Медицинская газета®

2 апреля 2014 г.
среда
№ 24 (7449)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году
Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ

Перемены

Другая жизнь больницы

Она настала для одного медицинского коллектива Астрахани

Два многоэтажных здания – клинического диагностического центра и хирургического корпуса Александро-Мариинской областной клинической больницы, введённые в строй недавно, вполне могут быть визитной карточкой современной Астрахани. Да и вообще в переменах, которые сейчас переживает это учреждение, как в капле воды отразилось положение дел в здравоохранении, не только региональном, астраханском, но и российском вообще.

Правда, есть всё-таки некоторые специфические особенности «местного значения». И первая из них заключается в том, что здравоохранение Астраханской области курирует лично губернатор Александр Жилкин. Вторая тоже связана с руководством, но уже больницей: назначение главным врачом Виктора Акишкина во времени совпало с реализацией программы модернизации отрасли.

Глядя на пациентов КДЦ, которые снуют по всем 8 этажам этого гигантского лечебного «муравейника», сидят в просторных холлах и коридорах, я задался одним вопросом: куда пошли бы и где были бы сейчас все эти сотни людей, если бы не появилось в этих стенах самое современное оборудование, да и сами стены не появились бы? С новой техникой, аппаратурой пришли новые технологии, что повлекло за собой новую же организацию самой работы с больными.

– На втором этаже КДЦ открылся кабинет дистанционной литотрипсии, – рассказывает главный врач больницы В.Акишкин. – Появилась возможность дробить камни в мочевыводящей системе, желчном пузыре. Мы сейчас организуем центр комплексного лечения мочекаменной болезни. Данные по всем пациентам систематизируются, и через пару лет у нас будет полный реестр больных мочекаменной болезнью. И мы сможем, не доводя до острого состояния, до почечной колики, человека предварительно вызывать, дробить камни, и этим самым предотвращать развитие каких-либо осложнений.

(Окончание на стр. 2.)

НА СНИМКЕ: подготовкой больного к ангиографии руководит заведующий кабинетом рентгенохирургии Александр Янпольский.

Дежурный по номеру: Любовь ПЕТРОВА

Заведующая детской поликлиникой Апатитско-Кировской ЦГБ, победитель Всероссийского конкурса «Лучший врач года» – 2006 в номинации «Лучший руководитель медицинского учреждения».

Инициатива

День донора – это уже привычно

Студенты Башкирского государственного медицинского университета в очередной раз дружно стали донорами. Как всегда, день донора в этом учебном учреждении организован по инициативе центра здоровья БГМУ и Республиканской станции переливания крови.

– Более 60 студентов вызвались сдать кровь. День донора в нашем вузе – это регулярное мероприятие, – сказал ректор БГМУ Валентин Павлов. – Мы рады, что наши студенты и преподаватели являются организаторами и участниками такого важного дела.

До и после медицинской процедуры доноры угощались горячим чаем с печеньем и шоколадом. Помогать работе медицинской бригады вызвались более 10 волонтёров волонтёрского центра БГМУ.

– Мы понимаем, что донорство – это спасённые жизни! Именно поэтому активно участвуем в сдаче крови и привлекаем не только наших студентов, но и студентов из других вузов, – отметил активный участник донорского движения, ординатор БГМУ Роберт Иштуков.

Эльвира ШВЕЦ,
соб. корр. «МГ».

Уфа.

СЕГОДНЯ В «МГ»

В чём заключается национальный план по борьбе с туберкулёзом и как он будет выполняться?

Стр. 4.

Новые подходы в оказании медицинской помощи несовершеннолетним.

Стр. 10.

Начало

Новое отделение открыло палаты

Новый корпус по оказанию хирургической помощи онкологического диспансера Комсомольска-на-Амуре начал свою работу. Отделение уже принимает первых пациентов.

– В хирургическом блоке расположились три операционные, палаты общей вместимостью 60 коек. Здесь установлено самое современное высокотехнологичное оборудование, в том числе 16-срезовый спиральный компьютерный томограф, работает лаборатория экспресс-диагностики, рентгенотерапия. На вооружении у врачей появился водоструйный скальпель, пока единственный в крае, – отметил министр здравоохранения Хабаровского края Александр Витько.

Общая стоимость хирургического блока вместе с оборудованием составила более 540 млн руб. Средства выделены из краевого бюджета. Проходить лечение в новом блоке смогут не только жители Комсомольска-на-Амуре, но и пациенты из Комсомольского, Солнечного и Амурского районов.

К 2018 г. по региону запланирована сдача радиологического корпуса, поликлиники, морфологического отделения и пансионата.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Хабаровский край.

Новости

Онкологи преодолевают границы

В Хабаровске прошла Международная научно-практическая конференция «Новые медицинские технологии Республики Корея и Хабаровского края». Учёные, медики края и провинции Кёнгидо Республики Корея обсудили состояние высокотехнологичной медицинской помощи на Дальнем Востоке, а также обменялись опытом лечения онкологических заболеваний.

– Ежегодно количество людей, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь, увеличивается. Если в 2009 г. это 1,5 тыс. жителей края, то в 2013-м – более 4,5 тыс. человек, – отметил министр здравоохранения края Александр Витько. – На территории края расположено 3 медицинских учреждения федерального подчинения, которые оказывают высокотехнологичную помощь жителям всего Дальнего Востока. Кроме того, население Хабаровского края имеет возможность получать помощь в федеральных учреждениях здравоохранения, находящихся за пределами региона.

Корейские специалисты поделились современными методиками лечения рака, рассказали о роботизированной хирургии опухолей желудка.

Николай ИГНАТОВ.

Хабаровск.

Дыхательная гимнастика – каждый день

В Свердловской областной детской клинической больнице № 1 открылся кабинет кинезитерапии для больных муковисцидозом. Инструктор-методист, работающий здесь, прошёл специальные курсы в Научном центре здоровья детей в Москве.

– Для каждого пациента подбирается индивидуальная программа занятий, включающая упражнения для улучшения бронхиальной проходимости, повышения эффективности дренажа бронхиального дерева, тренировки дыхательной и общей мускулатуры, способствующие общей физической работоспособности, – говорит главный врач больницы Сергей Боярский.

На лечение приходят пациенты, находящиеся на стационарном и амбулаторном лечении.

– Больному муковисцидозом постоянно, в течение всей жизни, нужны лекарства, часто в больших дозах. Не менее необходима и кинезитерапия – дыхательная гимнастика и специальные упражнения, направленные на удаление мокроты. Причём занятия должны быть ежедневными, – подчеркнула главный терапевт Минздрава Свердловской области Любовь Малямова.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Свердловск.

Судебным медикам было о чём поговорить

В Благовещенске прошла итоговая научно-практическая конференция амурского отделения Всероссийской ассоциации судебных медиков.

С отчётным докладом выступил начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы Александр Бокин. Из доклада следует, что в последнее время отмечается тенденция к снижению количества случаев насильственной смерти, в том числе незначительное снижение летальных исходов от отравления алкоголем. Специалисты склонны связывать это с постановлением правительства области об ограничении продажи спиртных напитков.

Участники конференции с интересом прослушали доклады по актуальным темам. Были обсуждены сложные вопросы судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц.

Завершилась деловая встреча судмедэкспертов на оптимистичной ноте: А.Бокин объявил об открытии финансирования реконструкции здания для будущей судебно-медицинской лаборатории по генетической дактилоскопии.

Игорь ВАСИЛЕВСКИЙ.

Благовещенск.

Туберкулёз так просто не сдаётся

Пока ещё рано говорить о том, что Сибирский федеральный округ справился с эпидемией туберкулёза, но, по информации Новосибирского НИИ туберкулёза Минздрава России, ситуация начала улучшаться. К такому выводу специалисты ННИИТ пришли, проведя анализ эпидемиологических показателей за минувший год.

Общая заболеваемость туберкулёзом в СФО снизилась до 104,8 на 100 тыс. жителей (в 2012 г. – 109,5; в 2011 г. – 120,4). Показатель смертности также уменьшился – 21 на 100 тыс. населения (в 2012 г. – 22,1; в 2011 г. – 26,2). В абсолютных цифрах это выглядит так: в прошлом году в регионах Сибири заболели туберкулёзом 20,1 тыс. жителей, что на 911 человек меньше, чем в 2012 г. Умерли от данного заболевания за прошедший год 4 тыс. сибиряков.

Наиболее высокий уровень заболеваемости туберкулёзом остаётся в Республике Тыва (186), Иркутской области (138,9) и Кемеровской области (113,9), а самые низкие показатели в Томской области (67,6), республиках Алтай (76,4) и Хакасия (69,7).

В то же время, отмечает заместитель директора ННИИТ доктор медицинских наук Татьяна Петренко, специалистов института тревожит рост числа больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью и в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Перемены

Другая жизнь больницы

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Ещё один удачный пример – трёхтесловый МРТ. Применение этого аппарата – последней разработки известной фирмы, позволяет не только сократить время диагностики, но и поднять её на качественно новый уровень.

– Параллельно с внедрением этого МРТ мы запустили нейронавигационную станцию и операционный нейрохирургический микроскоп, – продолжает В.Акишкин. – А с учётом того, что сейчас мы обучаем эндоваскулярных хирургов, которые будут проводить лечение аневризмы внутрисосудистым доступом, выходим на новый уровень и в другой отрасли хирургии.

Общеизвестно, что один из пунктов модернизации здравоохранения предусматривает его информатизацию. К истории болезни будут «приклеиваться» видеофайлы УЗИ, «картинки» КТ и МРТ, оцифрованные данные анализов и т.д. Такого рода информацию легко хранить в архиве, который теперь не означает горы пыльных папок. Что самое главное – врач может в динамике увидеть историю болезни.

Безусловно, что эти и другие перемены, которыми сейчас буквально живёт больница, попросту не смоги бы состояться без понимания областного Минздрава, и как уже говорилось выше – лично губернатора А.Жилкина. И это не дежурные дифирамбы, просто Александр Александрович как никто другой понимает, что оценка здоровья астраханцев – это ни много ни мало оценка исполнительной власти. Отсюда и повышенный интерес местного губернатора к работе всей системы областного здравоохранения. Так, оба новых корпуса – КДЦ и хирургический – возводились с подачи губернатора, на это областной бюджет выделил 800 млн руб., «начинка» обошлась областной казне в 1 млрд 100 млн руб. Результаты таких астрономических вложений в здравоохранение Астраханской области не замедлили сказаться. Например, количество малоинвазивных операций, выполненных в 2013 г., по сравнению с предыдущими годами возросло в 20 (!) раз. Этим направлением в больнице руководит заместитель главного врача по хирургии профессор Юрий Кучина, и медики ставят перед собой весьма амбициозные задачи: из 20 тыс. операций в год, как плановых, так и экстренных, 60% выполнить малоинвазивными технологиями. Это означает, что при высоком уровне качества оперативного вмешательства сократится время пребывания больного в стенах ЛПУ и, как следствие, увеличится пресловутая оборачиваемость койки.

– Если в 2010 г. мы могли оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь только по 2 видам: неонатология (выхаживание маловесных детей) и травматология (постановка эндопротезов), то сейчас этих видов уже 9: челюстно-лицевая хирургия, гинекология, онкогематология, ожоговое отделение и т.д., – продолжает «экскурсию» Виктор Акишкин. – В принципе, мы готовы оказывать медпомощь по 14 профилям, объёмы и спектр всё время расширяются. Если Минздрав России будет поддерживать такие инициативы снизу, думаю, что к 2016 г., когда больница будет отмечать 140-летие, таких видов помощи мы планируем иметь уже 17.

К слову сказать, об «инициативах снизу». Одна из последних – организация на базе существующего в больнице ожогового центра аналогичной межтерриториальной структуры. Это предложение, имеющее под собой весьма реальную основу, уже озвучено в Минздраве России. Если же кто из чиновников сомневается в целесообразности организации такого центра, то вот информация к размышлению: в прошлом году в ожоговый центр Александро-Мариинской ОКБ поступил больной с производственной травмой – 90% (!) ожогов кожного покрова... По сути, человек был обречён, но его вылечили, выходили.

Примечательно, что простые люди, обыватели в хорошем смысле этого слова, и видят, и чувствуют эти перемены, и за них «голосуют ногами». Причём, это касается не только жителей Астраханской области или, скажем, соседней Республики Калмыкия, но и пациентов из ближнего зарубежья. Достаточно сказать, что 10% внебюджетных средств, заработанных медиками ОКБ в 2013 г., принесли в больничную копилку жители только одной, Атырауской (бывшей Гурьевской) области Казахстана. Едут ещё из Актау и даже далёкого Актюбинска. Всё больше пациентов приезжает из Азербайджана.

С некоторых пор в руках у главного врача появился ещё и «пряник» как средство стимулирования. Пациенты как главные получатели медицинских услуг выражают своё мнение в анкетах, от содержания которых напрямую зависят размеры «пряника». Такого рода обратная связь помогает, в том числе, выстраивать стратегию, видеть перспективы на будущее, а это уже – уверенность в завтрашнем днём, по нашим временам вещь довольно дорогая.

Справедливости ради надо заметить, что есть в этой больнице, конечно, и свои проблемы, одна из них – кадровая. Но, впрочем, это проблема, наверное, любого ЛПУ России.

Рубен КАЗАРЯН,
спец. корр. «МГ».

Астрахань.

НА СНИМКАХ: Виктор Акишкин; УЗИ щитовидной железы проводит руководитель КДЦ, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ Борис Гринберг; клинико-диагностический центр – гордость больницы.

Дословно

Тотального тестирования на наркотики не будет

В декабре минувшего года вступил в силу закон о проверке российских школьников и студентов на употребление наркотиков. 10% старшеклассников и учащихся вузов уже имеют опыт их употребления. В результате врачи сталкиваются с тяжелейшими психозами, часть из которых напоминает психозы при шизофрении. Лечатся они долго, сложно.

– Я – сторонник обязательного тестирования, – говорит главный нарколог Минздрава России Евгений Брюн. – Мне очень нравится опыт западных стран, при котором в школах и вузах в устав введён пункт обязательного тестирования. Например, в одной из английских школ дети учатся 5 дней, субботу и воскресенье они отдыхают. Приходят в понедельник и начинают свой день с тестов. На мой взгляд, это правильно. В США подобного нет, но если учитель сказал, что ребёнка нужно протестировать, это будет обязательно сделано. Приходится тратить очень много времени на убеждение, внушение, разъяснение.

Не менее критично подходит Евгений Брюн и к современной рекламе, считая её агрессивной. Дети сейчас буквально «ловят» зависимость от подобной рекламы. Если раньше она просто информировала, опираясь на семейные, религиозные ценности, то в настоящее время совсем другая. Типа «ищи удовольствия!», «Добавь адреналина в кровь!», «Позволь себе немного лишнего!» Такие призывы ребёнок слышит с малых лет. Ведь об этом же твердят взрослые.

