактических прививок (НКПП).

Суммарно в регионы РФ централизованно доставлено 47 млн 800 тыс. доз вакцин. В 2015 г. объём поставок составил 39 млн 189 тыс. доз.

В соответствии с приказом Минздрава России № 755н от 27.10.2015 «Об утверждении формы статистического учёта № 1-грипп «Сведения об острых респираторных вирусных инфекциях, включая грипп» и порядка её заполнения» Министерством здравоохранения РФ осуществляется еженедельный мониторинг заболеваемости ОРВИ и

Вакцины поставлены

Прививки показывают высокую эффективность

гриппом и вакцинации против гриппа.

По информации из регионов, по итогам этой недели (с 24 по 28 октября 2016 г.) за счёт федеральных средств против гриппа привито около 40 млн человек (27,4% от населения Российской Федерации), в том числе 11 млн детей.

По информации НИИ гриппа Минздрава России тенденции заболеваемости ОРВИ не гриппозной этиологии и отдельно гриппом, по данным клинической диагностики, остаются стабильными. Согласно рекомендациям ВОЗ, во

все вакцины включены антигены штаммов гриппа типов А и В:

- А/Калифорния/7/2009 (H1N1)
- А/Гонконг/4801/2014 (H3N2)
- В/Брисбен/160/2008.

Вакцины против гриппа были централизованно доставлены за счёт средств федерального бюджета. В дополнение к этому, вакцины также закуплены за счёт региональных бюджетов и работодателями, – прокомментировал заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой. – В этом году мы впервые перешли рубеж 40% вакцинации населения Российской Федера-

ции против гриппа – это как раз тот уровень, который позволит управлять эпидемическим процессом, контролируя его».

По словам заместителя министра, сегодня в России один из самых полных Национальных календарей профилактических прививок, который распространяется на всех граждан страны. С.Краевой пояснил, что в 2006 г. на этапе начала массовой вакцинации против гриппа было привито около 28 млн человек, заболеваемость составила 355 на 100 тыс. населения. Увеличение охвата вакцинации к 2015 г. до 40

млн (в 1,5 раза) привело к тому, что заболеваемость гриппом снизилась в 10 раз (34 человека на 100 тыс. населения). Исходя из чего, можно сделать вывод об эффективности вакцинации.

Как добавил советник министра Игорь Ланской, в настоящее время продолжается стартовавший в 2015 г. провакцинальный марафон «Вакцинация – здоровая нация». В частности, на 15 ноября 2016 г. запланировано проведение Всероссийского конгресса «Иммунобиологический щит России» с участием представителей Минздрава России, Минпромторга, региональных министерств здравоохранения и других ведомств, а также членов профильных общественных организаций и СМИ.

Андрей ДЫМОВ,
МИА Сити!

Москва.

Конгрессы Международного общества истории медицины – МОИМ (International Society for the History of Medicine – ISHM) проводятся раз в два года в разных странах (см. «МГ» № 81 от 15.10.2004, № 77 от 11.10.2006, № 90 от 28.11.2008 и № 82 от 31.10.2014). Нынешний 45-й конгресс впервые прошёл в Южной Америке.

В столице Аргентины Буэнос-Айресе и пригородах проживает около 12 млн человек – почти треть 40-миллионного населения страны, на территории которой может уместиться несколько Франций. Вот почему один из аргентинских участников конгресса сравнил свою страну с большеголовым карликом: всё сосредоточивается в столице – широкие проспекты, стеклянные небоскрёбы, замечательные музеи, гигантский оперный театр и трущобы, где туристам лучше не появляться.

По следам Че Гевары

В начале сентября, то есть ранней весной (зима и лето меняются местами в Южном полушарии), в Буэнос-Айресе было промозгло, холодно и дождливо, и листья ещё не распустились. Поэтому не так обидно было просиживать целыми днями на заседаниях в здании медицинского факультета Университета Буэнос-Айреса (УБА) – массивном 17-этажном здании первой половины прошлого века, занимающем целый квартал. Его фронтоны украшены скульптурами корифеев – от Гиппократов и Галенов до Рентгена и Эрлиха. В вестибюле шумно и оживлённо – студенты раздают листовки, устраивают собрания, собирают какие-то подписи. Как мне объяснили, идут выборы органов студенческого самоуправления. В коридорах гораздо спокойнее – студенты сидят прямо на полу, читают, пьют кофе, стоят в очередях, чтобы войти в лифт. Через дорогу от главного входа стоят памятники знаменитым аргентинским медикам. Среди них – скромная тумба, посвящённая самому известному выпускнику медицинского факультета УБА – легендарному Эрнесто Че Геваре (1928-1967). Но молодой врач, боготворивший Альберта Швейцера и мечтавший лечить прокажённых южноамериканцев, вскоре становится профессиональным революционером. Вместо медицинских рецептов он составляет свою рецептуру коктейлей Молотова, которая «отличалась простотой в изготовлении и доступностью компонентов», инициирует бессудные казни после победы Кубинской революции и называет Сталина «великим марксистом». Героическая смерть сделала из него икону нон-конформизма.

Научная программа конгресса МОИМ была весьма обширной. Длится он 5 дней под девизом «Медицина в мире и в Америке: идентичности и влияния» (Medicine in the world and in America: Identities and Influences). Было заявлено 25 основных тем – от «истории зоонозов» до «истории университетской реформы в Аргентине и её влияния на испанский мир». Пленарные заседания конгресса проходили в главной аудитории, представляющей собой амфитеатр. Над сценой висело гигантское историческое полотно, а в углу сцены – флаг Аргентины (две голубых и белая полосы с солнцем посередине). Рядом анатомичка, куда делегаты съезда заходили во время кофе-брейков. За стойкой лаборант выдает кости, и студенты изучают их, сидя за столиками. Этажом выше находится анатомический музей, где студенты зарисовывали препараты, а напротив его – кафедра медико-гуманитарных дисциплин, в состав которой входят Институт истории медицины и Музей истории медицины и хирургии. Там можно увидеть довольно внушительную коллекцию хирургических инструментов позапрошлого века, наркозных аппаратов, шприцов, неврологи-

свою лекцию взаимовлиянию древнеегипетской и древнегреческой цивилизаций, выделив 5 периодов – от первых торговых контактов (2600-1200 гг. до н.э.) – до птолемейского (начиная с III века до н.э.). Особенно тесные связи были у Египта с островом Крит (начиная с додинастического периода до XII века до н.э.). Как известно, многие лекарства были заимствованы греками у египтян.

Великобританию и остался там навсегда. «Он никогда не получил бы Нобелевскую премию, если бы жил в Аргентине», – отметил Пергола. После государственного переворота и прихода к власти в 1976 г. военной хунты в Аргентине пропали десятки тысяч людей, многие уехали. В обозримом будущем аргентинских Нобелевских лауреатов по физиологии и медицине не предвидится.

той или иной форме преподаётся только в 76. Бразилия занимает одно из первых мест в мире по числу медицинских школ, но лишь в 31 (из 271) преподаётся история медицины, причём в 10 из них этот предмет является элективным. Для улучшения ситуации и привлечения внимания к истории медицины Мартинс и коллеги подготовили онлайн курс видеолекций по истории медицины,

Далёкое – близкое

Танго в белых халатах

Собственный корреспондент «МГ» побывал на конгрессе Международного общества истории медицины в Буэнос-Айресе



Здание медфака УБА

ческих молоточков, интерьер врачебного кабинета 1930-1940-х гг. и т.д. На фармацевтическом факультете в музеях фармакоботаники и фармации можно узнать о народной медицине индейцев, увидеть чучела животных, висящую на стене шкуру крокодила, многочисленные банки с заспиртованными змеями, гербарии и т.д., а в другом крыле здания на факультете онтологии располагается небольшой музей по истории зубоврачевания.