– Однажды я услышал от больного: «Ну не могу я пить водку, душа не принимает! Но я же всё равно должен что-то принимать». И перешёл на героин. В конечном итоге человек погиб, – рассказывает ведущий специалист. – Знаете, «мои» наркоманы очень хорошо понимают значение фразы: «Если ты хочешь быть свободным – будешь зависеть от Бога. Если хочешь быть абсолютно свободным – станешь зависеть от дьявола».

На тотальной проверке на наркотики Брюн не настаивает. Он уверен, что нет необходимости тестировать более 25% детей: школа, как правило, знает своих «героев». Один мультитест (на 7 наркотиков) стоит примерно 300 руб. Сумма вроде небольшая, но если тестировать всех поголовно, никакого бюджета не хватит. В отношении вузов у наркологов есть хороший опыт проверки: пик потребления наркотиков приходится в основном на 2-й курс. Соглашаются пройти тесты примерно 85% студентов. Остальные 15% – не злостные потребители, как может показаться, а так называемые гиперсоциальные ребята, для которых оскорбительной кажется сама постановка вопроса. Это уже доказано исследованиями.

В принципе учащихся, заключил эксперт, можно вообще не тестировать, но только в том случае, если в школе будут чётко понимать: любой человек и в любой момент может пройти тест на наркотики. Уже один этот факт сыграет профилактическую роль.

Татьяна КУЗИВ,
корр. «МГ».

Конкурсы

В Казани подвели итоги

Общую победу на IX Международном фестивале искусств студентов-медиков и медицинских работников, завершившемся в столице Татарстана, одержала команда Казанского государственного медицинского университета. Она набрала одинаковое количество баллов с Тверской ГМА по выступлениям в конкурсах вокалистов, ансамблей, танцевальном, театральном и киноконкурсе, но тайным голосованием жюри именно ей присуждён Кубок Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России.

Третье общекомандное место заняли двукратные обладатели кубка – представители Рязанского ГМУ им. И.П.Павлова. Очень мощно выступили команды С.-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, Красноярского ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Воронежской ГМА им. Н.Н.Бурденко, Пермской ГМА им. Е.А.Вагнера, Людиновской ЦРБ Калужской области, впервые принявшие участие в состязаниях представители Башкортостана и Саратовского ГМУ им. В.И.Разумовского.

Генеральными спонсорами фестиваля стали компании «Тошиба Медикал Системс» (Япония), «Роттафарм С.П.А.» (Италия), «Гедеон Рихтер» (Венгрия) и научно-производственное предприятие «Мелитта» (Россия).

Подробности форума – в ближайших номерах «МГ».

Альберт ХИСАМОВ,
спец. корр. «МГ».
Казань.

Официально

Деньги для программы

Постановлением Правительства РФ утверждены Правила предоставления и распределения субсидий на реализацию мероприятий госпрограммы «Развитие здравоохранения».

Федеральным законом «О федеральном бюджете на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг.» в этом году предусмотрены субсидии бюджетам субъектов Федерации в размере 2,5 млрд руб. на реализацию отдельных мероприятий Государственной программы «Развитие здравоохранения». Утверждённые правила устанавливают порядок предоставления и распределения субсидий на софинансирование расходных обязательств субъектов Федерации, связанных с реализацией следующих мероприятий:

– обследование населения с целью выявления туберкулёза, лечения больных туберкулёзом, а также профилактических мероприятий;

– финансовое обеспечение закупок диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С.

Оценка эффективности расходов бюджетов субъектов РФ, источником финансового обеспечения которых являются субсидии, осуществляется Минздравом России на основании сравнения установленных соглашением и фактически достигнутых по итогам отчётного года значений показателей результативности предоставления субсидий.

В случае если в отчётном финансовом году субъектом РФ не достигнуты значения показателей результативности предоставления субсидии, установленной соглашением, размер субсидии, предусмотренной на текущий финансовый год, подлежит сокращению в порядке и размерах, которые предусмотрены настоящими правилами.

Сокращение размера субсидии, предусмотренной на текущий финансовый год, производится пропорционально отклонению фактического значения показателя результативности предоставления субсидии от планового значения, но не более чем на 50% размера субсидии.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

Инициатива

Учить больных гончарному мастерству

Психологическая поддержка и реабилитация для пациентов Приморской краевой клинической детской туберкулёзной больницы порой не менее важна, чем лечение: практикуемая здесь арт-терапия показывает высокую эффективность.

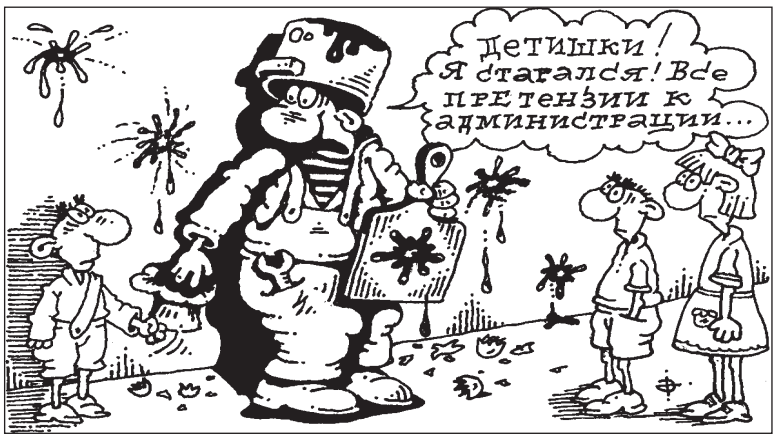
В планах – открыть при больнице даже собственную гончарную мастерскую. Главное – отвлечь ребёнка от основной проблемы. Чтобы пациент любого возраста не замыкался на болезни, а имел возможность в чём-то себя реализовывать.

– Реабилитация может занимать от 5 до 8 месяцев. И если раньше дети, которых мы лечили полгода, были зачастую вялыми, подавленными, то сейчас уже через несколько месяцев они очень активны, интересуются, когда их выпишут, – рассказывает Юрий Абрамович, главный врач Приморской детской краевой клинической туберкулёзной больницы. – Причём чем младше ребёнок, тем легче он психологически переносит лечение. Подростки же хотят больше свободы. У нас для работы с ними есть психологи, и та же арт-терапия хорошо их отвлекает.

Николай КАЗАНЦЕВ.
Владивосток.

Однако

Хорошо ещё не ассенизатор!



В Мурманской области прокуратура выявила многочисленные нарушения законодательства в работе детского сада № 27 Мончегорска. В отсутствие профессионального повара еду детям готовил технический персонал, что привело к вспышке кишечной инфекции.

В прокуратуре уточнили, что в штате дошкольного учреждения предусмотрены должности шеф-повара и двух поваров. Однако на деле обязанности по всем указанным должностям без доплаты и премии исполнял один повар. Случись этому специалисту попасть в больницу, и пищу для детей готовил человек из числа технического персонала, что и привело к нарушениям, повлекшим за собой массовое заболевание детей.

Виновное должностное лицо привлечено к дисциплинарной ответственности, а нарушения устранены, сообщили в прокуратуре.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
Мурманская область.

Перспективы

Будущее – за таргетными препаратами

Одним из редких заболеваний, претендующих на статус орфанного в РФ, является медуллярный рак щитовидной железы. Частота данного заболевания составляет 3-5% от всех случаев рака щитовидной железы и 10 случаев на 100 тыс. населения.

Для расширения знаний медицинского сообщества об этом редком заболевании была выполнена скрининговая исследовательская программа «Эпидемиология, диагностика и лечение медуллярного рака щитовидной железы», научным координатором которой выступил руководитель отделения микрохирургии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена член-корреспондент РАН Игорь Решетов. Результаты исследования позволили составить портрет пациента с этой патологией, оценить ситуацию с диагностикой и лечением данного заболевания.

– К сожалению, возможности диагностики и терапии медуллярного рака щитовидной железы ограничены и незначительно изменились за десятилетия; особенно актуален поиск эффективных возможностей лечения неоперабельных распространённых форм данного типа рака, – отметил И.Решетов. – До сегодняшнего дня существующие опции терапии были ограничены цитотоксической химиотерапией и лучевой терапией. Большие возможности эффективной и безопасной терапии открывают таргетные препараты, направленно действующие на белки, участвующие в канцерогенезе, и способности опухоли к прогрессии и метастазированию.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».
Москва.

Из первых уст

На пороге новой стратегии

Борьба с туберкулёзом становится одним из приоритетов деятельности ВОЗ

В мае 2014 г. в Женеве будет проводиться 67-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, на которой Россия после 3-летнего перерыва в результате очередной ротации войдёт в состав исполнительного комитета Всемирной организации здравоохранения. Эта международная организация в последние годы определяла приоритетным направлением профилактику и лечение неинфекционных заболеваний.

В то же время не меньшее внимание сейчас планируется уделять профилактике и диагностике ВИЧ/СПИДа, туберкулёза, малярии и ряда других инфекционных заболеваний. По результатам обсуждения стратегии борьбы с туберкулёзом на последнем исполкоме ВОЗ была принята резолюция «Глобальная стратегия и цели в области профилактики, лечения и борьбы с туберкулёзом на период после 2015 г.», рекомендованная для рассмотрения и принятия на 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения.

Уточним, что в настоящее время в рамках достижения «целей тысячелетия» до 2015 г. действуют стратегия и глобальный план «Остановить туберкулёз», направленные на выполнение соответствующих задач в области борьбы с туберкулёзом. На основе принятых международных актов каждой стране предлагается сформировать свою «страновую» стратегию в виде национального плана по борьбе с туберкулёзом. Об этом мы беседуем с помощником министра здравоохранения РФ Лялей ГАББАСОВОЙ, сопредседателем Рабочей группы высокого уровня (РГВУ) по туберкулёзу в Российской Федерации, при участии Европейского бюро ВОЗ.

– Наша страна приступает к масштабной реализации мер, направленных на оптимизацию помощи больным данного профиля, – говорит она. – Сегодня ситуация такова, что в России, обладающей огромной территорией и имеющей большую численность населения, отмечается явный тренд на снижение показателей смертности и заболеваемости туберкулёзом. Но по отношению к европейским странам заболеваемость туберкулёзом в России остаётся высокой, характерной для стран с большой численностью населения. Также высокий уровень заболеваемости туберкулёзом отмечается в странах БРИКС, имеющих схожие с нами географические и демографические особенности. Проектом глобальной стратегии ставится задача победить всемирную эпидемию туберкулёза к 2030 г.

К сожалению, заболеваемость туберкулёзом во многих странах, в том числе и в России, увеличивают миграционные потоки населения. Кроме того, в нашей стране достаточно много социально незащищённых людей. А это заболевание всегда сопровождает кризисные ситуации, как только ухудшается экономика, падает жизненный уровень и люди становятся более подверженными инфекционным заболеваниям, как следствие – снижается иммунитет и создаётся благодатная почва для распространения опасной инфекции под названием туберкулёз. Не случайно резкий подъем заболеваемости туберкулёзом в России отмечался именно в начале 90-х годов.

Перемены к лучшему произошли в России только в 2006 г. В 2002 г. мы приняли помощь от Всемирного банка, на эти средства были закуплены противотуберкулёзные препараты второго ряда. В дальнейшем значительную роль в борьбе с туберкулёзом сыграли и две отечественные целевые программы.

– Как известно, Всемирная организация здравоохранения рекомендовала России использовать стратегию DOTS, которую отечественные фтизиатры не очень-то жаловали. А как теперь в планах ВОЗ отразились прежние подходы?

– В резолюции остаётся ссылка на стратегию DOTS. Однако в целом стратегия гораздо шире. В соответствии с поручением министра здравоохранения В.Скворцовой в прошлом году мы провели большую работу, общались со многими ведущими фтизиатрами не только нашей страны, но и с зарубежными специалистами. Осенью 2013 г. провели заседание РГВУ в Москве с участием представителей ВОЗ и иностранных специалистов в области диагностики и лечения туберкулёза. По результатам обсуждений на заседании рабочей группы участники достигли понимания, как России, сохранив свои достижения в области развития фтизиатрии, перейти на международные принципы работы. С нашими достижениями все соглашаются, слишком убедительная приводится статистика. Мы стремимся вернуться к тем показателям, которые Россия имела до 1990 г., и это не простая задача.

Необходимо понимать, что изменилась сама структура туберкулёза, появились множественные резистентные формы. В более серьёзную проблему туберкулёз превратился из-за сочетания туберкулёза с ВИЧ-инфекцией. Соответственно бороться с сочетанной инфекцией гораздо сложнее, поскольку требуется проведение нескольких схем специфической терапии. В этой ситуации во главу угла выходит лабораторная диагностика.

На протяжении нескольких десятилетий в нашей стране пользовались стандартными схемами лечения туберкулёза, которые долгое время не изменялись, не учитывали формирующуюся резистентность микобактерий туберкулёза. В настоящее время мы переходим к работе по международным принципам, которые

нацелены на быстрое выявление у больного бактериовыделения и последующего определения чувствительности микобактерий к антимикробным препаратам. Это позволит формировать эффективную программу лечения каждого пациента, определить перечень препаратов, которые следует использовать, с учётом результатов мониторинга резистентности возбудителей.

В мировой практике проведена огромная работа по разработке и внедрению методов определения резистентности возбудителей к антибактериальным препаратам. И крайне важно, что ВОЗ определила ещё одну важную для здравоохранения стратегию и приняла на исполкоме резолюцию «Борьба с устойчивостью к противомикробным препаратам, включая устойчивость к антибиотикам». Представители России приняли активное участие в доработке этой резолюции и стали её соавторами.

Принимая международную линию действий, мы начинаем работать в одном ключе со всем миром. Это, в свою очередь, позволит улучшить российские показатели смертности и заболеваемости туберкулёзом и, в конечном счёте, окажет влияние на распространённость инфекции во всём мире. Есть и особые контингенты граждан, связанные с системой ФСИН, где уделяется большое внимание профилактике, диагностике и лечению туберкулёза. Соответственно, люди, отбывшие наказание, должны выходить на свободу пролеченными, без бактериовыделения, чтобы не распространять туберкулёз. Для выполнения этих задач нужна чёткая преемственность между системой исполнения наказаний и системой гражданского здравоохранения. В этом плане существуют проблемы, которые необходимо решать, и в ближайшее время.

Следующий пласт проблем в большей степени относится к социальным проблемам, работе с лицами без определённого места жительства, с мигрантами (иностранцами), которые часто являются носителями данного заболевания. Без чёткого определения порядка работы с этими контингентами сложно остановить распространение туберкулёза. Но эти вопросы могут быть решены только при участии всех компетентных ведомств, включая международные организации. Борьба с туберкулёзом предусматривает и борьбу с социально-экономическими проблемами, особенно направленную на ликвидацию бедности, решения вопросов профилактики, выявления и лечения туберкулёза у мигрантов, а также их депортации на Родину в определённых случаях. Все эти важные вопросы были отражены в резолюции по борьбе с туберкулёзом в период после 2015 г.

– В России успешно применяют хирургические методы лечения туберкулёза. Как они соотносятся с новой стратегией?

– Положительно. Хирургическое лечение запущенных форм характерно для стран с высоким бременем туберкулёза. Конечно, это заболевание менее распространено в европейских странах, поскольку там эта инфекция выявляется на более ранних стадиях, а потому и лечение проводится более эффективно. Соответственно, до применения хирургических методов дело просто не доходит.

Что касается наших торакальных хирургов, недавно они выступили со своими докладами на международной конференции в Париже, доклады наших специалистов очень хорошо были приняты участниками симпозиумов. Отсюда очевидно, что никто не собирается ограничивать хирургические методы в комплексном лечении туберкулёза.

Рекомендации в новой Глобальной стратегии ВОЗ даются в несколько ином ключе, по сравнению с действующей стратегией «Остановить туберкулёз». Страны ориентируют на организацию и государственную поддержку научных баз и институтов, в целях создания инновационных препаратов, новых методов диагностики, что поможет справиться с эпидемией туберкулёза. В этом отношении Россия находится в более выигрышной ситуации. Несмотря на все экономические потрясения, в нашей стране сумели сохранить профильные НИИ. Другое дело, что научные коллективы там не всегда занимались инновационными направлениями, отдавая предпочтение прикладным исследованиям. Согласно политике, проводимой Минздравом России, нашим учёным предстоит перестроиться, заняться новыми научными направлениями. Например, ускоренными методами диагностики для определения резистентности возбудителей туберкулёза. Мы располагаем такими разработками, но их надо совершенствовать, более оперативно внедрять в практику. Ускоренные методы позволяют фтизиатрам в кратчайшие сроки выявлять резистентность к одному из базовых препаратов, например к рифампицину, что, в свою очередь, позволит определиться с выбором эффективного препарата и последующей тактикой ведения пациента. Но самое главное – такой подход к диагностике и лечению туберкулёза вносит значимый вклад в борьбу с резистентностью возбудителей к противомикробным препаратам.

– Поддерживает ли новая стратегия принудительные методы лечения?

– Этот вопрос неоднократно поднимался в нашей стране и представителями регионов, и депутатами Государственной Думы. В России такая законодательная норма в отношении больных туберкулёзом уже действовала, и результаты её действия не оправдались. На сегодняшний день принудительное лечение предусмотрено законодательством только при оказании медицинской помощи пациентам психиатрического профиля.

В период проведения в Финляндии международной конференции по вопросам лечения туберкулёза (2013 г.) члены делегации Минздрава России встречались с сотрудниками Министерства здравоохранения Финляндии. В этой стране возможность принудительного лечения инфекционных заболеваний предусмотрена законодательством. Но тем не менее действующие нормы принудительного лечения к больным туберкулёзом применяются крайне редко. Финские медики считают, что жёсткие меры могут только усугубить ситуацию.

В нашей стране эти меры не прижились по другой причине. Под одной крышей в лечебном учреждении, куда принудительно направляются больные туберкулёзом, собираются в основном асоциальные элементы. И сохранить там порядок, приверженность больных к лечению стоит огромных усилий. В первую очередь потому, что требуется охрана, подготовленный медицинский персонал. Если говорить о международном опыте, то жёстко выстроена система эпидемиологического надзора в США. В этом государстве идут по пути изоляции людей, выделяющих бактерии туберкулёза. Но при этом стараются сохранить все права человека, а это требует серьёзной юридической проработки каждого случая принудительного лечения.

По нашему мнению, не меньший эффект, чем меры принудительного характера, даёт социальная поддержка больных. Она помогает серьёзно повысить приверженность больных к лечению, а ведь именно повышения приверженности добиваются сторонники принудительного лечения туберкулёза.

– Как считают в штабе отрасли: лечение туберкулёза должно осуществляться за счёт средств ОМС или по-прежнему бюджета?

– Мы знаем, что туберкулёз относится к социально значимым инфекционным заболеваниям, и его лечение, как правило, проводится за счёт средств бюджетов субъектов Российской Федерации. Но система ОМС становится все более всеобъемлющей, поэтому нельзя исключить, что лечение какой-то части больных в будущем будет осуществляться за счёт страховых средств. Следует отметить, в ближайшие два года будет действовать программа по совершенствованию помощи больным туберкулёзом в рамках Национального проекта «Здоровье». Это позволит обеспечить препаратами второго ряда, необходимыми расходными материалами лечебные учреждения, дооснастить их оборудованием. Дополнительно изучается вопрос о возможности рассматривать лечение туберкулёза как страховой случай, ведь лечение больных может проходить от 4 месяцев до 2 лет. В Минздраве России проводится большая работа по определению стоимости случаев заболевания по различным нозологиям, включая туберкулёз, на основе стандартов или по клинико-статистическим группам (КСГ).

– Как вы относитесь к модели централизованной противотуберкулёзной службы?

– Минздравом России принят порядок оказания медицинской помощи больным туберкулёзом, в соответствии с которым должна выстраиваться модель противотуберкулёзной службы. Дать какой-то однозначный рецепт для всех регионов не представляется возможным: они имеют свои географические особенности, связанные с транспортной доступностью, климатом и численностью населения. Да, централизация имеет ряд плюсов. Содержать маленькие больницы зачастую нецелесообразно. И это невыгодно не только с экономической точки зрения, но и при внедрении инновационных методов диагностики и лечения.

Глобальная стратегия борьбы с туберкулёзом после 2015 г. предполагает принятие «страновой» модели оказания помощи больным туберкулёзом, в которой должна найти отражение специфика распространения этой опасной инфекции применительно к данной стране. А это, в свою очередь, позволит оптимизировать инфраструктуру системы оказания помощи больным туберкулёзом.

Беседу вёл Алексей ПАПЫРИН, корр. «МГ».

Точка зрения

Вокруг закона и не только

Состояние проблемы орфанных лекарств в РФ

Можно сказать, что проблема орфанных лекарств в РФ пока находится в подвешенном состоянии. В марте 2010 г. Совет Федерации РФ одобрил законопроект «Об обращении лекарственных средств», предусматривающий государственное регулирование цен на лекарства, относящиеся к категории жизненно необходимых и важнейших. В связи с отсутствием в этом законе понятия «орфанные препараты» ряд благотворительных фондов обратились к Д.Медведеву, в то время Президенту РФ, с просьбой не подписывать его. Однако закон был подписан и вступил в силу с 1 сентября 2010 г.

Эта странная «глухота»

Кроме всего прочего, в этом законе отсутствуют положения, которые бы стимулировали оборот орфанных лекарств на внутреннем рынке РФ.

В связи с отсутствием в РФ понятия об орфанных лекарствах, их перечня и законодательных актов по ним, многие из таких средств пациенты вынуждены приобретать за рубежом. Пациентские организации просили Правительство РФ создать регистр наиболее востребованных, не зарегистрированных в РФ лекарств, провести конкурс среди фармдистрибьюторов на право их закупки, ввоза и хранения.

К сожалению, эти просьбы не были услышаны. Примерную мотивировку этой «глухоты» правительства по вопросам орфанных болезней можно представить по высказываниям депутата Госдумы РФ С.Колесникова: «Мне понятна последовательность действий ассоциаций людей, страдающих редкими заболеваниями. Сначала они требуют, чтобы в закон внесли понятие «орфанные лекарственные препараты», потом требуют разрешить ускоренную регистрацию в России этих лекарств, потом требуют государственного обеспечения больных этими лекарствами. Препараты для лечения редких заболеваний очень дорогие. Сегодня мы тратим 44 млрд руб. в год на лекарства, необходимые для лечения 7 категорий больных – гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, миелолейкозом, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов. Государство не может обеспечить лечение всех больных редкими заболеваниями. А если попытается это сделать, то без льготных лекарств останутся все остальные категории больных. Каждое лекарство для человека с редким заболеванием стоит от 100 тыс. до 1 млн руб. в месяц. Посчитайте, сколько денег нужно потратить, чтобы обеспечить лечением всех больных».

Если перевести на понятный простой язык – это прямой отказ от лечения орфанных болезней. Остаётся совершенно неясным, с какой целью глава Правительства РФ того периода В.Путин подписал «Положение об орфанных болезнях», если государство не собиралось взять на себя их лечение.

Официальный путь ввоза таких лекарств в РФ в принципе существует, но с типичным российским головотяпством и бюрократизмом.

На оформление бумаг и поиски за рубежом фармацевтической компании, готовой продать нужный препарат по выписанному в РФ рецепту, купить его

и доставить на родину, выдерживая при строго определённой температуре, – чрезвычайная задача. Во-первых, на это требуются долгие месяцы, и многие больные просто не доживают до получения препарата. Во-вторых, вызывают недоумение правила ввоза таких препаратов в Россию, по которым тяжелобольные люди и их близкие вынуждены платить налоги и таможенные сборы, как если бы речь шла о коммерческом импорте.

По данным компетентных источников, одновременно в нашей стране нет механизмов, стимулирующих появление своих препаратов – просто в РФ нет условий для этого. Если делать всё качественно, чтобы впоследствии препарат был принят в других странах, он обойдётся гораздо дороже, чем зарубежный, ввозимый. В РФ нет вивария, соответствующего мировым стандартам. Провести качественные доклинические испытания у нас дороже, чем в странах Восточной Европы. Нет также сертифицированных лабораторий, нет технологий, методов анализа, расходных материалов. И т.д.

Опять отличились бюрократы

Забюрократизировано и производство дженериков. Вот признания одного из отечественных производителей: «Мы закупили технологию и выпустили на нашем петербургском заводе субстанцию дженерика рибавирина. Аналогов субстанции в России не производят, а импортные очень дорогие. Подали на регистрацию. Прошло два года. По закону, регуляторные органы должны ответить в течение 210 дней. Но они могут сообщить, что в документах не там поставлена запятая. После исправления запятой срок отсчитывается заново. Сравните: в Финляндии Министерство здравоохранения в течение 7 дней принимает решение о проведении клинических испытаний. У нас же срок получения разрешения на «клинику» может растянуться от 100 дней до бесконечности».

На разработку новых орфанных лекарств нашим фармпредприятиям также требуются громадные сроки – лет 15 до введения его в клиническую практику. Одна из причин - очень долгий набор пациентов в клинические исследования, который может длиться годами.

За рубежом же, целый «ряд государств предоставляет разработчикам и производителям таких лекарственных препаратов административные и финансовые льготы». В ЕС это бесплатная помощь в составлении протокола, 50%-ное снижение пошлин на предрегистрационном этапе, 50%-ное снижение всех пошлин в течение первого года после одобрения. В США компании получают право автоматического снижения пошлин для заявления на регистрацию, помощь в разработке программы исследования, снижение налогов на сумму, равную 50% затрат на исследования, гранты на программы клинических исследований. В США и Европе предусмотрены также ускоренная процедура рассмотрения регистрационных документов, регистрация на основании неполных клинических данных и предоставление продлённых эксклюзивных прав на продажу препарата до 7-10 лет. Кроме того, даётся гарантия, что подобный препарат в данной стране не будет больше разработан в течение 15 лет, что позволяет производителям окупить свои затраты на его разработку.

В связи со всеми этими обстоятельствами в настоящее время в РФ проблема обеспечения орфанными препаратами во многом решается усилиями общественных организаций. Благотворительные организации, помогающие больному получить лекарство, сначала получают заключение консилиума врачей одной из федеральных клиник, это заключение идёт в Росздравнадзор, где через какое-то время выдают разрешение на ввоз. Затем волонтёры едут в ту страну, где это лекарство производят или продают и просят в аптеках продать им лекарство (эти лекарства считаются госпитальными, на Западе их покупают клиники, а не частные лица). Затем возвращаются и, как уже указывалось выше, платят на таможне НДС 20% и пошлину 10%.

Можно представить себе, во что это лекарство обойдётся пациенту, если он вдруг вздумает приобрести его.

Нельзя сказать, что у нас ничего не делается для решения вопроса орфанных болезней.

Как уже упоминалось в высказывании депутата Госдумы РФ, в своё время, ещё до появления постановления Правительства РФ и списка Минздрава России, с 2008 г., в РФ была предпринята попытка решения части проблемы орфанных болезней. Для этого была разработана и начала действовать государственная программа «Семь нозологий», больные которыми получали дорогостоящее лечение 16 препаратами, включёнными в программу. Правда и эта программа работала, скорее, «в тени», чем открыто. Многие медучреждения не имели о ней понятия, да и там, где это было организовано прозрачно, больным отказывали в оплате необходимых препаратов. Такие случаи бывали, например, когда назначались препараты ревлимид для лечения множественной миеломы, тасигна для лечения хронического миелолейкоза. Купить их за свой счёт пациентам просто было не под силу: годовой курс лечения обходится в десятки миллионов рублей. И нередко приходилось прерывать курс и возвращаться к обычным лекарствам с существенным ущербом для здоровья.

Делаются также и другие попытки. Например, созданы фармкластеры с участием международных компаний и отечественных производителей, где инвестируются большие средства в разработки по созданию новых препаратов. Фармкластеры успешно развиваются в окрестностях Москвы и С.-Петербурга, в Ярославской и Калужской областях, в Ставропольском крае. Для них федеральные и региональные власти создают условия наибольшего благоприятствования: льготный таможенный и налоговый режим, выделение земельных участков, помощь в подготовке квалифицированных кадров и т.п.

Перед ними поставлены задачи по налаживанию выпуска в России современных лекарственных средств, развитию материально-технической базы и решению кадрового вопроса, то есть по системной модернизации всей отрасли. В их создании принимают участие ведущие западные и российские компании. Их немного, но уже лучше, чем ничего.

О перечне лекарств

Составление перечня орфанных болезней чрезвычайно затруднительно. Дело в том, что прежде всего следует определиться, что же будет входить в этот перечень – только основные лекарства для лечения орфанных болезней или также средства для сопутствующей или поддерживающей терапии. Поясню сказанное на конкретном примере.

Для лечения острого миелобластного лейкоза основными являются два препарата. А вот в поддерживающую или сопутствующую терапию при этой болезни входит значительно большее число средств: компоненты крови (свежезамороженная плазма, альбумин, эритроцитарная масса, тромбоцитарная масса); инфузионные реологически активные и детоксицирующие растворы; антивирусные препараты; антигрибковые препараты; противорвотные препараты; анальгетики; противогрибковые; антидепрессанты, транквилизаторы; препараты, выводящие мочевую кислоту и множество других.

Таким образом, можно видеть, что количество препаратов сопутствующей терапии значительно превышает основные. И финансовое их наполнение может быть гораздо выше основных.

Так что же включать в перечень орфанных лекарств – только основные или и необходимые для сопутствующей терапии?

От решения этого вопроса зависит многое в формировании перечня орфанных болезней. Посему до решения этого вопроса приказом Минздрава России или другой компетентной организации составить полноценный перечень не представляется возможным.

В Евросоюзе в данном вопросе пошли по пути включения только основных препаратов лечения орфанных заболеваний. И в этот список входит примерно 74 препарата.