Среди участников конгресса преобладали представители Аргентины и других стран Латинской Америки. Лишь несколько человек приехало из США и Западной Европы. Из России был только автор этих строк. Основными языками конгресса стали английский, французский и испанский, но доминировал, конечно, испанский (на французском был заявлен всего один доклад). Пленарные сессии шли с синхронным переводом на английский. Во время одного из заседаний переводчик поинтересовался, нужен ли кому-нибудь английский перевод. Кажется, поднялась только моя рука. Перевода на секционных заседаниях не было.

Нобелевские лауреаты

Конгресс открылся лекцией президента МОИМ Джорджо Занкина (G.Zanchin, Италия) о головной боли во время авиаперелётов (airplane headache). Она усиливается при посадке, вызывает неприятные эмоции и может быть предотвращена путём приёма нестероидных противовоспалительных препаратов за час до приземления. Наверное, такой доклад был бы более уместен на неврологической конференции.

Вице-президент МОИМ и организатор нынешнего конгресса египтолог Ана Мария Россо (A.M.Rosso, Аргентина) посвятила

Директор Института истории медицины УБА профессор Федерико Пергола (F.Pergola) рассказал об аргентинских Нобелевских лауреатах в области физиологии и медицины и химии – Бернардо Альберто Усэе (открытие роли гормонов передней доли гипофиза в метаболизме глюкозы, 1947), его ученике Луисе Федерико Лелуаре (открытие метаболизма лактозы, 1970) и Сезаре Мильштейне (открытие принципа продукции моноклональных антител, 1984). Все они были детьми эмигрантов и находились в Аргентине в очень стеснённых условиях. Усэй был уволен из УБА в 1943 г. во время гонений на интеллигенцию (он всего лишь подписал коллективное письмо, призывающее власти соблюдать конституцию), и создал с нуля частный исследовательский институт. Лелуар эмигрировал в США, а вернувшись в Аргентину, вынужден был работать на примитивной аппаратуре. Мильштейн в молодом возрасте уехал в

Кого, когда и чему учить?

Преподавание истории медицины также было одной из основных тем конгресса. В УБА она преподаётся только на последипломном уровне. А как обстоит дело в других странах? По словам Антонио Кавалькан-ти де Мартинса (A.Cavalcanti de Martins, Бразилия), история

доступ к которым может получить любой студент (на YouTube или на сайте университета). Технология очень проста – выбирается тема, пишется сценарий, подбираются иллюстрации и саундтрек и на-читывается текст. При подготовке сценария видеолекции учитывается исторический контекст, приводятся основные факты и открытия, сообщаются биогра-



Президенты МОИМ Дж.Занкин (слева) и К.Виеска

медицины знакомит студентов с медицинской деятельностью и её традициями (такими как преданность больному и ответственность перед обществом), помогает видеть сегодняшнюю медицинскую практику в историческом контексте, обогащает студентов знаниями по этике, культуре и экономике, помогает по новому взглянуть на эпистемологию и философию, развивает навыки критического мышления, любознательность и желание заниматься исследовательской деятельностью. К сожалению, сегодняшнее расписание медицинских факультетов (или вузов) перегружено. Из 174 медицинских школ США история медицины в

фические данные. Иллюстрации можно найти в интернете – на сайте Вэллкомской библиотеки по истории медицины или сайте Национальной медицинской библиотеки США. Вставка картинок и наложение музыки осуществляются с помощью бесплатной программы (Windows Movie Maker). «Понимание процесса создания виртуальной коллекции видеороликов по истории медицины может представить интерес для других авторов и может применяться в других областях знания», – считает Мартинс.

Преподаванию истории медицины были посвящены две параллельные сессии. Автор этих строк сообщил об истории её преподавания в Российской империи, СССР и постсоветской России.

Лайбио Мартине (L.Martire, Бразилия) рассказал о важности истории медицины для подготовки будущего врача и предложил свою программу её преподавания. Он считает знакомство с историей медицины лучшим способом гуманизации студентов-медиков. Важно их мотивировать, показать им решающие моменты, определившие эволюцию медицины и связать эти ключевые исторические события с сегодняшней ситуацией. Выступление было образным и эмоциональным: «Занятие медициной без знания её истории подобно возделыванию земли без оглядки на небо, откуда лётся дождь, орошающий землю, и свет, являющийся источником жизни». В предложенной про-



Знакомство с экспозицией

грамме предлагается изучать историю медицины на 4-м курсе в течение 2 семестров. Раз в два года Мартин публикуют сборники по истории медицины, где помещает работы своих студентов.

Медицина и религия

На сессии «Медицина, культура, искусство и религия» с докладом об инсульте в драмах и романах выступил Аксель Каренберг (A.Karenberg, Германия). Если в классических произведениях апоплексический удар (инсульт) означал неминуемую смерть и завершал сюжет, то после Второй мировой войны он лишь менял течение повествования (герой продолжал жить после перенесённого инсульта). Инсульт также использовался как метафора. Например, в романе Ивана Гончарова «Обломов» (1859), считает Каренберг, повторные ишемические атаки символизировали обречённость российского феодализма и метафизическую бездомность. При интерпретации описаний инсульта в художественной литературе нужно учитывать как медицинскую, так и литературную традиции.

На этой же сессии состоялась презентация новой книги Гари Фернгрена (G.Ferngren, США) «Медицина и религия: историческое введение», в которой рассматривается пересечение медицины и врачевания в западном мире от ранних цивилизаций Египта и Месопотамии до наших дней. Фернгрэн выделяет 8 «точек пересечения» медицины и религии: 1) концепции здоровья; 2) причины и лечение болезней; 3) медицинская этика; 4) теодидея; 5) благодеяние; 6) религиозное исцеление; 7) утешение и 8) смерть и умирание. Безусловно, список может быть расширен – например, сострадание. В зале присутствовало 5 человек.

Немного больше сидело в другом зале, где прозвучал доклад Оскара Адольфо Мартинеса (O.A.Martinez, Аргентина) об обсидиановых лезвиях. Как известно, обсидиан представляет собой вулканическое стекло, из пластин которого изготавливались лезвия уже в эпоху неолита. Мартинес и соавторы под микроскопом сравнили обсидиановые сколы с современными хирургическими лезвиями. Оказалось, что толщина обсидианового лезвия по порядку меньше, чем стального, и может достигать 3 нм. При этом у него, в отличие от стального лезвия, ровные края, а производимые разрезы вызывают меньшую воспалительную реакцию. Таким образом, мы имеем пример использования нанотехнологий в каменном веке.

Постерная сессия оказалась весьма любопытной. Как известно, Аргентина является родиной танго – удивительно красивого и эротичного танца (в современном путеводителе по Буэнос-Айресу он определяется как «секс в положении стоя»), который был очень популярен среди аргентинских врачей. Поэтому обратил на себя внимание постер «Медицина и танго» (E.F.Martinez и соавт., Аргентина). В 1924 г. известный в Буэнос-Айресе хирург Энрике Финочетто решил отдохнуть с друзьями в одном кабаре, знаменитом своим танго-оркестром. К ним подошёл скрипач Хулио де Каро, сообщивший, что жена одного из официантов погибает от острого живота. Финочетто тотчас же обследует и оперирует женщину, а на следующий день Хулио де Каро сочиняет знаменитое танго «Buen Amigo» и посвящает его знаменитому хи-

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к районам Крайнего Севера)

приглашает на постоянное трудоустройство врачей следующих специальностей:

- ✓ уролога
- ✓ оториноларинголога
- ✓ эндокринолога
- ✓ кардиолога
- ✓ педиатра участкового.
- ✓ инфекциониста
- ✓ эндокринолога детского
- ✓ терапевта участкового
- ✓ психиатра нарколога детского

Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом

8 (912) 080-80-48 – заместитель главного врача

по поликлинической работе

8 (950) 511-57-83 – заместитель главного врача по детству.

Официальный сайт: sovboynitsa.ru

Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО – Югра 628240.