В США же пошли по пути включения в список и препаратов сопутствующей терапии. В результате в список орфанных заболеваний включено 2810 препаратов! Этот список превышает европейский в 18,4 раза, что очень доказательно иллюстрирует сказанное мной выше о количестве и стоимости препаратов сопутствующей терапии орфанных болезней. Разумеется, что американский список более конкретен, даёт возможность орфанным больным знать и требовать положенные им лекарства. Он избавляет и врачей от головной боли из-за решения вопроса отнесения того или иного препарата сопутствующей терапии к орфанным.

И тем не менее российский список на первых порах лучше построить по европейскому типу, ибо, как говорилось выше, пока государство не спешит выполнять свои обязательства даже по этим лекарствам.

По числу препаратов наш список будет примерно совпадать с перечнем орфанных лекарств Евросоюза.

Если речь идёт о серьёзном подходе к проблеме орфанных болезней, то такой список должен быть утверждён как можно скорее. Необходимо внести соответствующие изменения в российский бюджет медицины. И для таких целей перечень орфанных лекарств в РФ должен быть основополагающим звеном. А уж дополнить и исправить его – задача тех, кто вплотную занимается данной проблемой.

Ибрагим ШАМОВ,
профессор.

Дагестанская государственная медицинская академия.

Махачкала.

Тенденции

Кто выступит в защиту жизни?

Россия запрещает рекламу абортов, но отвергает радикальные методы борьбы с ними

Запрет на рекламу искусственного прерывания беременности вводят принятые Госдумой РФ поправки к Федеральному закону «О рекламе». Они внесены согласно подписанному Президентом РФ Федеральному закону № 217151-6 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Первый шаг сделан

«В Федеральном законе «О рекламе» перечень услуг, реклама которых не допускается, дополнен медицинскими услугами по искусственному прерыванию беременности», – сообщили в пресс-службе Кремля.

Это шаг, который можно только приветствовать, заявила на митинге пролайферов (борцов против абортов) писатель и публицист Наталья Макеева. «Было бы, конечно, хорошо, – сказала она, – если бы Путин запретил аборты, но мы же знаем, что его стиль – не делать резких движений. И запрет рекламы этой, с позволения сказать, «процедуры», несомненно, первый шаг к историческому решению, которое, надеюсь, российский лидер в ближайшем будущем примет».

Итак, первый шаг сделан: реклама о производстве абортов, которой пестрят Интернет и печатные СМИ, отныне вне закона. Теперь парламентариям и главе государства предстоит решить, делать ли шаг второй? То есть если не запретить аборты вообще, как это у нас уже бывало, то хотя бы прекратить финансирование искусственного прерывания беременности за счёт бюджетных средств.

История вопроса. *В 1906 г. Россия отказалась от уголовной ответственности за аборты, поскольку ничего, кроме трагедий, для женщин и врачей это не приносило, а жёсткий запрет вызывал рост инвалидности и смертности.*

Но 27 июня 1936 г., «идя навстречу многочисленным заявлениям трудящихся женщин», было принято постановление ЦИК и СНК СССР, запрещавшее искусственное прерывание беременности. Перед этим была организована «широкая поддержка трудящихся», а после публикации документа предприняты все усилия для его идеологического обоснования.

«В то время как все буржуазные страны мира не знают, куда девать своих людей, где найти им работу, чем их накормить, нам людей не хватает. Нам так много надо сделать! ...Нам нужны всё новые и новые борцы – строители этой жизни. Нам нужны люди. Аборт, уничтожение зарождающейся жизни, недопустим в нашем государстве строящегося социализма. Аборт – это злое наследие того порядка, когда человек жил узколичными интересами, а не жизнью коллектива... В нашей жизни не может быть разрыва между личным и общественным. У нас даже такие, казалось бы, интимные вопросы, как семья, рождение детей, из личных становятся общественными. Советская женщина уравнена в правах с мужчиной. Для неё открыты двери во все отрасли труда. Но наша советская женщина не освобождена от той великой и почётной обязанности, которой наделила её природа: она мать, она родит. И это, бесспорно, дело большой общественной значимости», – писал крупный партийный функционер Арон Сольц.

Народный комиссар здравоохранения Николай Семашко выступил со статьёй «Какой замечательный закон! (К отмене абортов в СССР)».

После принятия постановления число абортов, естественно, резко сократилось, а рождаемость возросла. Но одновременно была быстро налажена система производства нелегального аборта, получила распространение практика самоаборта. Появились люди, которые за определённую плату давали советы, как можно прервать беременность. Аборт, после того как он был запрещён, когда производство его стало незаконным, превратился в дорого оплачиваемое преступление.

В числе зарегистрированных абортов в России в целом аборты по медицинским показаниям (разрешённые) составляли в эти годы менее 10%, остальные были начаты вне лечебного учреждения.

Повторная легализация аборта по желанию женщины в 1955 г. стала выбором меньшего зла ввиду всё увеличивавшегося числа криминальных абортов в СССР.

«Государство, выступая от лица всего общества, не должно финансировать то, что не только разрушает моральные установления, но и попросту приводит к вымиранию населения, а также многочисленным болезням женщин, в том числе часто к бесплодию, – говорит председатель синодального информационного отдела Русской православной церкви Владимир Легойда. – Средства, которые будут высвобождены в результате отмены финансирования этой нравственно недопустимой бесплатной «услуги», можно было бы направить на лечение тех, кто, сделав аборт, нанёс вред своему здоровью. А ещё более важно поддержать общественные усилия по разъяснению негативных духовных и медицинских последствий лишения не рождённых детей жизни, укреплению семейных ценностей, ответственного материнства и отцовства и многодетности».

Будет ли шаг второй?

Положить конец бюджетному финансированию абортов предлагают сейчас депутаты Самарской области, которые направили в Госдуму РФ законопроект о внесении изменений в статью 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Исключение они делают только для абортов по медицинским показаниям и при условии наличия неотвратимой угрозы жизни женщины. При этом, как подчёркивается в пояснительной записке к проекту закона, женщина не лишается права самостоятельно решать вопрос о материнстве и искусственном прерывании беременности за счёт собственных средств.

Производство абортов, как известно, финансируется у нас в соответствии с действующим законодательством в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования за счёт средств, перечисляемых страхователями в Федеральный фонд ОМС и соответствующие территориальные фонды. Прямые расходы на поддержание такой системы в государственных медучреждениях обходятся бюджету в 10 млрд руб. ежегодно (для сравнения, в проекте бюджета РФ на 2014 г. на субсидии для ежемесячной денежной выплаты, назначаемой в случае рождения третьего ребёнка или последующих детей до достижения ими возраста 3 лет, заложено около 7 млрд руб.). Это – без учёта расходов на лечение бесплодия и других косвенных потерь. То есть каждый работающий (в том числе и православный христианин) ежегодно отчисляет на аборты 200 руб.

Накладно это и для медучреждений. Как сообщил на «круглом столе» в Общественной палате РФ, посвящённом роли НКО в профилактике и снижении числа абортов, главный врач ГКБ № 2 Оренбурга Дмитрий Нефёдов, бюджетные средства, направляемые больницей на производство абортов, составляют порядка 20 млн руб. в год. Но весь ужас состоит в том, полагает он, что эти деньги нельзя потратить на другую услугу, поэтому, чтобы их освоить, больнице выгодно сделать то число абортов, которое заложено (!) в бюджете. При этом на профилактику абортов не выделяется ни копейки.

Не грех вспомнить, что ещё в 2011 г. Патриарх Московский и всея Руси Кирилл, направив руководству страны пакет предложений по улучшению демографической ситуации, высказался за то, чтобы вывести операции по прерыванию беременности (за исключением случаев прямой угрозы жизни матери) из системы медицинского страхования. То есть запретить, таким образом, производство абортов на средства налогоплательщиков.

Теперь к этому пришли и депутаты. Пока, правда, только самарские. «Значительная часть населения нашей страны негативно относится к производству абортов без наличия соответствующих медицинских показаний, – пишут авторы законопроекта в пояснительной записке к нему. – Данное отношение мотивируется как морально-нравственными устоями жизни общества, так и учениями подавляющего большинства традиционных религий, которые исповедуют российские граждане. Более того, с точки зрения христианства, ислама, иудаизма, искусственный аборт – безусловный тягчайший грех детоубийства». К тому же, по мнению самарских депутатов, ситуацию усугубляет тот факт, что, перечисляя соответствующие страховые взносы в фонд ОМС, «страховщики не по своей воле становятся соучастниками производства искусственных абортов, что в огромной степени оскорбляет чувства значительной части верующих людей, вынужденных участвовать в кощунстве».

Какая судьба ждёт законопроект, сказать не берётся пока никто. Даже председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Калашников, хотя и против его принятия, но не исключает, что он может быть поддержан депутатами. «Он (законопроект) направлен на сокращение затрат по обязательной медицинской помощи, и, с точки зрения экономии, я вполне допускаю, что депутаты могут его поддержать. Но я считаю, что это будет негуманный акт по отношению к тем женщинам, которые делают аборт», – сказал глава думского комитета журналистам.

Между тем идея, как говорится, обрастает. Так, в С.-Петербурге исключить искусственное прерывание беременности из списка процедур, осуществляемых бесплатно в рамках базовой программы ОМС, предлагает депутат городского Законодательного собрания от «Единой России» Виталий Милонов. «В условиях сложнейшей демографической ситуации данные процедуры спонсируются государством, что противоречит задачам государственной политики, – заявил он. – Почему мы должны финансировать безответственный поступок? Когда женщина, наслушавшись либеральных фраз, заявляет: «Моё тело – моё дело». Беременность не является болезнью, а аборт – операцией, необходимой для помощи больному».

В.Милонов согласен с правом женщин на аборт по медицинским или социальным показаниям. Но, убеждён он, за прерывание беременности только по собственному желанию они должны заплатить сами, а не бюджету расплачиваться за этот безответственный шаг.

Депутата не смущает, что он пока нашёл поддержку далеко не у всех коллег по Законодательному собранию. Так, против внесённого им законопроекта выступил даже товарищ по партии – единоросс

Сергей Анденко, обративший внимание на коррупциогенный фактор инициативы. «Я – врач, дайте мне 10 женщин, и я у 9 из них найду медицинские показания для аборта», – заявил он, напомнив, что власть и раньше пыталась запретить искусственное прерывание беременности, но это ни к чему хорошему не приводило.

Минздрав против

Несмотря на то, что аборт у первобеременной – это гарантирование бесплодие в 25% случаев, а на аборты государство ежегодно тратит миллиарды рублей бюджетных средств, Минздрав России не считает законодательный запрет на бесплатные аборты мерой для сокращения их числа.

Это может привести к росту числа криминальных абортов, полагает директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина. «Мы очень опасаемся инициатив, которые увеличивают криминальные аборты, то есть обращение в немедицинскую организацию, к каким-то бабкам и неизвестно кому, потому что при криминальных абортах очень высока смертность женщин. Нам главное не допустить этого перекоса», – сказала она.

Такого же мнения и её заместитель Олег Филиппов. Если аборт станет платной услугой, то их число возрастёт в разы, подчеркнул он на «круглом столе» в Общественной палате РФ. «Как бы это страшно не звучало, но врачи будут заинтересованы в абортах», – заметил представитель министерства, добавив, что запрет должен быть, прежде всего, в головах, а не в законе. «Запретом дело не решить, это повлечёт за собой только рост криминальных абортов и угрозу здоровью и жизни женщин», – подвёл черту О.Филиппов.

С мнением чиновника не согласились многие участники заседания, обращая внимание на то, что существуют же запреты на убийство, воровство и другие противоправные действия. Почему же убийство ребёнка в утробе матери не может быть под запретом? – задавали вопрос выступавшие. Объяснение этому тоже есть: согласно действующему законодательству, плод в утробе матери не считается человеком, за убийство которого можно понести наказание, аборт не считается убийством, а трактуется как прерывание беременности. Вопрос о материнстве каждая женщина решает самостоятельно – это её право.

Позиция Минздрава встретила поддержку и у части депутатов Госдумы РФ, выступивших против инициативы парламентариев Самарской области и С.-Петербурга.

«Не вызывает сомнений, что введение законодательного запрета на финансирование абортов за счёт бюджетных средств является недопустимым. Как с правовой, так и с этической точек зрения, – так расценила её член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья доктор медицинских наук Салия Мурзабаева. – Общеизвестно, что в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения с целью прерывания беременности «бесплатно» обращаются в основном женщины, испытывающие финансовые трудности. Таким образом, социально незащищённые категории, у которых нет медицинских показаний для прерывания беременности, не смогут легально обратиться за квалифицированной медицинской помощью».

По мнению С.Мурзабаевой, запрет может повлечь за собой попытку женщины самостоятельно прервать беременность, нанося непоправимый вред своему репродуктивному здоровью, либо избавиться от уже родившегося ребёнка из-за невозможности его содержать. Более того, отметила депутат, согласно международным исследованиям и мнению российских экспертов, любая искусственная задержка в проведении аборта увеличивает вероятность осложнений, включая бесплодие. К тому же право на свободу репродуктивного выбора является продолжением многих личных прав человека, закреплённых в Конституции РФ и в общепризнанных международных правовых актах. Для женщины такое право – это, прежде всего, право на свободу при принятии решения по реализации её репродуктивной функции – наступления желанной беременности и рождения желанных детей или использования методов контрацепции. А в случае незапланированной беременности – возможности её прерывания в условиях оказания доступной, безопасной, эффективной и высококвалифицированной медицинской помощи.

По миллиону ежегодно. А как у них?

Между тем Россия продолжает лидировать по числу абортов: в 2007 г. их число составляло 53 на 1 тыс. женщин, затем снизилось примерно до 40. Тем не менее это значительно хуже ситуации в развитых странах Европы. По оценке Минздрава, аборт делают около миллиона россиянок в год. Стоимость убийства не рождённого ребёнка составляет от 5 до 10 тыс. руб.

В большинстве стран Европы и Северной Америки, а также до половины государств Южной и Юго-Восточной Азии легализация абортов по желанию женщины идёт с 1973 г. по настоящее время, сообщает православный портал «Милосердие.ru».

В Германии аборты по желанию женщины были легализованы только в 1995 г. (в целях «гармонизации законодательства западных и восточных земель», то есть по сути это была уступка жителям бывшей ГДР). Женщина сама оплачивает аборт (его стоимость составляет 300-700 евро), также она должна предоставить письменное подтверждение о консультации в социальном центре, многие из которых принадлежат католической и лютеранской церквям. Работник такого центра обязан проинформировать женщину, что её будущий ребёнок имеет право на жизнь и обязан «использовать попытку» отговорить женщину от аборта. Уровень абортов – один из самых низких в Западной Европе: 7,2 на 1 тыс. женщин в год.

Во Франции женщина, желающая сделать аборт, должна письменно заявить, что она находится в «трудной жизненной ситуации». С момента заявления до операции должно пройти не менее 7 дней («неделя тишины»). За это время проводится консультирование с упором на выявление и устранение социальных причин, подтолкнувших к аборту. Аборты – платные, у врача есть право на отказ по религиозным убеждениям, о которых он должен незамедлительно проинформировать пациентку. Уровень абортов – в 2,5 раза ниже, чем в России, но при этом один из самых высоких в Западной Европе – 17,6 на 1 тыс. женщин в год.