Резюме направлять по E-mail: sovhospital@sovboynitsa.ru

Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте www.sovboynitsa.ru

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к районам Крайнего Севера)

приглашает на постоянное трудоустройство

ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО.

Предоставляются:

- ▶ единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн руб. (Закон «О внесении изменений в ст. 3.1. Закона ХМАО – Югры «О регулировании отдельных вопросов в сфере охраны здоровья граждан в ХМАО – Югре» № 53-оз от 16.06.2016
- ▶ служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом

8 (912) 080-80-48 – заместитель главного врача

по поликлинической работе.

Резюме направлять по e-mail: sovhospital@sovboynitsa.ru

Адрес: ул. Гагарина, д. 62/а, г. Советский,

ХМАО – Югра 628240.

рургу. Что объединяет медицину и танго? Возможно, тесная связь страдания и боли, своей и чужой. Случайное совпадение? Но, по словам классика аргентинской литературы Хорхе Луиса Борхеса, «всякая случайная встреча – свидание».

Экс-президент МОИМ Афанасиос Диамандопулос (A.Diamandopoulos, Греция) до выхода на пенсию работал нефрологом, что отразилось на теме его постерного доклада об использовании гемодиализного

Наконец, не могу не упомянуть о постере Пабло Эугенио Балькарче (P.E.Balcarce, Аргентина), посвящённом диссертации вышеупомянутого гуманиста и врача, лауреата Нобелевской премии мира Альберта Швейцера «Иисус с точки зрения психиатрии» (1913). Некоторые психиатры диагностировали у Иисуса паранойю. Например, на страницах издаваемого в Свердловске доктором Сегалиным журнала «Клинический архив гениальности и одарённости» в 1927 г. появилась



Делегаты съезда в музее фармакоботаники

фильтрата в качестве удобрения. Уже в Древнем Китае гостям предлагалось собирать свою мочу в горшки, чтобы хозяин поливал ею сад. Диамандопулос стал дважды в неделю поливать свой огород диализным фильтратом от больного почечной недостаточностью. Хорошо рос только сельдерей. Однако, по мнению автора, причина заключается в слишком высокой концентрации мочевины. Если мочу разбавить, то можно сэкономить тонны воды, которая пропадает в отделениях гемодиализа. «Полученные результаты подтверждают прошлый опыт использования человеческих экскрементов в качестве удобрений, что делает изучение истории медицины практически значимым», – резюмирует автор.

статья психиатра Я.Минца «Иисус Христос как тип душевнобольного». Если бы такой «мессия», отмечает Минц, объявился в наши дни, он был бы подвергнут принудительной госпитализации в психиатрическую больницу. Швейцар полемизирует с подобными интерпретациями, упрекая психиатров в буквальном прочтении библейских текстов.

Органы на продажу

Впервые в работе МОИМ приняла участие представительная китайская делегация во главе с директором Центра истории медицины в Пекине Жаном Да-Кингом (Zhang Da-king). Состоялась пленарная сессия «Транс-миссия и трансформация ме-

Областному государственному бюджетному учреждению здравоохранения «Усть-Кутская районная больница» (местность приравнена к районам Крайнего Севера) требуются врачи следующих специальностей:

- фтизиатр, терапевт, акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, неонатолог, офтальмолог, невролог, рентгенолог, общей практики, кардиолог, педиатр, оториноларинголог, стоматолог, стоматолог-ортопед.

Зарплата от 30 тыс. руб., служебная квартира, соцпакет. Молодым специалистам гарантируется выплата подъемных в размере 200 тыс. руб.

– психиатр для работы в посёлке Верхнемарково по программе «Земский доктор» (выплата подъемных согласно программе), заработная плата от 40 тыс. руб.

Тел.: (39565) 5-77-35 (главный врач), 5-84-82 (зам. главного врача по общим вопросам), 5-79-02 (отдел кадров).

В ОГБУЗ «Казачинско-Ленская РБ» требуются следующие специалисты:

с высшим медицинским образованием:

- ✓ терапевт участковый – 3
- ✓ акушер-гинеколог – 1
- ✓ кардиолог – 1
- ✓ эпидемиолог – 1
- ✓ статистик – 1
- ✓ дерматовенеролог – 1
- ✓ анестезиолог-реаниматолог – 1
- ✓ педиатр районный – 1
- ✓ врач функциональной диагностики – 1
- ✓ эндокринолог – 1
- ✓ оториноларинголог – 1
- ✓ хирург – 1.

Зарплата – от 25 тыс. руб., выплата подъемных – 50 тыс. руб.

Оплата за аренду жилья – в размере 50%.

со средним медицинским образованием:

- ✓ фармацевт – 1
- ✓ медицинские сёстры – 12.

Зарплата – от 13 тыс.руб., выплата подъемных – 25 тыс. руб., оплата за аренду жилья – в размере 50%.

Адрес: ул. Российская, 6, п. Магистральный, Казачинско-Ленский р-н, Иркутская обл. 666504.

Тел.: (39562) 4-19-70, 4-09-33 (отдел кадров).

E-mail: mail@klr-crb.ru

дицинских знаний в социальных контекстах: Китай и Запад», где прозвучало 4 доклада китайских историков медицины. Европейские медицинские миссионеры появились в Китае в начале XIX века «с Библией и ланцетом». Постепенно появились китайские переводы западных медицинских книг. Китайские интеллектуалы на рубеже XX века требовали «препарировать общество» (dissection of society), «препарировать традицию» (dissection of tradition) и «препарировать самих себя» (self-dissection). Большие надежды возлагались на науку, которая должна была содействовать модернизации бедного и отсталого Китая. В 1937 г. было создано Американское бюро медицинской помощи Китаю (The American Bureau for Medical Aid to China – АВМАС), снабжавшее страну лекарствами, медицинской аппаратурой и хирургическим инструментарием, книгами и журналами, а также поддерживавшее подготовку местного медперсонала. Для борьбы с эпидемиями сначала присылались вакцины из США, а в 1940 г. в Китае была построена фабрика, которая за один год произвела 5 млн доз противочумной вакцины. В 1944 г. в одном из китайских госпиталей начала работу станция переливания крови, просуществовавшая около года. Постепенно изменилось отношение китайцев к донорству крови – их удалось убедить в его безвредности. В 1946 г. американцы открыли в Китае завод по производству пеницилина. Одновременно проводились санитарно-гигиенические мероприятия. После прихода к власти коммунистов во главе с Мао Цзе Дуном в

1949 г. деятельность Американского бюро продолжалась лишь на Тайване.

Коммунистический Китай сам стал активно помогать другим странам в области сельского здравоохранения с целью распространения революционных взглядов «Председателя Мао». После его смерти эта помощь (в основном, африканским государствам) стала более прагматичной.

Сессия закончилась на скандальной ноте. Последнему докладчику был задан вопрос из зала о торговле органами казнённых преступников. Председательствующий – казначей МОИМ Альфредо Мусайо-Сомма (A.Musajo-Somma) – заявил, что это провокационный политический вопрос, не имеющий отношения к истории медицины. Тут поднялся вышеупомянутый Афанасиос Диамандопулос, сказавший, что подобная практика насчитывает не менее двух десятилетий, и потому данный вопрос является историко-медицинским. Одна из китайских докладчиц стала оправдываться, что продажа органов в Китае уже прекращена и надо учиться на прошлых ошибках.

Жан Да-Кин, избранный советником МОИМ, пригласил всех участвовать в международной конференции по истории медицины в Пекине летом будущего года. Новым президентом МОИМ стал Карлос Виеска (C.Viesca, Мексика). Следующий конгресс МОИМ состоится в сентябре 2018 г. в Лиссабоне.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
спец. корр. «МГ».

Буэнос-Айрес – Москва.

Проекты

Вакцинация: эффективно и безопасно

В нынешнем году мир отмечает 220-летие со дня первой вакцинации, произведённой в 1796 г. английским врачом Эдвардом Дженнером. Тем не менее, несмотря на более чем двухвековую историю иммунизации и огромный прогресс в производстве вакцин, все возможные последствия прививок до сих пор не известны. Более того, до сих пор не существует чёткого разграничения между понятиями «поствакцинальная реакция» и «поствакцинальное осложнение», поэтому их искусственно объединяют термином «побочное действие вакцин».

Большинство побочных поствакцинальных реакций, как известно, не имеет специфических проявлений. Это делает невозможным установление причинно-следственной связи между вакциной и поствакцинальными синдромами, имеющими неясную этиологию, такими, как внезапная детская смерть, синдром Гийена – Барре, синдром хронической усталости, аутоиммунные катастрофы и пр.

Зарубежная медицинская статистика отмечает случаи отдалённых достоверных последствий вакцинации. В частности, через 6-8 месяцев после прививки коревой вакцины из штамма Эдмонстон-Загреб отмечалась повышенная смертность среди привитых детей от различных заболеваний. Поэтому особенно востребованными стали испытания на больших группах населения (около 100 тыс. человек), которые проводятся, как правило, в период массовых кампаний по иммунизации. С их помощью появление специфических синдромов можно достоверно связать с применением вакцины. В частности, именно так была выявлена связь вакцинации против свиного гриппа и синдрома Гийена – Барре, краснухи и случаев нейтропатии и пр.

На рубеже XX-XXI веков вопрос побочных действий вакцин за рубежом начал изучаться с применением компьютерных программ слежения, которые позволяют посылать сообщения о клинически значимых побочных эффектах

не только медработникам, но и родителям привитых детей. Доктора, проводящие вакцинацию, ежегодно заполняют специальные формы, которые содержат соответствующий перечень вопросов. Две структуры: центры по контролю заболеваний (CDC) и Администрация по контролю лекарств и пищевых продуктов (FDA), имеющие прямой доступ к информации, обрабатывают примерно 10 тыс. сообщений в год, 20% из них рассматриваются как серьёзные (смерть вакцинированного пациента, тяжёлая патология, инвалидность и госпитализация). Однако собранной информации по-прежнему недостаточно для эпидемиологического анализа последствий вакцинации.

Статистические исследования в США, Канаде и Великобритании проходят также с помощью программы активного выявления побочных эффектов, собирающей данные с рождения ребёнка до достижения им 6 лет. Сюда входит информация о госпитализации, посещениях поликлиники, вызове врача на дом, оказании скорой помощи и о случаях смерти. Программа позволяет выявлять осложнения с частотой 1:100000, однако она охватывает лишь 2% детей на ограниченной территории с определённым социально-экономическим статусом.

Кроме того, в Великобритании для аналогичного учёта используются карточки, которые заполняются при возникновении побочных эффектов. Что характерно, ВОЗ разработала собственную международную программу анализа поствакцинальных осложнений в результате нарушения техники проведения прививок.

Тем не менее, несмотря на отсутствие клинически достоверных исследований, статистические результаты, собранные в разных странах, позволяют говорить о росте побочных эффектов в связи с резким увеличением охвата населения иммунизацией. Так, несколько лет назад в США количество исков населения к изготовителям вакцин возросло настолько, что поставило под угрозу национальную программу вакцина-

ции, в связи с чем Конгресс США одобрил программу компенсации ущерба, полученного от побочных поствакцинальных осложнений.

Программа включает 10 вакцин: АКДС, вакцины против кори, паротита, краснухи, полиомиелита (живая и инактивированная), гепатита В, ветряной оспы (опоясывающий лишай) и гемофильной инфекции типа В. Компенсации подлежат анафилаксия и анафилактический шок, невриты, энцефалиты (острые проявления и отдалённые последствия), хронические артриты, паралитический полиомиелит, тромбоцитопеническая пурпура и некоторые другие осложнения, наступившие в пределах определённого периода. Из-за того, что научно выявленной причинно-следственной связи с вакцинацией нет, программа предусматривает компенсацию осложнений независимо от того, доказана ли их связь с вакцинацией.

Согласно отчёту доктора Джона Барта Классена перед подкомитетом Конгресса США по вопросам лекарственной политики, количество случаев диабета в Новой Зеландии, вызванного аутоиммунными причинами после введения массовых прививок против гепатита В, выросло на 60%. Иммунизация детей в возрасте 8 недель увеличивает риск диабета на 90%, таким образом, при сплошной вакцинации в США ежегодное число новых случаев аутоиммунного диабета среди детей достигнет 4-5 тыс.

Зависимость роста патологий от роста вакцинации показана Дж.Классеном и для других аутоиммунных заболеваний. И хотя, по словам ряда исследователей, частота побочных неблагоприятных эффектов вакцины намного меньше, чем риск от болезней и осложнений при наступлении заболевания у непривитых пациентов, тем не менее необходимо тщательное расследование каждого случая, похожего на поствакцинальные осложнения.

Яков ЯНОВСКИЙ.
По сообщению ВВС.

Грани

Не ужившись с лицом

Во Франции умерла Изабель Динуар, которой в 2005 г. впервые в мире пересадили ткани лица. Пересадка лица ей потребовалась после того, как женщину во сне покусал лабрадор. И.Динуар умерла в возрасте 49 лет. Об этом официально сообщила пресс-служба Университетского центра города Амьен, где пациентка проходила лечение. «Прошлой зимой она пережила очередное отторжение трансплантата, частично утратив способность управлять губами. Кроме того, курс тяжёлых препаратов против отторжения тканей, которые она должна была принимать всю жизнь, способствовал образованию двух онкологических заболеваний», – сообщили местные СМИ.

В клинике пояснили, что информация о её смерти не разглашалась по просьбе родственников умершей. «Госпожа Д. скончалась от последствий продолжительной болезни», – сообщили представители клиники.

Изабель жила во французском городе Валансьен. В мае 2005 г. из-за тяжёлой депрессии она решила покончить с собой и приняла снотворное. Её собака, лабрадор Таня, вероятно, в попытке разбудить хозяйку, принялась терзать зубами её лицо. Изабель очнулась в луже крови, Собака изуродовала ей нос, рот и подбородок настолько сильно, что хирурги сразу сообщили Изабель, что пластическая операция невозможна.

Однако врачи предложили ей другой выход. Операция, в ходе которой 38-летней пациентке был пересажен весь так называемый «челюстно-лицевой треугольник», включая нос, рот и подбородок, успешно прошла в Амьене 25 ноября 2005 г. Необходимые для пересадки ткани были с согласия семьи взяты у женщины-донора, находившейся в состоянии клинической смерти. Это была первая трансплантация тканей лица в мировой медицинской практике.

В 2006 г. китайские хирурги осуществили частичную пересадку лица Ли Го Сину, на которого напал медведь. Однако пациент умер спустя 2 года после опе-

рации из-за отмены иммуносупрессоров.

Первая в мире полная пересадка лица состоялась в 2010 г. в Испании в барселонской частной клинике. Это был молодой фермер, в 2005 г. получивший тяжелейшую травму в результате неосторожного обращения с огнестрельным оружием. Пациент получил донорские лицевые мускулы, кожу, нос, губы, челюсть с зубами, горло и кости скул. Операция длилась около суток. Её проводила бригада из 30 с лишним медиков.

Самая сложная в мире пересадка лица состоялась в США в 2015 г. В ходе операции, длившейся 26 часов, 41-летнему пожарному Патрику Хардисону пересадили рекордное количество лицевой ткани, фактически заменив его обезображенное пожаром лицо на лицо донора. В ходе операции хирургам пришлось изменить форму черепа пациента, были восстановлены уши, веки, брови, шея. Это первый случай в истории медицины, когда человеку пересадили столь большое количество лицевой ткани.

Примечательно, что за последние 11 лет в мире было сделано 36 частичных и полных пересадок лица.

Алина КРАУЗЕ.
По сообщению Le Figaro.

Однако

Всё-таки выбор есть?