В Великобритании ситуация разнится по регионам: в Англии, Шотландии и Уэльсе аборт разрешён по социально-экономическим и медицинским показаниям, в Северной Ирландии – только по медицинским. При этом во всех частях страны медицинские показания должны быть установлены как минимум двумя врачами. Примечательно, что, сохранив запрет на аборты по желанию женщины, Великобритания демонстрирует относительно высокий уровень: 16,8 на 1 тыс. женщин в год.

В Италии для абортов по желанию женщины также действует правило «недели тишины». Для несовершеннолетних беременных требуется согласие родителей на аборт. Учитывая сильные позиции католической церкви, не только отдельные врачи, но и клиники целиком (государственные) отказываются от проведения абортов. Уровень абортов – 10,2 на 1 тыс. женщин в год.

В Израиле аборты разрешены по медицинским и социально-экономическим показаниям. Но даже для последних требуется разрешение религиозного комитета. Уровень абортов – 13,2 на 1 тыс. женщин в год – относительно высок вследствие более либеральной практики в отношении беременных неевреийского происхождения.

В США аборты по желанию женщины были легализованы решением Верховного суда в 1973 г. Однако в стране существует мощное движение в защиту жизни (pro-life). Под его давлением большинство штатов принимают законы, ограничивающие право на аборт. Так, в 40 из 50 штатов несовершеннолетней беременной требуется согласие родителя на аборт, причём в 36 штатах – обоих родителей. 29 штатов ввели обязательное доабортное консультирование, ставящее своей прямой целью отговорить женщину от совершения процедуры. В 17 штатах действует законодательно установленный срок ожидания различной продолжительности, но, исходя из практики, число таких штатов значительно больше. В целом по США 85% врачей отказываются делать аборт по убеждениям, аборты являются платными. Уровень абортов – 18,9 на 1 тыс. женщин в год.

В Японии разрешены аборты только по медицинским и социально-экономическим показаниям. Уровень абортов – 10,3 на 1 тыс. женщин в год.

В Польше, в начале 1990 г. введено жёсткое антиабортное законодательство – аборты разрешены только по медицинским показаниям, а также в случае изнасилования или инцеста. Число абортов к 2010 г. сократилось по сравнению с 1988 г. в 200 раз. Хотя некоторые исследователи оспаривают положительное влияние запрета абортов на демографию, Польша остаётся единственной страной Центральной и Восточной Европы, сохранившей положительный естественный прирост населения.

Практически все легализации абортов в европейских странах были проведены социалистическими правительствами. Христианские демократы стараются их как минимум ограничить или же запретить.

Как быть?

Ряд социальных показаний для искусственного прерывания беременности у нас, как известно, уже отменён постановлением Правительства РФ № 98 от 06.02.2012. Раньше сделать аборт после 12 и до 22 недель могли женщины, находящиеся в тюрьме, недавно потерявшие мужа, лишённые родительских прав, а также жертвы насилия, инцеста. Теперь из этих четырёх причин для позднего аборта остались две последние. Ведь летальность после абортов даже в стационаре в сроке 12-22 недель в 8 раз (!) выше, чем до 12 недель.

Но возможность решить по желанию женщины проблему, связанную с нежелательной беременностью, в сроке до 12 недель при этом остаётся. В соответствии с введёнными некоторое время назад Минздравом России нормами на сроках беременности 4-7 и 11-12 недель прерывать её можно только не ранее 48 часов после обращения. На 8-10-й неделе этот период должен составлять не менее 7 дней.

Расширил Минздрав и перечень ранений и травм, о которых врачи обязаны сообщать в полицию. В случае если присутствуют признаки сделанного организацией без соответствующей лицензии аборта, то в соответствии с приказом министерства № 565н это надо сделать обязательно.

Не могу сказать, как повлияли все эти меры и полумеры, предложения и инициативы, но факт остаётся фактом: ужесточение правил проведения абортов уже позволило значительно сократить их число. По словам заместителя министра здравоохранения РФ Татьяны Яковлевой, их стало меньше за последние 5 лет на 24%.

Дело дошло до того, что заместитель председателя Комиссии Общественной палаты РФ по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни граждан Борис Альтшулер обратился к общественным организациям: «Я прошу вашей помощи, вас общественников! Без вас нам эту проблему (абортов. – **К.Щ.**) не решить». Проблема абортов – многоуровневая, считает он. Начиная с просвещения детей и заканчивая социальной помощью женщине, оказавшейся в сложной ситуации.

Необходимо менять сознание, если не взрослых, то хотя бы детей, начинать с них, формировать у ребёнка мировоззрение, базирующееся на ценности традиционной семьи, целомудрии и нравственности. «В сознании людей существует разрыв между представлением о счастливой семейной жизни и поведением в обществе, они диаметрально противоположные, отсюда проблемы», – справедливо замечает иерей Дмитрий Моисеев, автор учебника «Психология семейной жизни» (Екатеринбург). Е.Байбарина также согласна, что сокращать число абортов необходимо с помощью воспитательной работы с населением, а также благодаря помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, которые решаются на аборт. «Именно поэтому Минздрав поддерживает создание кризисных центров для беременных, им обеспечивается психолого-педагогическая помощь социального работника, и этот путь снижения числа абортов нам кажется наиболее перспективным и гуманным»,– сказала она.

...Страховой случай – это болезнь. Будучи застрахованным, вы не платите за лечение, точнее, расходы распределяются на всю жизнь в виде взносов. Но ведь, исходя из самой сущности страховой медицины, страховка не должна покрывать аборты, хотя их и делают в стенах лечебно-профилактических учреждений врачи. Тогда почему наступление беременности считается страховым случаем и аборт оплачивается из нашего кармана? И, согласитесь, странно, провозглашая политику по стимулированию рождения детей, вкладывать их не в жизнь, а в смерть.

Как быть? Что надо сделать, чтобы не было этого убийства не родившихся детей – абортов? Размышления на сей счёт оставляют нас пока наедине с собой.

...А на территории Краснодарского краевого перинатального центра скоро появится памятник неродившимся младенцам, проект скульптуры которого под названием «Ангел с неродившимся младенцем» создан кубанским мастером Ольгой Яковлевой и благословлён митрополитом Екатеринодарским и Кубанским Исидором. Макет и посвящён детям, которые не появились на свет из-за аборта. В высоту монумент будет достигать около четырёх метров. Памятник планируется построить без единого бюджетного рубля, на народные средства. «Чтобы он был призывом к покаянию тем, кто совершил грех аборта, а тот, кто на пороге этого греха, мог бы остановиться», – говорит настоятель краснодарского храма Рождества Христова священник Александр Игнатов.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 23 (1790)

Случай необычной абдоминальной боли. Клинический разбор

Мужчина 41 года поступил в отделение экстренной медицинской помощи по поводу острой абдоминальной боли. Внезапно начавшаяся, мучительная боль локализовалась в правом нижнем квадранте брюшной стенки и иррадиировала в правую паховую область и бок. Слегка ослабевала в положении лёжа, но сохранялась при повороте на левый бок. Сразу после появления боли возникла тошнота, однократная рвота без крови и желчи.

При первоначальной оценке симптома острой абдоминальной боли следует, прежде всего, подумать о жизнеугрожающих причинах и неотложной хирургической патологии – холецистит, расслоение аорты, ишемия брыжейки и перфорация кишки. У обсуждаемого больного локализация боли вызывала подозрение на аппендицит, внезапное начало давало основание думать об относительно доброкачественной причине (пассаж камня из почки) или более угрожающем состоянии (окклюзия просвета кишки, тромбоз, разрыв внутреннего органа или сосуда). Клиническая картина нетипична для холецистита, но исключить эту причину всё-таки было нельзя, так как холецистит – наиболее частая причина абдоминальной боли.

Тошнота и рвота могут быть вторичной причиной боли или указывать на кишечную непроходимость. Гастроэнтерит маловероятен, так как боль очень сильная, тем не менее такой вариант тоже следовало рассмотреть, так как имели место абдоминальная боль, тошнота и рвота.

За 2 недели до поступления у больного был менее выраженный приступ боли с локализацией в левом нижнем квадранте и иррадиацией в левый бок. Он также сообщил, что за несколько месяцев до этого у него были подобные эпизоды. При этом подъёма температуры, потери веса, боли в груди, диареи или «мочевых» симптомов не наблюдалось. В последнее время не путешествовал, новую необычную пищу не употреблял, контакта с больными людьми не имел.

Указание на слабость и утомляемость может говорить в пользу системного заболевания, которое может давать эпизоды острой боли, не являющиеся специфическими. Тот факт, что у больного было два дискретных эпизода со сходными симптомами, но разной локализации, может указывать на процесс, который проявляется в разных анатомических отделах в разное время. Также существенно, что эпизоды боли наблюдались в обоих нижних квадрантах брюшной стенки и в обоих боках. Поэтому следовало исключить патологический процесс в толстой кишке (ишемия брыжейки и воспалительный процесс в толстой кишке). Также вероятными могли быть отравление тяжёлыми металлами и нейровисцеропорфирия.

Больной проживал в Массачусетсе, работал барменом. Отрицал какие-либо проблемы со здоровьем, принимал только рецептурные лекарства, лекарственной аллергии не было. Выкуривал одну пачку сигарет в день в течение последних 25 лет. Алкоголь употреблял 2-3 раза в неделю один-два алкогольных напитка. Внутривенные наркотики не использовал. Сексуально активен, женат. В семейном анамнезе есть больные с коронарной болезнью и аритмией.

Алкоголь классически ассоциируется с панкреатитом, но в данном случае типичной картины острого панкреатита не было. Интенсивное курение повышает риск васкулярной болезни, которая может проявляться ишемией брыжейки или инфарктом, но этот «сценарий» характерен для пожилых людей. Хотя больной отрицал кардиоваскулярные болезни, аритмию, например фибрилляцию, которые могут носить семейный характер, эти патологические состояния могут привести к эмболическим инфарктам в различных сосудистых бассейнах.

При обследовании: состояние средней тяжести, температура 37,4°С, ЧСС 78/мин, АД 188/116 мм рт.ст., ЧД 18/мин, оксигенация крови 98% при дыхании наружным воздухом. Исследование головы, шеи, лёгких и сердца отклонений не выявило. Кожа чистая. Видимых изменений передней брюшной стенки нет. При аускультации брюшной полости выслушиваются нормальные звуки перистальтики. Живот мягкий, напряжение и болезненность при глубокой пальпации во всех отделах отсутствуют. Печень и селезёнка не увеличены. Объёмных образований и грыж не определяется. Тестикулы безболезненны и симметрично расположены. В костовертебральных углах болезненности при пальпации нет. Неврологический статус без патологии.

Каких-либо признаков жизнеугрожающего состояния выявлено не было, хотя оставалась артериальная гипертензия, что было вызвано болью или патологическим процессом в брюшной полости. Если бы купировать боль не удалось, следовало бы назначить антигипертензионную терапию. Исследование брюшной полости убедило в том, что локальный или диффузный воспалительный процесс брюшины отсутствует (мышечной защиты и болезненности нет), что исключает перфорацию органа и брюшную инфекцию. Двусторонняя болезненность в костовертебральных углах могла свидетельствовать о ретроперитонеальной патологии и могла быть вызвана двусторонней болезнью почек (пиелонефрит или гидронефроз), панкреатитом, нефролитиазом или ретроперитонеальной гематомой, объёмным образованием или абсцессом.

В анализе периферической крови лейкоциты 14,280/мл^3, нейтрофилы 78%, лимфоциты 14%, моноциты 8%, гемоглобин 126 г/л, тромбоциты 215 000 мл^3. Протромбиновое время и время частичного тромбопластина в норме, в сыворотке крови натрий 134 ммоль/л, калий 3,4 ммоль/л, хлор 106 ммоль/л, бикарбонат 21 ммоль/л, мочевина 2,9 ммоль/л, креатинин 132,6 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л. Показатели функции печени, уровни амилазы, липазы и молочной кислоты в норме. ЛДГ повышен более чем вдвое. В анализе мочи белок +, относительная плотность мочи 1043 (референтное значение 1003-1030).

Небольшой лейкоцитоз неспецифичен и может быть следствием воспаления, инфекции или боли. Нормальные печёночные показатели, амилаза и липаза делают маловероятными гепатобилиарную и панкреатическую патологию. Нормальный уровень лактата позволяет исключить ишемию кишечника. Уровень креатинина 132,6 мкмоль/л у 41-летнего мужчины с неизвестными медицинскими проблемами мог указывать на значительную дисфункцию почек, причиной чего могут быть внутренняя патология почек или обструкция. Низкое отношение мочевина/креатинин может быть объяснением артериальной гипертензии у больного, которая может наблюдаться при патологии почек или почечно-васкулярной недостаточности. Отсутствие гематурии делало нефролитиаз маловероятным. Повышенный уровень ЛДГ, маркёр клеточного обмена, наблюдаемый часто у больных с неоплазмой, может указывать на ретроперитонеальный рак, например лимфому, которая, в свою очередь, может вызвать компрессионный гидронефроз, но ЛДГ также бывает повышенным у больных с некрозом кишки или почки. Больному было показано визуальное исследование для определения ретроперитонеальной или почечной патологии.

Внутривенное наркотическое вещество было назначено исключительно для контроля боли, но, кроме того, оно слегка снизило артериальную гипертензию. Была выполнена КТ с контрастом брюшной полости. Выявлен инфаркт обеих почек с фокальной потерей объёма левой почки, что, возможно, указывало на рубцевание.

Наличие рубцевания в левой почке свидетельствовало об инфаркте почки. Эта информация соответствовала двум эпизодам абдоминальной боли, имевшим место у больного. Артериальная гипертензия – обычное явление у больных с острым инфарктом почки, что, по-видимому, было результатом повышенного выброса ренина. Это предполагало применение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.

Хотя инфаркт почки может произойти после изолированного тромбоза почечной артерии у больных с сосудистой патологией, двусторонний инфаркт почек представляется эпизодом эмболии, первичного патологического процесса (васкулит или фибромускулярная дисплазия) или патологического протромботического статуса. Для выявления сердечного тромбоза, клапанных вегетаций или сердечной аритмии были выполнены ЭхоКГ, ЭКГ и продолжительная кардиотелеметрия, а также исследование на предмет выявления гиперкоагуляционного синдрома для оценки наличия воспалительных маркёров. Нельзя исключить риск геморрагического инсульта у больного с эндокардитом, получающего лечение антикоагулянтами до результатов ЭхоКГ.

Трансторакальная эхокардиография не представляется сколько-нибудь необычным исследованием. Был назначен нефракционированный гепарин. АД у больного несколько снизилось после назначения ингибитора АПФ. На ЭКГ был нормальный синусовый ритм. Культура крови и мочи были стерильными. Определены протромботического статуса, включая тест на антикардиолипин, IgG – и IgM-антитела, CRP, уровень антигена белка S, криоглобулин, функция антитромбина 3 и волчаночный антикоагулянт, а также генетическое тестирование на фактор V Leiden. СОЭ 32 мм рт.ст., CRP 193 мг/дл (норма < 3).