Электронные сигареты действительно безопаснее обычных, говорят эксперты. Курильщики, которые перешли на электронные сигареты, получают привычный для себя объём никотина, но меньше токсинов и канцерогенных соединений. Раковый институт Розвелл Парк выяснил это на примере 20 курильщиков. В среднем люди курили на протяжении 12 лет.

В течение двух недель курильщики переключались на электронные сигареты. В это время учёные анализировали состав мочи участников исследования на предмет концентрации никотина и 17 опасных биомаркёров (токсинов

и канцерогенов). Отмечалось существенное снижение уровня 12 из 17 биомаркёров за две недели. Результат можно было сравнить с полным отказом от табака. При этом уровень никотина оставался неизменным.

Учёные делают вывод: электронные сигареты способны снизить воздействие на организм опасных субстанций. В перспективе они хотят узнать, могут ли электронные сигареты уменьшить риск развития заболеваний у тех, кто курит и обычные, и электронные сигареты, а также у людей, уже давно перешедших на электронные сигареты.

Кирилл ОРЛОВ.
По материалам WebMD.

Ситуация

...Пока не родила

Китайка из провинции Хуань Ван Ши беременна уже 17 месяцев. Её беременность началась в феврале прошлого года, однако в ноябре схватки так и не начались – женщину отправили в больницу, но родить она так и не смогла и остаётся беременной до сих пор. По мнению врачей, беременность Ван Ши соответствует 38 неделям.

По словам самой Ван Ши, она очень обеспокоена тем, что ребёнок переносен на 8 месяцев – она прошла более 30 медосмотров, проверяя плод каждые 7-9 дней. Четыре раза женщина прошла осмотр на четырёхмерной ультразвуковой установке, а общий счёт за обследования превысил 1000 юаней, что весьма обременительно для бюджета семьи. К сожалению, сказала Ван Ши, кесарево сечение в её случае опасно. Врач, обследовавший её на 14-м месяце, сообщил, что плод не готов для подобной операции, так что Ван Ши надеется, что ребёнок появится естественным путём.

По словам экспертов, в их практике были случаи, когда женщины вынашивали плод 13 месяцев, но 17 месяцев – это беспрецедентное событие. Сама Ван Ши пребывает в хорошей физической форме и почти не чувствует усталости. До родов она весила 52,2 кг, а сейчас её вес составляет 78 кг. Вес ребёнка – 3,8 кг, так что надежда на естественные роды остаётся. Однако если положение не изменится, то в следующем месяце она решится на кесарево сечение.

Как известно, срок самой длинной документально зафиксированной беременности составляет 375 дней, при норме в 280 дней. Рекорд принадлежит жительнице США Белле Хантер, родившей в 1945 г. Срок беременности Ван Ши на данный момент составляет 517 дней.

Несмотря на то, что специалисты из центра планирования семьи, которые постоянно проверяют состояние Ван Ши, подтверждают факт 17-месячной беременности, врачи ставят столь длительный срок под сомнение.

В частности, гинеколог из городской больницы утверждает, что никогда не видел данные четырёхмерного УЗИ, которые, по её собственным словам, сделала Ван Ши. «Мы предложили ей пройти УЗИ здесь, но она отказалась», – отметил врач, – а последние результаты обследования, которые она нам предоставила, относятся к минувшему году».

По словам директора родильного центра, обследовавшего женщину, в настоящее время беременность Ван Ши соответствует 38 неделям. Что же касается срока в 17 месяцев, то, по его словам, он не имеет никаких результатов обследования при начале беременности. Исследования начались только после того, как она подала заявление на свидетельство о рождении в ноябре прошлого года, так что доказательств столь долгой беременности у врачей нет.

Марк ВИНТЕР.
По сообщению Reuters.

Широко известная «пирамида Маслоу» – диаграмма, представляющая иерархию потребностей человека, не принадлежит перу этого психолога. В его публикациях этой схемы нет. Он считал, что иерархия потребностей зависит от индивидуума, не являясь фиксированной мраморной конструкцией. Впервые пирамида, упрощающая изложение идей иерархии потребностей, встречается в немецкоязычной специальной литературе 70-х годов прошлого века.

Трудное детство

Иерархия потребностей человека выстроена Маслоу так: а) физиология; б) безопасность; в) любовь/принадлежность к чему-либо; г) уважение; д) познание; е) эстетика; ж) самоактуализация.

Первая ступень пирамиды – дань очевидности: человек должен есть, пить и пр. Но трудно отделаться от ощущения того, что позиции со второй по пятую являются теми условиями, дефицит которых был хорошо знаком человеку, испытывавшему его на себе и оттого так тонко понимавшему его значение. Невполнённость этих потребностей обозначает тревогу одиночества и отверженности, порождаемой неуверенностью в себе, своей востребованности и, говоря широко, праве на существование. Ощущение превращается в уверенность при более близком знакомстве с биографией Маслоу – человека, упорно катившего камень к вершине своей пирамиды.

Погромы, случившиеся в начале прошлого века в Украине, заставили многих евреев эмигрировать. Уехал из Киевской губернии и бондарь Самуил Маслов. Он открыл в Нью-Йорке мастерскую и выписал с родины свою невесту. Абрахам Харольд Маслоу стал в семье старшим из троих детей. Бизнес отца развивался успешно, но жизнь ребёнка нельзя было назвать счастливой. Родители часто ссорились. Отец часто не ночевал дома. Мать была человеком жёстких требований и предрассудков. Отношения Абрахама с ней были окрашены устойчивой взаимной неприязнью. Роза Маслоу наказывала детей за любую провинность. Кроме того, она отдавала предпочтение младшим детям, что было слишком хорошо заметно. В памяти мальчика навсегда запечатлелась сцена: мать разбивает о стену головы котят, принесённым им с улицы. В записках Маслоу есть слова: «Вся моя жизненная философия и мои исследования имеют один общий исток – они питаются ненавистью и отвращением к тому, что воплощала собой она». Так Маслоу говорит о матери. На её похороны он не пришёл.

Когда Маслоу было 9 лет, семья переехала из еврейского квартала в другой район города. В новой школе Абрахам столкнулся с антисемитизмом. «Учитывая моё детство, остаётся лишь удивляться тому, что я не болен психически. Я был маленьким еврейским мальчиком в нееврейском окружении. Что-то вроде первого негра в школе, где учатся только белые. Я был одинок и несчастен. Я вырос в библиотеках, среди книг, без друзей», – писал потом психолог. Его судьба под влиянием обстоятельств могла бы покатыться под гору – в направлении психического расстройства; но Маслоу избрал противоположный вектор, создавая новые обстоятельства на протяжении всей жизни, непрерывно поднимаясь из ущелья – вверх. Тот, кто много читает, часто обречён на виртуальную жизнь в воздушном замке, где строит fantasy-конструкции, воспаряя в мечтах, возводя утопии, грезя алыми парусами...

Мальчик так переживал особенности своей внешности, что ездил в метро, лишь дождавшись пустого вагона, где можно было никому не попадаться на глаза. Это был выраженный комплекс неполноценности. Вероятно, именно поэтому позднее Маслоу так интересовалась теория А.Адлера, согласно идеям которого, он стремился компенсировать внешность и неуклюжесть занятиями спортом. На этом по-

прище реализовать себя ему не удалось, и Маслоу занялся учёбой, подрастая одиноким, застенчивым, печальным ребёнком, став одним из лучших учеников школы (а куда ему было деваться? – с ним мало кто общался, оставались лишь книги и мечты).

Путь к славе

После окончания школы в 1926 г. по совету отца он поступил в юридический Сити-колледж Нью-Йорка. Интерес к психологии возник у него на предпоследнем курсе под влиянием лекций лиде-

хоанализ (Маслоу называл их «дефицитарные психологии») избегали культурных, социальных и индивидуальных аспектов бытия человека (любовь, альтруизм и т.д.) Психологический анализ обедняет представление о человеке, сосредоточившись на патологических проявлениях его личности. Бихевиоризм низводит человека до уровня стимульно-реактивного механизма. Маслоу исследовал здоровых и состоявшихся людей. Высшей потребностью человека он счёл необходимость самоактуализации.

Теория Маслоу, ставшая основой гуманистической психологии, в

мание. Статистических выкладок он не приводит и постоянно оперирует «ненаучными» словами: «вероятно», «наверное», «судя по всему»... Досталось Маслоу и за произвольный выбор самоактуализировавшихся личностей. К их числу он отнёс А.Линкольна, А.Эйнштейна, А.Швейцера, О.Хаксли, Б.Спинозу... Но можно вспомнить и о полуголодном, презираемом обществом, непризнанном, одионом В.Ван Гого, судьба которого вовсе не соответствует иерархии потребностей Маслоу, хотя едва у кого-то могут быть сомнения в том, что художник со-

возвращаясь к ежедневной каторге подъёма камня, в очередной раз скатившегося вниз. Куда легче было отыскать пригодную площадку на неприязнательной высоте, где удобно и уютно можно было расположиться, включив телевизор, не вспоминая о комплексе Ионы, не замечая того, что жизнь превратилась в вегетативное существование; а пустоту, вызванную отсутствием смыслов, заполняют неврозы, алкоголизм, лудомания, депрессии, ожирение, диеты, сериалы...

К вершине движется лишь «подлинный человек» (М.Хайдеггер).

Имена и судьбы

Тайна утопии Маслоу

Его пирамида «подлинного человека» не имеет вершины



ра американских бихевиористов Дж.Б.Уотсона.

В 1928 г. судьба Маслоу совершила разворот: неожиданно ему ответила взаимностью кузина Берта, в которую он был влюблён с 12 лет, но из-за своего комплекса долго не говорил ей об этом. Маслоу не допускал мысли о том, что может быть кому-то нужен. Ответная любовь стала терапией его низкой самооценки. Он испытал первое в жизни пиковое переживание (это понятие позже стало одним из базисных понятий теории Маслоу). Через год Абрахам и Берта поженились. В этом же году он принял ещё одно важное решение: перевёлся в Висконсинский университет, где занялся психологией. В 1930 г. Маслоу получил степень бакалавра, в 1931 г. – магистра, а в 1934 г., в возрасте 26 лет, – доктора философии. Его первая публикация вышла в 1937 г.

Постепенно он утвердился во мнении о том, что бихевиоризм не решает многих проблем и даже не занимается ими. «...Программа Уотсона привела меня в психологию. Но её роковая слабость состоит в том, что она хороша лишь для лаборатории и в лаборатории, вы можете надеть и снять её, как лабораторный халат... Она не создаёт представления о человеке, философии жизни, концепции человеческой природы. Она не создаёт ориентиров для жизни, ценностей, выбора». Бихевиоризм был слишком прямолинеен, чересчур прагматичен, не оставляя места для мечты и надежды...

В 1937 г. Маслоу стал профессором Бруклинского колледжа, где работал в течение 14 лет. Здесь он познакомился с европейскими психологами, укравшимися в США от нацистов – А.Адлером, Э.Фроммом, К.Хорни, основателем гештальтпсихологии М.Вертгеймером. Маслоу занялся изучением созидательных сторон человеческого поведения, исследуя в человеке – человеческое. Прежде психология занималась девиациями, формируя теории личности на основе клинических наблюдений. Бихевиоризм и пси-

общем виде была сформулирована им в статьях, опубликованных в 1943 г. Он не пренебрегал экспериментами, но они поблёкли на фоне его философии. Первые попытки заговорить новым языком вызвали негативную реакцию в американском психологическом сообществе. Коллеги по факультету сторонились Маслоу, ведущие психологические журналы перестали принимать его статьи.

Первая крупная работа психолога «Мотивация и личность» вышла в 1954 г. В ней он сформулировал иерархическую теорию потребностей. С точки зрения Маслоу, каждый обладает врождённым стремлением к своей высшей потребности – самоактуализации. Для того чтобы она проявилась, следует удовлетворить потребности базисные. Биология, анатомия и физиология оказались лишь условием осуществления высшего предназначения, гусеницей, из которой может выйти бабочка, ставшая энтелехией самоосуществления. Термин самоактуализация использовал ещё Юнг, считавший, что это и есть конечная цель развития личности, достижение ею цельности на основе полной дифференциации и интеграции различных её аспектов. Близки к идее самоактуализации и концепции «стремления к превосходству» и «творческого Я» А.Адлера.

Важным концептом теории Маслоу является дефиниция комплекса Ионы, которым он назвал нежелание человека реализовать свои способности. Как Иона желал уклониться от роли пророка, так многие избегают ответственности, предпочитая иметь перед собой мелкие тактические цели, не стремясь к стратегии смысла. Страх величия, возможно, – наиболее трудный барьер для самоактуализации. Интенсивная творческая жизнь многим кажется невыносимо сложной. Люди опасаются что-либо изменить, стремясь сохранить ограниченное, но отлаженное существование; не желая отрываться от привычного, дабы не утратить того, что имеют. Но Маслоу предостерегал: «Если вы намеренно собираетесь стать менее значительной личностью, чем позволяют вам ваши способности, вы предупреждаете, что вы будете глубоко несчастливы всю жизнь».

С классической естественно-научной точки зрения, теория Маслоу уязвима. Американская «История современной психологии» писала: «Теория самоактуализации поддается лабораторным исследованиям довольно слабо, а в большинстве случаев – и вовсе не подтверждается». Критики гуманистической психологии отмечают, что выборки исследований малы для глобальных обобщений, а критерии – субъективны. В теориях Маслоу не учтён социальный контекст. Многие его суждения возникли как итог наблюдений и размышлений и не подкреплены экспериментом. Под словом subjects психолог подразумевает не испытуемых, а людей, привлёкших его вни-

стоялся как творческая личность. Маслоу, понимая недостатки теории, подчёркивал, что считает свой подход не альтернативой естественно-научному, а дополнением к нему.

В 1951 г. он стал деканом психологического факультета Университета Брандейса. Именно тогда началось признание его идей; гуманистическая психология стала оформляться в отдельное направление. В 1960-е годы Маслоу неожиданно для самого себя обрёл известность, в 1967 г. его избрали президентом Американской психологической ассоциации.

Экзистенциализм и психология

Интерес к гуманистической психологии совпал с ростом популярности экзистенциализма, отразившего кризис системы ценностей западноевропейского либерализма, который уповал на технический прогресс, но не мог объяснить неустроенность человеческой жизни, присущие человеку страхи и отчаяние. Свобода в понимании экзистенциалистов требует от человека постоянного определения его отношения к миру, предполагая ответственность за персональную версию судьбы. Говоря о свободе личности в выборе своего бытия, Ж.П.Сартр и А.Камю декларировали мысль о том, что проект «Я» – не путь к свободе, лежащей за горизонтом, а её непосредственное выражение. Человек постоянно строит себя, постигая свою суть в течение всей жизни, отвечая за каждое совершённое им деяние, не имея возможности свалить ошибки на «обстоятельства». «В тот мимолётный миг, когда человек окидывает взглядом всё им прожитое, Сизиф, возвращаясь к своему камню, созерцает череду бессвязных действий, которая и стала его судьбой, сотворённой им самим...», – писал Камю. И эта концепция вызвала аналогию с движением к самореализации, о которой говорил Маслоу.

Одним из важных текстов экзистенциализма стало эссе Камю «Миф о Сизифе». Уделом античного царя было вечное вкатывание камня на вершину горы (пирамиды?), самосозидание и строение персонального пути. Царь обретал имя, становясь Сизифом лишь в процессе преодоления. Остановившись, он стал бы безымянным обывателем. Но, несмотря на слова о том, что следует «входить узкими воротами», большинство людей предпочитает нехоженым тропам – удобство асфальтированных трасс, путь наименьшего сопротивления.