Результаты этих исследований показали, что наиболее вероятная причина двустороннего инфаркта почек у больного – первичный патологический процесс в сосудах. Тем не менее антикоагуляционная терапия была продолжена в соответствии с результатами гиперкоагуляционного статуса. Хотя диагноз фибромускулярной дисплазии оставался вероятным, однако эта болезнь типична для женщин молодого возраста. Повышенные значения CRP и СОЭ у больного указывают на системный характер воспаления, которое может быть связано с васкулитом. Первичные васкулиты, поражающие почки, это – гранулематоз с полиангиитом (первоначально известный как полиангиит Вегенера, узелковый полиартериит), polyarteriitis nodosa, пурпура Шёнлейна – Геноха (известный как IgA-ассоциированный васкулит), микроскопический полиангиит и криоглобулинемический васкулит. Отсутствие воспалительных изменений в моче является аргументом против васкулита с поражением артериол или капилляров, то есть гранулематоза с полиангиитом. Результаты первоначальных серологических тестов предполагали инфекцию, ассоциированную с васкулитом. Причиной клиники, каковая наблюдается при васкулите, могут быть также кокаин и некоторые лекарства, например дериваты спорыньи. Больной также был обследован на признаки органных васкулитных поражений, таких как поражение кожи или множественные мононевриты. Если бы такие находки были выявлены, следовало выполнить биопсию нервов, кожи или мышц. Так как имелся риск геморрагий или катастрофического разрыва сосудов, ассоциированных с биопсией почек и печени при узелковом полиартериите, больному была произведена висцеральная ангиография.

Результаты скрининга на антинуклеарные антитела и антинейтрофильные цитоплазматические антитела (antinuclear cytoplasmic antibodies – ANCA), антитела к вирусу гепатита В и ВИЧ не были положительными, не было и гиперкоагуляции. Уровни комплемента (С3 и С4) были в норме. Суточная экскреция белка с мочой составила 232 мг. Исследование мочи на токсины также дало отрицательный результат. Как уже отмечалось, физикальное исследование не обнаружило симптомов поражения кожи или неврологического дефицита. При ангиографии выявлены множественные микроаневризмы в различных участках сосудистого бассейна, включая микроаневризмы в обеих почках и печени, в верхних мезентериальных артериях. Эти находки позволили поставить диагноз узелкового полиартериита (polyarteritis nodosa).

Антикоагуляционная терапия была отменена, и начато лечение внутривенными введениями метилпреднизолона и циклофосфамида per os. Уровни креатинина стали снижаться до нормальных (132,5 мкмоль/л), полностью исчезла абдоминальная боль.

Балльная оценка по 5 показателям – суточная протеинурия > 1 г, креатинин > 1,58 мг/дл (139,7 мкмоль/л), кардиомиопатия, тяжёлое поражение гастроинтестинального тракта (кровотечение или инфаркт), патология ЦНС – позволяет судить о прогнозе. Эти показатели могут использоваться при решении вопросов о терапевтической стратегии многих васкулитов, включая узелковый полиартериит. Монотерапия только глюкокортикоидом часто применяется как стартовое лечение у больных при суммарном значении 5 показателей, равном 0, хотя для многих больных потребуются в дальнейшем дополнительные средства. У обсуждаемого больного балльная оценка рассматривалась как равная 0, но поражение мезентериальных сосудов повышали счёт до 1, а ангиографические находки поражения почек и мезентериальных сосудов свидетельствовали о вероятности катастрофических гастроинтестинальных осложнений. Эти висцеральные поражения являются ведущим фактором в определении прогноза на будущее. Таким образом, решение лечащего врача применить агрессивную иммуносупрессивную терапию выглядит оправданным.

Больной был выписан с рекомендацией принимать преднизолон и циклофосфамид. Планировалось постоянное наблюдение в катамнезе. Спустя 4 месяца уровни CRP и СОЭ нормализовались, а уровень креатинина оставался стабильным. Лечение преднизолоном и циклофосфамидом было продолжено в следующие 5 месяцев. К этому времени было назначено лечение микофеноловой кислотой и преднизолоном. На 10-м месяце катамнеза лечение указанными препаратами было остановлено из-за развития перириктального абсцесса. На приёме только преднизолона снова появились абдоминальные боли, которые «ответили» на возобновление лечения микофеноловой кислотой. Через 14 месяцев при приёме микофеноловой кислоты и преднизолона у больного исчезли все симптомы болезни.

Комментарий. Указанные симптомы васкулитов весьма переменчивы и дают основание для обширного списка дифференциальных диагнозов. У обсуждаемого больного обнаружение инфаркта обеих почек вместе с лабораторными признаками воспаления обусловили показания к ангиографии почечных сосудов. Исследование выявило многочисленные микроаневризмы, характерные для узелкового полиартериита.

Васкулиты характеризуются воспалением стенки кровеносных сосудов, приводя к их повреждению, в частности изменению просвета сосудов и последующей ишемии. Клиническая картина этих изменений зависит от калибра, типа и локализации поражённых кровеносных сосудов. Классификация васкулитов основана на калибре и типе поражённых сосудов и наличии или отсутствии ANC. Артериит Такаясу, например, является ANC-негативным, поражает крупные сосуды – аорту и её главные ветви, в то время как гранулематоз с полиангиитом представляет собой ANC-ассоциированный васкулит, поражающий преимущественно артерии малого калибра лёгких и почек.

Узелковый полиартериит является ANC-негативным, поражает в типичных случаях артерии среднего калибра и может вызывать патологический процесс в любом органе. Как и в случаях с другими васкулитами, наблюдаются типичные системные симптомы (слабость, утомляемость, потеря веса или лихорадка), а также могут быть неврологические симптомы (периферическая нейропатия или множественные мононевриты), поражение кожи (узелки, часто некротические, пурпура или ливедо), почек или комбинация всех этих симптомов. Одним из наиболее часто поражаемых органов являются почки. В настоящее время нет сформулированных диагностических критериев узелкового полиартериита. Диагноз ставят на основании комплекса типичных симптомов, подтверждая его лабораторными тестами – биопсией поражённой ткани (кожа, нерв или мышечная ткань). Биопсия почки и печени противопоказана. В биопсийном материале выявляют характерное некротическое воспаление артерий или при висцеральной ангиографии – микроаневризмы почечных, брыжеечных или печёночных сосудов. Эти аневризмы могут выявляться с трудом, так как они имеют очень маленький размер, определяться только в одном органе или сосудистом бассейне и быть малочисленными. Лабораторные тесты не являются диагностическими и могут указывать на альтернативные диагнозы. Маркёры воспаления (СОЭ, CRP) часто повышены, но не являются специфическими. Наличие ANC против миелопероксидазы или против протеазы 3 указывает на диагноз микроскопического полиангиита или гранулематоз с полиангиитом соответственно, в то время как наличие низких уровней комплемента позволяет думать о криоглобулинемическом васкулите (низкий уровень С4) или системной красной волчанке (низкие уровни С3 и С4).

Наличие других васкулитов затрудняет понимание патогенеза узелкового полиартериита. Некоторые случаи этого заболевания ассоциированы с гепатитом В, но многие являются идиопатическими.

Данные рандомизированных испытаний и литературных обзоров указывают, что лечение глюкокортикоидами только или в комбинации с циклофосфамидом или азатиоприном индуцируют ремиссию у большинства больных узелковым полиартериитом. Специфичность лечения определяется тяжестью болезни. Хотя 5-балльная система помогает оценить тяжесть болезни и прогноз, клиницисты адаптировали эти критерии как руководство к терапии, несмотря на недостаточную перспективность этого подхода. В одном рандомизированном испытании монотерапия глюкокортикоидами оказалась достаточной для получения ремиссии у 50% больных с лёгкой формой узелкового полиартериита (0 по 5-балльной оценке), но примерно 40% больных потребовалась дополнительная терапия иммуносупрессорами из-за развившихся рецидивов болезни. Применяется комбинированная терапия больным с более тяжёлой манифестацией болезни и с серьёзными симптомами (как в обсуждаемом случае – инфаркт почек). Остаётся неясным, какие факторы, не включённые в 5-балльную оценку, могут повлиять на принятие решения о лечении и как следует модифицировать лечение применительно к таким факторам, хотя очевидно, что поражение внутренних органов потребует более агрессивной терапии. В отсутствие сравнительных испытаний по длительности лечения типичная практика состоит в том, что высокие дозы преднизолона следует назначать в течение от 6 месяцев до 1 года. Лечение циклофосфамидом обычно ограничено 1 годом ввиду его токсичности. В комбинации с преднизолоном могут быть использованы другие, менее токсичные препараты, когда отменяют циклофосфамид. Артериальная гипертензия – наиболее частый симптом узелкового полиартериита, она эффективно поддаётся лечению ингибиторами АПФ, как это отмечено у обсуждаемого больного.

Прогноз для больных с нелеченным узелковым полиартериитом негативный: 5-летняя выживаемость составляет 13%. Летальный исход часто является следствием почечной недостаточности, инфаркта миокарда или инсульта. При надлежащем лечении 5-летняя выживаемость равна примерно 80%. Важно, чтобы диагноз этой болезни был поставлен рано, чтобы минимизировать риск летального исхода. В наблюдаемом случае это была быстрая оценка атипичного симптома – абдоминальная боль. Разлитой её характер позволял думать о наиболее возможном диагнозе – васкулите, быстрое визуальное исследование (КТ, ангиография) выявили поражение брыжеечных и почечных сосудов, что привело к правильному диагнозу и назначению эффективной терапии.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам New England Journal of Medicine.

Трофические язвы венозной этиологии

(Окончание. Начало в № 22 от 26.03.2014.)

Пациентам с хронической венозной недостаточностью показан **комплекс лечебной физкультуры**. Упражнения следует выполнять в компрессионном трикотаже и повторять в течение дня. Наиболее оптимальными являются занятия с инструктором ЛФК. Это позволяет подобрать индивидуальную программу с учётом сопутствующей патологии опорно-двигательной системы и реализовывать её под контролем специалиста, а затем самостоятельно правильно выполнять упражнения после выписки из стационара. При специальной тренировке применяются физические упражнения, непосредственно воздействующие на мышечную систему нижних конечностей и улучшающие отток крови из них. Гимнастика может быть активной, активно-пассивной, пассивной, когда активные движения в суставе до возможного предела производят с помощью методиста или же **механотерапевтического комплекса**. Используются мультисуставные комплексы, позволяющие осуществлять движения с изменением скорости в широком диапазоне. Оптимальными видами спорта при хронической лимфовенозной недостаточности являются **плавание и аквааэробика**. Хорошие результаты демонстрирует **дозированная ходьба**. Необходимо начинать с медленной непрерывной ходьбы в течение 5 минут с последующим 3-минутным перерывом на отдых – сидя с возвышенным положением нижних конечностей. Каждые 2 недели необходимо увеличивать продолжительность непрерывной ходьбы на несколько минут. Критерием служит появление ощущения «распирания» в поражённой конечности.

Флебосклерозирующая терапия предусматривает введение в варикозно-расширенные вены препаратов, разрушающих целостность эндотелия. Склеротерапия в настоящее время может применяться как самостоятельный метод и как элемент комбинированного лечения, в дополнение к оперативному вмешательству. Попытки отдельных специалистов представить флебосклерозирующую терапию как альтернативу оперативному лечению несостоятельны. **Компрессионная склеротерапия** является наиболее распространённым методом флебосклерозирующего лечения. Метод **микросклеротерапии** применяется для лечения ретикулярного варикоза и телеангиэктазий. **Эхо-контролируемая склеротерапия** предусматривает проведение манипуляции под визуальным ультразвуковым контролем в В-режиме с отслеживанием распространения препарата. В последнее время многие флебологи отдают предпочтение методу **склеротерапии foam-form** с введением препарата в виде мелкодисперсной пены. В фазе экссудации склеротерапия категорически противопоказана, так как велика опасность развития тяжёлых гнойно-септических осложнений при наличии экземы, дерматитов и острого индуративного целлюлита.

Хирургические методы лечения

Показанием к операции у больных с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии является неэффективность адекватного консервативного лечения. Все виды хирургического вмешательства, выполняемые у пациентов с трофическими язвами, можно разделить на одномоментные и этапные. Этапные оперативные вмешательства выполняют соматически тяжёлым или пожилым пациентам, а также при невозможности выполнить эндоскопическую диссекцию недостаточных перфорантных вен. В таких случаях первоначально выполняют вмешательство на подкожных венах. Спустя 3-6 месяцев, после улучшения трофики кожи, проводят эндоскопический этап оперативного вмешательства. Диапазон оперативных вмешательств, предложенных для лечения осложнённых форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей, довольно широк. Одни из них общепризнанны, целесообразность выполнения других ещё активно обсуждается. На сегодняшний день ни один из существующих хирургических методов сам по себе не отвечает всем патогенетическим принципам лечения и в результате становится очевидной необходимость их сочетания. **Комбинированная флебэктомия** может включать следующие этапы: кроссэктомия, стриппинг, удаление варикозно изменённых притоков этих вен и пересечение несостоятельных перфорантных вен. В последнее время нашли широкое применение методы **радиочастотной коагуляции и эндоваскулярной лазерной абляции** (EVLT), позволяющие ликвидировать вертикальный венозный рефлюкс.

Одним из ключевых моментов операции по поводу хронической венозной недостаточности, осложнённой трофическими язвами, является ликвидация горизонтального патологического рефлюкса по перфорантным венам. Для этой цели могут применять надфасциальную (операция Коккетта) и подфасциальную (операция Линтона) перевязку перфорантов. Но наиболее перспективным методом является **эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен** (SEPS). Она может выполняться самостоятельно или в комбинации с другими операциями на поверхностных и глубоких венах, а также дополняться паратибиальной фасциотомией или аутодермопластикой.

Для профилактики и лечения хронического венозного компартмент-синдрома показана **паратибиальная фасциотомия**, которую выполняют при выраженном дерматолипофасциосклерозе в сухожильной части голени. Предпочтительной является эндоскопическая фасциотомия заинтересованных компартментов.

Фасциоэктомию на голени производят при выраженных циркулярных трофических нарушениях с дерматолипофасциосклерозом и хроническим венозным компартмент-синдромом. Во время этого вмешательства полностью резецируют изменённый кожно-фасциальный лоскут и замещают дефект мягких тканей перфорированным аутодермальным трансплантатом.

Вмешательства на глубокой венозной системе (пластика венозных клапанов, экстравазальная клапанная коррекция, шунтирующие операции, резекция и окклюзия глубоких вен) у больных с трофическими язвами нижних конечностей должны выполняться крайне ограниченному контингенту при безуспешности всех остальных методов лечения. Реконструктивные операции на клапанном аппарате глубоких вен, их трансплантация и экстравазальная коррекция, ангиоскопически ассистированная экстравазальная вальвулопластика, чрескожная установка корригирующих устройств и другие должны выполняться только по строгим показаниям и в специализированных отделениях, имеющих опыт подобных вмешательств.