Концепция экзистенциалистов была утопией: обыватель не считает труд восхождения необходимым, напротив, он относится к нему, как к помехе на проторённой дороге. Выбор между комфортом и восхождением решался однозначно: экзистенциализм строил воздушный замок, в котором никто не хотел жить. Люди останавливались, не доходя до вершины и не

«Подлинная» ориентация раскрывает потенции субъекта, обуславливая рождение его личности (по Маслоу – самоактуализацию). Аналогии экзистенциалистского понятия «подлинный человек» встречаются и у других психологов и психиатров этой эпохи.

Экзистенциализм и психология Маслоу совпали во времени и со Временем. Начинаясь эпоха Энди Уорхола и рок-н-ролла, Тимоти Лири и студенческих волнений в Европе. Поколение «angry young men» отозвалось на привлекательную потенцию обретения свободы через аутентичность, осуществления самостоятельного – через самовыражение. Новая литература, кинематограф, музыка, политика всколыхнули мир. Человек полетел в космос, таблички с надписями «Только для белых» ушли в прошлое, The Beatles спели песенку Getting Better... Казалось, приоритеты человека могут радикально измениться. Очередная утопия выглядела близкой к осуществлению. Появились песни о «яблонях на Марсе», что было не мечтой о сельскохозяйственных успехах, но символом новой жизни, меняющей устои. Происходящее на планете казалось новой справедливой и бескровной этической революцией. Но космос стал пространством для боевых ракет, The Beatles записали Helter Skelter, вскоре распавшись; интеграция «цветных» обернулась убийством М.Л.Кинга и террором «Чёрных пантер». А спустя пару десятилетий оказалось, что битники и хиппи закончили восхождение, обратившись к буржуазной респектабельности, социальной стандартизации, погружившись в комплекс Ионы. Утопия снова не состоялась.

В работах «К психологии бытия» (1962) и «Дальние пределы человеческой природы» (1971) Маслоу модифицировал концепцию мотивации и личности, отказавшись от пирамиды. Потребности человека он разделил на низшие, «дефицитарные», продиктованные недостатком чего-либо (еда, сон и пр. – то есть, обеспечивающие выживание) и потому потенциально насыщаемые, и высшие, «бытийные», ориентированные на развитие, связанные с получением удовольствия, сопровождающиеся поиском смысла. Эти потребности предела не имеют, потому что, взяв любую вершину, всегда можно ещё немного подпрыгнуть. Или взлететь. И строить на этой высоте новый воздушный замок. Пирамида «подлинного человека» Абрахама Маслоу не имела вершины, и длительность восхождения определялась лишь продолжительностью его жизни. Психолог умер от инфаркта миокарда 8 июня 1970 г. Но «одного восхождения к вершине достаточно, чтобы наполнить до краёв сердце человека. Надо представлять себе Сизифа счастливым».

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

За годы в судебной медицине мне довелось общаться, переписываться, дружить, сидеть в застольях с множеством коллег из нашей профессии. И в подавляющем большинстве это были и есть отличные профессионалы, добрые отзывчивые люди, что немаловажно в любом из аспектов человеческой деятельности.

Мне и прежде доводилось писать о многих из них, но так складывается жизнь, что самый «вкусный пирожок» – это свежий, как говорится, с пылу, с жару.

Но ближе к телу (в лучшем понимании этого слова). Согласно объявлению в «Медицинской газете» выезжаю в санаторий «Молния», что в Тульской области, на десяток дней. В планах – отдохнуть, подлечиться, поработать, ну и поскольку неподалёку самые что ни есть литературные места – Таруса, связанная с именами Константина Паустовского и Марины Цветаевой, Ясная Поляна Льва Толстого, – побывать и там.

Оглядываясь назад, замечу, что в прошлом мы с коллегами Дмитрием Джемс-Леви и Александром Мовшовичем (ныне, увы, покойными) побывали в Пятигорске на месте дуэли М.Лермонтова, в Михайловском у Пушкина, ездили в чеховские места в Мелихово. Тогда нам тоже помогали внимательные хозяева, а с год назад меня с братом великодушно свозил в Ростов Великий начальник Ярославского бюро судмедэкспертизы Николай Малахов. Тут надо бы отметить, что и мы, владимирцы, всегда были на виду, десятилетиями принимая у себя в Суздале не одно поколение как судебных медиков СССР, так и России, стран СНГ.

Едва заселился в «Молнии», звоню друзьям-экспертам в Калугу Сергею Ланцову и в Тулу Олегу Виноградову. И те соглашаются помочь с транспортом, то есть захватить за мной, довезти до Тарусы и Тулы, потом отвезти обратно. Замечаю, что готов заплатить за бензин, но оба пропускают это мимо ушей, то есть уже готовы стать «литературными спонсорами», что весьма тронуло старого графомана.

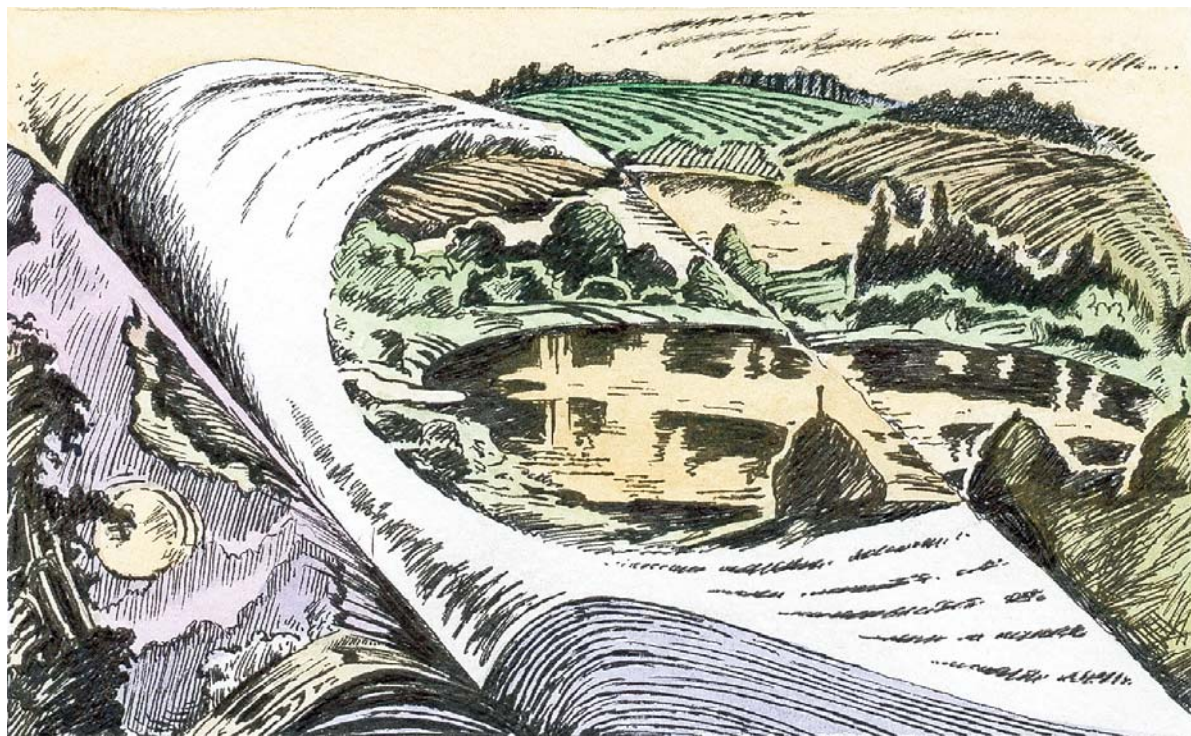
И тут вмешивается непогода. Всю неделю идут дожди, в пятницу с утра, как мы договаривались с Сергеем Ивановичем, машины нет. Вскоре следует звонок: С.Ланцов, но без сожаления, сообщает, что машина из Калуги по сельским дорогам так и не сумела добраться до меня – застряла в пути.