К пластике трофических язв приходится прибегать при её большой площади. Основным и самым распространённым способом является **свободная аутодермопластика расщеплённым кожным лоскутом**. Она применяется как в качестве самостоятельного метода, так и в сочетании с вмешательством на подкожных и перфорантных венах. По данным клиники госпитальной хирургии, сохранение площади трофической язвы более 5 см^2 чаще всего требует хирургического восполнения дефекта тканей. В качестве донорской зоны, как правило, используют переднелатеральную поверхность бедра. При площади язвенной поверхности не более 10 см^2 можно использовать способы Тирша или Яновича – Чайнского – Дейвиса. Если трофическая язва более 10 см^2, предпочтительнее дерматомные способы.

Миопластическую фасциоэктомию выполняют при небольших по площади, но глубоких трофических язвах. Двумя окаймляющими разрезами, в пределах здоровых тканей, иссекают трофическую язву и склерозированную фасцию голени. Затем продольно рассекают перимизий, тупым путём мобилизируют два мышечных пучка, которые сшивают над дном трофической язвы. Кожный дефект закрывают аутодермотрансплантатом.

Послойная резекционная дерматолипэктомия (shave-therapy) с применением электрического дерматома позволяет тонкими горизонтальными слоями послойно удалить фиброзно-изменённые ткани до исчезновения признаков склероза и появления диффузной кровоточивости раны. Фасцию голени не резецируют. Дефект кожи закрывают перфорированным аутодермотрансплантатом толщиной 0,3-0,4 мм, который фиксируют отдельными швами.

В комплексном лечении и медицинской реабилитации пациентов с трофическими язвами нижних конечностей необходимо уделять достаточное внимание вопросам **санаторно-курортного лечения**. Природные лечебные факторы (благоприятный климат, минеральная вода и целебная грязь) улучшают функциональное состояние и гемодинамику нижних конечностей, сохраняют и пролонгируют эффект от ранее проведённого консервативного лечения или оперативного вмешательства. В отсутствие острых воспалительных процессов применяют грязелечение, гидро- и бальнеотерапию, терренкур.

Профилактика

Предотвращение венозных трофических язв зависит от профилактики хронической венозной недостаточности. Адекватное оперативное лечение при варикозной болезни гарантирует улучшение трофики мягких тканей и эпителизацию трофической язвы. При посттромбофлебитической болезни и врождённых ангиодисплазиях это более сложная проблема, так как радикальная хирургическая коррекция невозможна. Основой профилактических мероприятий являются пожизненная эластическая компрессия, систематическое применение поливалентных флеботропных средств и коррекция сопутствующей патологии опорно-двигательной системы.

Главными принципами медицинской реабилитации пациентов с трофическими язвами являются непрерывность лечения, дифференцированный подход с учётом нозологической формы и стадии заболевания, комплексность с использованием всех специфических и неспецифических вариантов лечебных воздействий. Осуществление системы поэтапной реабилитации должно базироваться на строгом соблюдении определённых принципов: максимально раннее начало и комплексное проведение всех видов восстановительной терапии; мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов различного профиля (хирургов, дерматологов, ортопедов, физиотерапевтов, психотерапевтов и др.); индивидуальный характер для всех реабилитационных мероприятий.

Сергей КАТОРКИН,
доцент кафедры и клиники госпитальной хирургии, кандидат медицинских наук.

Самарский государственный медицинский университет.

Васкулиты характеризуются воспалением стенки кровеносных сосудов, приводя к их повреждению, в частности изменению просвета сосудов и последующей ишемии. Клиническая картина этих изменений зависит от калибра, типа и локализации поражённых кровеносных сосудов. Классификация васкулитов основана на калибре и типе поражённых сосудов и наличии или отсутствии ANC. Артериит Такаясу, например, является ANC-негативным, поражает крупные сосуды – аорту и её главные ветви, в то время как гранулематоз с полиангиитом представляет собой ANC-ассоциированный васкулит, поражающий преимущественно артерии малого калибра лёгких и почек.

Узелковый полиартериит является ANC-негативным, поражает в типичных случаях артерии среднего калибра и может вызывать патологический процесс в любом органе. Как и в случаях с другими васкулитами, наблюдаются типичные системные симптомы (слабость, утомляемость, потеря веса или лихорадка), а также могут быть неврологические симптомы (периферическая нейропатия или множественные мононевриты), поражение кожи (узелки, часто некротические, пурпура или ливедо), почек или комбинация всех этих симптомов. Одним из наиболее часто поражаемых органов являются почки. В настоящее время нет сформулированных диагностических критериев узелкового полиартериита. Диагноз ставят на основании комплекса типичных симптомов, подтверждая его лабораторными тестами – биопсией поражённой ткани (кожа, нерв или мышечная ткань). Биопсия почки и печени противопоказана. В биопсийном материале выявляют характерное некротическое воспаление артерий или при висцеральной ангиографии – микроаневризмы почечных, брыжеечных или печёночных сосудов. Эти аневризмы могут выявляться с трудом, так как они имеют очень маленький размер, определяться только в одном органе или сосудистом бассейне и быть малочисленными. Лабораторные тесты не являются диагностическими и могут указывать на альтернативные диагнозы. Маркёры воспаления (СОЭ, CRP) часто повышены, но не являются специфическими. Наличие ANC против миелопероксидазы или против протеазы 3 указывает на диагноз микроскопического полиангиита или гранулематоз с полиангиитом соответственно, в то время как наличие низких уровней комплемента позволяет думать о криоглобулинемическом васкулите (низкий уровень С4) или системной красной волчанке (низкие уровни С3 и С4).

Наличие других васкулитов затрудняет понимание патогенеза узелкового полиартериита. Некоторые случаи этого заболевания ассоциированы с гепатитом В, но многие являются идиопатическими.

Данные рандомизированных испытаний и литературных обзоров указывают, что лечение глюкокортикоидами только или в комбинации с циклофосфамидом или азатиоприном индуцируют ремиссию у большинства больных узелковым полиартериитом. Специфичность лечения определяется тяжестью болезни. Хотя 5-балльная система помогает оценить тяжесть болезни и прогноз, клиницисты адаптировали эти критерии как руководство к терапии, несмотря на недостаточную перспективность этого подхода. В одном рандомизированном испытании монотерапия глюкокортикоидами оказалась достаточной для получения ремиссии у 50% больных с лёгкой формой узелкового полиартериита (0 по 5-балльной оценке), но примерно 40% больных потребовалась дополнительная терапия иммуносупрессорами из-за развившихся рецидивов болезни. Применяется комбинированная терапия больным с более тяжёлой манифестацией болезни и с серьёзными симптомами (как в обсуждаемом случае – инфаркт почек). Остаётся неясным, какие факторы, не включённые в 5-балльную оценку, могут повлиять на принятие решения о лечении и как следует модифицировать лечение применительно к таким факторам, хотя очевидно, что поражение внутренних органов потребует более агрессивной терапии. В отсутствие сравнительных испытаний по длительности лечения типичная практика состоит в том, что высокие дозы преднизолона следует назначать в течение от 6 месяцев до 1 года. Лечение циклофосфамидом обычно ограничено 1 годом ввиду его токсичности. В комбинации с преднизолоном могут быть использованы другие, менее токсичные препараты, когда отменяют циклофосфамид. Артериальная гипертензия – наиболее частый симптом узелкового полиартериита, она эффективно поддаётся лечению ингибиторами АПФ, как это отмечено у обсуждаемого больного.

Прогноз для больных с нелеченным узелковым полиартериитом негативный: 5-летняя выживаемость составляет 13%. Летальный исход часто является следствием почечной недостаточности, инфаркта миокарда или инсульта. При надлежащем лечении 5-летняя выживаемость равна примерно 80%. Важно, чтобы диагноз этой болезни был поставлен рано, чтобы минимизировать риск летального исхода. В наблюдаемом случае это была быстрая оценка атипичного симптома – абдоминальная боль. Разлитой её характер позволял думать о наиболее возможном диагнозе – васкулите, быстрое визуальное исследование (КТ, ангиография) выявили поражение брыжеечных и почечных сосудов, что привело к правильному диагнозу и назначению эффективной терапии.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам New England Journal of Medicine.

Трофические язвы венозной этиологии

(Окончание. Начало в № 22 от 26.03.2014.)

Пациентам с хронической венозной недостаточностью показан **комплекс лечебной физкультуры**. Упражнения следует выполнять в компрессионном трикотаже и повторять в течение дня. Наиболее оптимальными являются занятия с инструктором ЛФК. Это позволяет подобрать индивидуальную программу с учётом сопутствующей патологии опорно-двигательной системы и реализовывать её под контролем специалиста, а затем самостоятельно правильно выполнять упражнения после выписки из стационара. При специальной тренировке применяются физические упражнения, непосредственно воздействующие на мышечную систему нижних конечностей и улучшающие отток крови из них. Гимнастика может быть активной, активно-пассивной, пассивной, когда активные движения в суставе до возможного предела производят с помощью методиста или же **механотерапевтического комплекса**. Используются мультисуставные комплексы, позволяющие осуществлять движения с изменением скорости в широком диапазоне. Оптимальными видами спорта при хронической лимфовенозной недостаточности являются **плавание и аквааэробика**. Хорошие результаты демонстрирует **дозированная ходьба**. Необходимо начинать с медленной непрерывной ходьбы в течение 5 минут с последующим 3-минутным перерывом на отдых – сидя с возвышенным положением нижних конечностей. Каждые 2 недели необходимо увеличивать продолжительность непрерывной ходьбы на несколько минут. Критерием служит появление ощущения «распирания» в поражённой конечности.

Флебосклерозирующая терапия предусматривает введение в варикозно-расширенные вены препаратов, разрушающих целостность эндотелия. Склеротерапия в настоящее время может применяться как самостоятельный метод и как элемент комбинированного лечения, в дополнение к оперативному вмешательству. Попытки отдельных специалистов представить флебосклерозирующую терапию как альтернативу оперативному лечению несостоятельны. **Компрессионная склеротерапия** является наиболее распространённым методом флебосклерозирующего лечения. Метод **микросклеротерапии** применяется для лечения ретикулярного варикоза и телеангиэктазий. **Эхо-контролируемая склеротерапия** предусматривает проведение манипуляции под визуальным ультразвуковым контролем в В-режиме с отслеживанием распространения препарата. В последнее время многие флебологи отдают предпочтение методу **склеротерапии foam-form** с введением препарата в виде мелкодисперсной пены. В фазе экссудации склеротерапия категорически противопоказана, так как велика опасность развития тяжёлых гнойно-септических осложнений при наличии экземы, дерматитов и острого индуративного целлюлита.

Хирургические методы лечения

Показанием к операции у больных с трофическими язвами нижних конечностей венозной этиологии является неэффективность адекватного консервативного лечения. Все виды хирургического вмешательства, выполняемые у пациентов с трофическими язвами, можно разделить на одномоментные и этапные. Этапные оперативные вмешательства выполняют соматически тяжёлым или пожилым пациентам, а также при невозможности выполнить эндоскопическую диссекцию недостаточных перфорантных вен. В таких случаях первоначально выполняют вмешательство на подкожных венах. Спустя 3-6 месяцев, после улучшения трофики кожи, проводят эндоскопический этап оперативного вмешательства. Диапазон оперативных вмешательств, предложенных для лечения осложнённых форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей, довольно широк. Одни из них общепризнанны, целесообразность выполнения других ещё активно обсуждается. На сегодняшний день ни один из существующих хирургических методов сам по себе не отвечает всем патогенетическим принципам лечения и в результате становится очевидной необходимость их сочетания. **Комбинированная флебэктомия** может включать следующие этапы: кроссэктомия, стриппинг, удаление варикозно изменённых притоков этих вен и пересечение несостоятельных перфорантных вен. В последнее время нашли широкое применение методы **радиочастотной коагуляции и эндоваскулярной лазерной абляции** (EVLT), позволяющие ликвидировать вертикальный венозный рефлюкс.

Одним из ключевых моментов операции по поводу хронической венозной недостаточности, осложнённой трофическими язвами, является ликвидация горизонтального патологического рефлюкса по перфорантным венам. Для этой цели могут применять надфасциальную (операция Коккетта) и подфасциальную (операция Линтона) перевязку перфорантов. Но наиболее перспективным методом является **эндоскопическая субфасциальная диссекция перфорантных вен** (SEPS). Она может выполняться самостоятельно или в комбинации с другими операциями на поверхностных и глубоких венах, а также дополняться паратибиальной фасциотомией или аутодермопластикой.

Для профилактики и лечения хронического венозного компартмент-синдрома показана **паратибиальная фасциотомия**, которую выполняют при выраженном дерматолипофасциосклерозе в сухожильной части голени. Предпочтительной является эндоскопическая фасциотомия заинтересованных компартментов.

Фасциоэктомию на голени производят при выраженных циркулярных трофических нарушениях с дерматолипофасциосклерозом и хроническим венозным компартмент-синдромом. Во время этого вмешательства полностью резецируют изменённый кожно-фасциальный лоскут и замещают дефект мягких тканей перфорированным аутодермальным трансплантатом.

Вмешательства на глубокой венозной системе (пластика венозных клапанов, экстравазальная клапанная коррекция, шунтирующие операции, резекция и окклюзия глубоких вен) у больных с трофическими язвами нижних конечностей должны выполняться крайне ограниченному контингенту при безуспешности всех остальных методов лечения. Реконструктивные операции на клапанном аппарате глубоких вен, их трансплантация и экстравазальная коррекция, ангиоскопически ассистированная экстравазальная вальвулопластика, чрескожная установка корригирующих устройств и другие должны выполняться только по строгим показаниям и в специализированных отделениях, имеющих опыт подобных вмешательств.

К пластике трофических язв приходится прибегать при её большой площади. Основным и самым распространённым способом является **свободная аутодермопластика расщеплённым кожным лоскутом**. Она применяется как в качестве самостоятельного метода, так и в сочетании с вмешательством на подкожных и перфорантных венах. По данным клиники госпитальной хирургии, сохранение площади трофической язвы более 5 см^2 чаще всего требует хирургического восполнения дефекта тканей. В качестве донорской зоны, как правило, используют переднелатеральную поверхность бедра. При площади язвенной поверхности не более 10 см^2 можно использовать способы Тирша или Яновича – Чайнского – Дейвиса. Если трофическая язва более 10 см^2, предпочтительнее дерматомные способы.

Миопластическую фасциоэктомию выполняют при небольших по площади, но глубоких трофических язвах. Двумя окаймляющими разрезами, в пределах здоровых тканей, иссекают трофическую язву и склерозированную фасцию голени. Затем продольно рассекают перимизий, тупым путём мобилизируют два мышечных пучка, которые сшивают над дном трофической язвы. Кожный дефект закрывают аутодермотрансплантатом.

Послойная резекционная дерматолипэктомия (shave-therapy) с применением электрического дерматома позволяет тонкими горизонтальными слоями послойно удалить фиброзно-изменённые ткани до исчезновения признаков склероза и появления диффузной кровоточивости раны. Фасцию голени не резецируют. Дефект кожи закрывают перфорированным аутодермотрансплантатом толщиной 0,3-0,4 мм, который фиксируют отдельными швами.