– Что ж, видно, не судьба, – отвечаю Ланцову. – Но для меня важен и сам факт, желание помочь, попробую в другой раз...

Но в Тарусу я всё-таки попал. Выручил сосед по столу в санатории, и на его «джипе» мы без труда, по бездорожью форсировав Оку, добрались до этого городка. Вначале мы побывали в музее Марины Цветаевой, теперь на очереди – дом-музей Константина Паустовского, открывшийся в прошлом году к 110-летию юбилею со дня рождения писателя. Музей работает только два раза в неделю – по вторникам и субботам, а я так некстати приехал в воскресенье. Однако нынешние хранители памяти о Паустовском – дочь Галина Арбузова-Паустовская и её муж – Владимир Железников (кстати, автор повести «Чучело», по которой Ролан Быков снял свой

А ещё был случай

Выше градус человечности и доброты!



знаменитый фильм) сжалились надо мной и, несмотря на плохое самочувствие и болезни, пустили доктора и писателя из Владимира в музей. Правда предупредили, что посмотреть все придётся самому, у сотрудников музея выходные.

Музей впечатляет: небольшая в интеллигентно-патриархальном стиле гостиная с множеством картин и фотографий, рабочий кабинет писателя, комната отдыха, спальня со скромным диванчиком, на котором отдыхал Паустовский, окна, выходящие в дивно-ностальгический сад. С волнением обхожу все помещения, будто прикасаюсь к чему-то дороговому, священному. В саду поднимаю с влажной земли и беру как драгоценные сувениры два крупных антоновских яблока, представляю, что их мать – старая величаво разросшаяся яблоня, возможно, помнила самого Паустовского...

А вот с последним приютом Константина Георгиевича неожиданно возникли трудности. Как ни странно, на местном кладбище ожидаемого указателя не оказалось, вот и хожу, плутаю под дождём по скользким тропам меж могил уже около полутора часов. Начинает темнеть, я в полном отчаянии, и тут, когда в безнадёге собрался уходить, у выхода встречаю девочку с отцом, которая оказалась не старше Дагни Педерсен из знаменитого рассказа К.Паустовского «Корзина с еловыми шишками». Они-то, спешащие и вымокшие, не отказали в просьбе, помогли выйти к могиле писателя.

Мемориал К.Паустовского предельно скромен: небольших размеров плита из чёрного мрамора, камень-валун да деревянный крест. А меж ними пожелтевшая от време-

ни жухлая трава, скользкая грязная земля, пара засохших букетиков, и в целом впечатление эдакой заброшенности, неухоженности. Кладу алые розы к надгробью писателя, минутой молчания и скорби. Когда я уходил с кладбища, подумалось: почему здесь, в столь священном месте, отсутствует даже скромный указатель, хотя бы обыкновенная деревянная досочка. Это кощунственно, неужели Константин Паустовский, как почётный гражданин Тарусы, прославивший её, столько сделавший для близкого ему города, не заслуживает достойного указателя? Ведь не случись эта, ниспосланная самим Всевышним встреча, розы так и остались бы ненужными, просто цветами.

Замечу, что живое прикосновение к К.Паустовскому, которого обожаю с детства, стало для меня важным событием, настоящим праздником. Ведь этот писатель обладает волшебным, я бы отметил, врачующим душу человека словом и давно стал для меня, наряду с А.Чеховым, писателем, которого часто читаю и перечитываю.

А в день отъезда из санатория за мной заехала машина из Тулы, её любезно предоставил начальник бюро Денис Желтков, и мы с Олегом Виноградовым поехали в Ясную Поляну. Тут нам определён повезло. Этот день (9 сентября) оказался днём рождения Льва Николаевича, и всех посетителей на Поляну пускали бесплатно. Здесь за пару часов со столь знающим гидом мы побывали в музее писателя, осмотрели великолепный парк, территорию имения, сложили головы на могиле Л.Толстого. Переполненные впечатлениями от прикосновения к некоему Великому и Святому, мы устроили

мини-пикничок в ближайшем лесу, провозгласив тост в память великого писателя. Потом туляки меня подбросили до автостанции, и я уехал в Москву.

Тогда-то, уже в пути, осмысливая помощь коллег в этих литературных свиданиях, эдаким диссонансом вспомнился, прозвучал в памяти случай иного рода, происшедший давно, в восьмидесятых.

В тот предельно жаркий июльский день мне предстояло в травматологии осмотреть владимирского пострадавшего и ознакомиться с его историей болезни. Запомнилась огромная территория с более чем 10-этажными корпусами, которые словно корабли на рейде вытянулись белоснежной кильватерной колонной на несколько сот метров. Думаю: и где тут искать нужное отделение? Начну-ка я с морга.

Вот и двухэтажное сероватое здание, похоже стандартное, которое с другим спутать сложно. Захожу без особой опаски, и в одной из комнат первого этажа застаю за трапезой двух молодых врачей и их лаборантов. С порога представляюсь, достав постановление об экспертизе, прошу коллег помочь.

И тут полноватый доктор, эдакий молодой качок, нагло, не без недовольства и жёсткости в голосе бросает:

– Разве не видите, господин хороший, что мы обедаем! Пройдитесь, обождите во дворе...

Не без обиды выхожу. Коллеги называются, ведь ещё в те годы я был старше этих «докторов» на добрый десяток лет. На эмоциях, после минутного раздумья решаю позвонить, благо телефонная будка рядом, да и двухкопеечных монет

полный карман. А позвонил я В.Плаксину, тогдашнему главному эксперту России, с которым мы договорились встретиться по экспертным делам следующим днём на Пироговке.

Едва выслушав меня, Владислав Олегович с металлом в голосе приказывает:

– Стой на месте и не двигайся! Уже звоню в этот морг.

Приказ начальства следует исполнять. Стою, уйдя в тень будки. Пару минут спустя из морга, как ошпаренный, вылетает тот самый упитанный, с заискивающей радужной улыбкой:

– Заходите, извините, мы не разобрались, что к чему. Вы нас неправильно поняли...

Но адреналин, обиды кипят в крови. Нарочито грубо отвечаю:

– Дай лаборанта в провожатые, пусть отведут в нужное отделение. А извинения ни к чему, всё вами сказано.

Следующим днём встречаемся с В.Плаксыным. Профессор – жаворонок – уже с утра побывал на вскрытиях со студентами, затем отчитал двухчасовую лекцию. Время близится к обеду. Перекусываем, пьём чай и не только, разговариваем, что-то, уж не помню что, обсуждаем. И тут Владислав Олегович возвращается к вчерашнему инциденту.

– Такие эксперты в нашей профессии – случайные люди, – убеждён он. – Я ещё вчера поговорил с их начальником, он обещал вникнуть, разобраться, наказать.

– Да ладно, – пытаюсь возразить. – В общем-то, пусть и неприятный, но частный случай. И наказывать их не надо.

Но профессор не согласен. Ему, воспитавшему не одно поколение будущих судмедэкспертов, наверное, виднее, и я, сориентировавшись, меняю тему разговора...

Вот и получается, что наша с вами жизнь пестра и многогранна. «Случай – это псевдоним Бога, который не хочет ставить свою подпись», – образно написал известный французский писатель Анатоль Франс. С этим мудрым афоризмом трудно не согласиться. И эксперты, как и люди, бывают разные, как принято говорить – почувствуйте разницу...

Я искренне благодарю своих помощников за их великодушие и понимание, ставя точку в этом благодарственно-литературном эссе. И думая о них, полагаю, что люди нашей профессии призваны обладать неким данным свыше градусом человечности, понимания и доброты. И чем он выше, тем наша жизнь надёжнее.

Марк ФУРМАН,
судебно-медицинский эксперт,
кандидат медицинских наук,
заслуженный врач РФ.

Владимир.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, 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.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mgzgazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mgz.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-10-00475 Тираж 28 493 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».

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