В комплексном лечении и медицинской реабилитации пациентов с трофическими язвами нижних конечностей необходимо уделять достаточное внимание вопросам **санаторно-курортного лечения**. Природные лечебные факторы (благоприятный климат, минеральная вода и целебная грязь) улучшают функциональное состояние и гемодинамику нижних конечностей, сохраняют и пролонгируют эффект от ранее проведённого консервативного лечения или оперативного вмешательства. В отсутствие острых воспалительных процессов применяют грязелечение, гидро- и бальнеотерапию, терренкур.

Профилактика

Предотвращение венозных трофических язв зависит от профилактики хронической венозной недостаточности. Адекватное оперативное лечение при варикозной болезни гарантирует улучшение трофики мягких тканей и эпителизацию трофической язвы. При посттромбофлебитической болезни и врождённых ангиодисплазиях это более сложная проблема, так как радикальная хирургическая коррекция невозможна. Основой профилактических мероприятий являются пожизненная эластическая компрессия, систематическое применение поливалентных флеботропных средств и коррекция сопутствующей патологии опорно-двигательной системы.

Главными принципами медицинской реабилитации пациентов с трофическими язвами являются непрерывность лечения, дифференцированный подход с учётом нозологической формы и стадии заболевания, комплексность с использованием всех специфических и неспецифических вариантов лечебных воздействий. Осуществление системы поэтапной реабилитации должно базироваться на строгом соблюдении определённых принципов: максимально раннее начало и комплексное проведение всех видов восстановительной терапии; мультидисциплинарный подход с привлечением специалистов различного профиля (хирургов, дерматологов, ортопедов, физиотерапевтов, психотерапевтов и др.); индивидуальный характер для всех реабилитационных мероприятий.

Сергей КАТОРКИН,
доцент кафедры и клиники госпитальной хирургии, кандидат медицинских наук.

Самарский государственный медицинский университет.

Авторитетное мнение

Под медицинским присмотром

Не только школьники, но и воспитанники других образовательных учреждений теперь находятся в равных условиях

Недавно вступил в силу долгожданный приказ Минздрава России «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». О том, почему этот документ так важен, наш разговор с главным внештатным специалистом по гигиене детей и подростков Минздрава России, директором НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Научного центра здоровья детей, членом-корреспондентом РАН Владиславом КУЧМОЙ.

– Владислав Ремирович, что принципиально новое содержится в приказе?

– Уже из названия документа видно, что у него широкое поле действия, он охватывает не только школы и детские сады, но и учреждения начального и среднего профессионального образования, обеспечивая оказание помощи всем обучающимся.

А главное – ликвидировано исторически сложившееся неравенство. Ранее школьный врач предусматривался только в населённых пунктах свыше 25 тыс. жителей. Между тем значительная часть детей живёт в небольших посёлках и была лишена этой помощи. Сейчас пробел устранён. У детей появилась возможность быть охваченными заботой школьного врача, независимо от места проживания.

Второе принципиальное положение заключается в том, что в приказе прописаны новые, более оптимальные, способствующие повышению качества штатные нормативы. Теперь в общеобразовательных организациях один педиатр приходится на 1 тыс. несовершеннолетних, в детских яслях – на 180-200 детей, а в детских садах – на 400 детей.

Безусловно, революционный шаг – введение в штат врача по гигиене детей и подростков: одна ставка на 2,5 тыс. обучающихся всех типов, независимо от количества школ, детсадов и т.д. Он призван усилить профилактическую составляющую школьного здравоохранения, формируя единое профилактическое пространство.

Исходя из численности детей, поликлиника, обслуживающая образовательные учреждения, и рассчитывает штаты. Скажем, при количестве 2,5 тыс. обучающихся должно быть как минимум 2,5 ставки педиатра, а с учётом количества детей в детских садах – скорее всего, 3,5 ставки, плюс ставка врача-гигиениста, плюс медицинские сёстры – в результате получается вполне боевая единица в виде структурного подразделения ЛПУ.

– Затрагивает ли этот порядок коррекционные школы?

– Да, в части рекомендуемых штатных нормативов. Например, предусматривается врач-психиатр детский, оториноларинголог, офтальмолог, травматолог-ортопед, фтизиатр, физиотерапевт, врач лечебной физкультуры.

– Какие ещё изменения появились?

– Пересмотрен табель оснащения медицинского кабинета, существовавший с незапамятных времён.

В нём появился смокелайзер (анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха) и аппаратно-программный комплекс для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма.

– Эти комплексы будут едиными для всей России (ведь они разнообразны) или каждый регион будет закупать свои?

– Ещё предстоит сформулировать, какими они должны быть. Но они очень важны для оперативной оценки влияния учебных нагрузок на детей и вообще всего школьного уклада. Сейчас разгорается дискуссия о высоких нагрузках на учащихся начальной школы, раздаются предложения законодательно установить 5-дневную неделю. Но надо вначале разобраться, с чем они связаны, откуда берутся. Ведь нагрузки слагаются не только из аудиторных, урочных видов деятельности, но и из содержания занятий, использования современных цифровых технологий и т.д. Комплексы позволяют оперативно это отслеживать. Таким опытом уже богаты Ростовская область, Республика Татарстан, С.-Петербург.

Кроме того, теперь у школьного врача должен быть компьютер. Появятся в школах и комплекты оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни, показывающие, как надо сидеть ребёнку, как организовать рабочее место и т.п.

В стандарт оснащения медицинского блока включены современные травматологические укладки, комплекс воздуховодов для искусственного дыхания «рот в рот», аппарат искусственной вентиляции лёгких Амбу, посиндромальная укладка медикаментов и перевязочного материала для оказания неотложной помощи.

– А кто должен обеспечивать наличие лекарственных препаратов?

– Поликлиника. Предоставление помещения прописано за образовательным учреждением, а обеспечение расходным материалом – за ЛПУ. Но я считаю, что это не принципиально. Поскольку и система образования, и система здравоохранения находятся в ведении субъектов Федерации и муниципальных образований. Следовательно, тот, кто финансирует школу, он же финансирует и поликлинику.

– Да. Но недавно побеседовала со школьным доктором, которая рассказала, что, приходя в школу, видит очередь из больных детей (потому что родителям некогда вести их в поликлинику), а оказать помощь им нечем, нет никаких препаратов.

– Хочу подчеркнуть, всё-таки основная направленность приказа – профилактическая. Ожидать, что это будет выездное отделение поликлиники в школе, не стоит. В задачи школьного врача входит оказание помощи при остро возникшей ситуации в образовательном учреждении, например, пришёл ребёнок в нормальном состоянии, а среди дня поднялась температура.

Акцент сделан на усилении работы по выявлению факторов риска хронических неинфекционных заболеваний (повышенное артериальное давление, избыточная масса тела, курение, потребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), школьно обусловленной патологии, девиантных форм поведения, формированию групп риска несовершеннолетних.

– Что конкретно входит в обязанности школьного педиатра?

– За педиатром сохранилось ежегодное скрининг-обследование детей, осуществляемое с целью выявления ранних жалоб, признаков отклонений; комплексная медицинская и психолого-педагогическая оценка состояния здоровья несовершеннолетних; оценка функциональной готовности детей к обучению в школе, а также при переводе на компенсирующие виды обучения, или, наоборот, на программы с повышенным уровнем образования; формирование у учащихся устойчивых стереотипов здорового образа жизни и поведения, не сопряжённого с риском для здоровья; участие в профилактической работе по предупреждению раннего начала половой жизни, заболеваний, передающиеся половым путём, ВИЧ/СПИДа (раньше это как-то стыдливо замалчивали), по подготовке несовершеннолетних к созданию семьи в будущем, правильному репродуктивному поведению.

Одной из значимых функций является проведение в условиях образовательных учреждений работы по коррекции нарушений здоровья несовершеннолетних, снижающих возможности их социальной адаптации, ограничивающих возможности обучения, выбора профессии, подготовки к военной службе (патология органов зрения, пищеварения, костно-мышечной, нервной системы и др.) – то, что мы традиционно относим к школьно обусловленным заболеваниям.

Впервые в приказе записано, что педиатр осуществляет организацию учёта и анализ случаев травм, полученных в образовательных учреждениях, разработку комплексных мер по профилактике травматизма.

При выявлении нарушений санитарного законодательства и факторов, создающих угрозу жизни и здоровью обучающихся, педиатр в письменной форме информирует об этом заведующего отделением или руководителя медицинской организации. Но это – не надзорная функция. Надзорную функцию осуществляет Роспотребнадзор. Однако в силу российского законодательства его возможности ограничены (санитарный врач, государственный служащий может попасть в образовательное учреждение раз в 2-3 года). Высокий уровень заболеваемости, не снизившийся за последние десятилетия, позволяет предположить, что воздействие на детей учебных нагрузок, условий обучения, питания и т.д., продолжает оставаться выраженным.

– Контроль за питанием входит в функции школьного врача?

– Входит в части соблюдения требований санитарного законодательства. Если врач видит, что санитарное законодательство нарушается, он может запустить всю цепочку официального надзора.

Новый приказ можно рассматривать как подспорье, позволяющее должным образом организовать работу администрации и всего педагогического коллектива, ведь по закону ответственность за соблюдение санитарных норм и правил несёт руководство школы, которое, кстати, зачастую искренне уверено, что полностью выполняет требования СанПиНов. Но стоит посмотреть, промаркирована ли мебель, за какой партой сидит ребёнок, как он питается – картина открывается иная.

– Так всеми этими проблемами должен заниматься врач-гигиенист или педиатр?

– Конечно, гигиенист, для этого его и ввели. Педиатр может вовремя подсказать, что, допустим, какая-то проблема нарастает.

– Как должно выстраиваться взаимодействие врача-гигиениста и врача-педиатра, привычно именуемого школьным врачом?

– Они работают в одной бригаде, оба – сотрудники отделения, которое теперь называется по-новому – отделение организации медицинской помощи несовершеннолетним в образовательных учреждениях (коротко – отделение медицинской помощи обучающимся), которое находится в структуре поликлиники.

Но и в образовательных учреждениях могут быть предусмотрены должности медицинских работников (например, в гимназиях, частных школах).

– Всё, о чём вы упомянули ранее, носит рекомендательный или обязательный характер?

– Что-то обязательный, а что-то рекомендательный, как, например, штатное расписание. Но как его можно не реализовывать, если ребёнок имеет конституционное право на медицинское обеспечение, в том числе в период обучения? Поэтому Росздравнадзор смотрит на это через призму лицензирования ЛПУ: если данный вид деятельности заявлен, то как и с помощью кого выполняется.

– Предположим, у ребёнка выявлена патология. Он нуждается в более углублённом осмотре.

– Школьный врач направит его в поликлинику.

Вообще суть этого документа – комплексное внимание, привлечение всех необходимых структур к заботе о здоровье несовершеннолетних, в том числе отделения медико-социальной помощи ЛПУ.

– Но дойдёт ли ребёнок до узкого специалиста? Какой-то контроль предполагается? Или главное – направить: а ты уж хочешь иди, хочешь нет.

– Конечно, это зависит, прежде всего, от родителей, ну и, безусловно, от школьного врача: сможет ли он доходчиво всё объяснить, убедить в необходимости визита в поликлинику. Учитывая, что медицинские осмотры проводятся ежегодно, вероятность диагностировать отклонения на раннем этапе повышается. Ну а в целом, конечно, до конца данный вопрос не отработан. Полагаю, его решению будет способствовать планируемая Минздравом информатизация здравоохранения, компьютеризация рабочих мест, создание базы данных о ребёнке. На сегодняшний день действительно многое зависит от личности врача, его настойчивости, заинтересованности. Сейчас Минздрав развернул большую работу по подготовке протоколов, что позволит изменить ситуацию, унифицировать требования к деятельности школьных медиков, поможет объективно оценивать, как они выполняются. Пока же проверить работу школьного врача можно только по таким направлениям, как проведение вакцинации и медицинских осмотров. Всё остальное затруднительно.

– А не загоняем ли мы, таким образом, врача в угол? С одной стороны, он должен поступать в соответствии со стандартами, протоколами, а с другой стороны, иметь информированное согласие родителей на свои действия, скажем, в связи с той же вакцинацией. (Прежде чем сделать прививку, должен получить разрешение родителей, а они не дают на то добро. Попробуй при этом добейся высокого охвата вакцинацией). В таких условиях ему работать будет крайне сложно. Мы можем вообще лишиться школьных врачей, уйдут и те, что есть.

– Думаю, в отношении вакцинации у нас в стране проявляется излишний либерализм, неоправданное послабление. Мне кажется, должно быть так, как в целом ряде государств: если у ребёнка нет соответствующих прививок, его просто не возьмут в школу. А у нас считается, что если я по религиозным соображениям не прививаю ребёнка, а он потом заболевает, заражая других, нанося им вред, то это нормально.

Основное, что ставит под угрозу школьное здравоохранение, – оплата труда. Она неадекватная, значительно ниже, чем у участкового педиатра, хотя работа медиков в образовательных учреждениях – тоже ведь работа на участке. К сожалению, нам не удалось сломить стереотипы, сложившиеся у руководства муниципалитетов, регионов: большинство профилактику понимает достаточно примитивно.

– У вас есть уверенность в том, что новый документ может быть реализован, учитывая нехватку кадров и других ресурсов?

– Честно сказать, это у меня вызывает очень большую тревогу. И всё же надеюсь на внимание к данному вопросу глав администраций регионов и муниципалитетов. Они должны, наконец, понять, что выражение «Дети – это инвестиции в будущее» – не пустые слова. Если 60% сегодняшних выпускников школы имеют хронические заболевания, то создаётся нагрузка на всю сеть здравоохранения на последующие годы.

Беседу вела
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

Акценты

Льётся музыка...

Эта терапия не имеет побочных эффектов и противопоказаний

«Музтерапевт.Ру» – такой проект появился недавно в Интернете. Это первый некоммерческий образовательный проект, направленный на развитие доказательной музыкальной терапии в нашей стране. Открытый информационный ресурс для практикующих музыкальных терапевтов и других специалистов, использующих музыку как средство терапии, врачей, психологов, работников сферы социальной защиты населения, даже музыкантов и просто для всех желающих поближе познакомиться с этим, небезынтересным направлением на стыке нескольких фундаментальных дисциплин.

От древности до наших дней

Музыкальная терапия упоминалась ещё в культуре Древней Греции. Выдающиеся люди античности не раз отмечали большую пользу этого метода. Так, например, великий поэт Гомер в своих произведениях описывал, как исполнение мелодичных песен влияет на исцеление ран воинов. Отец современной медицины Гиппократ использовал этот метод в лечении своих пациентов. Великие философы Платон и Аристотель в своих трудах так же ссылались на музыку как один из источников нравственного и культурного формирования личности. В XIX столетии французский психиатр Эскироль использовал музыкальную терапию в клиниках для душевнобольных. Дальнейшее распространение музыкотерапия получила по окончании Первой мировой войны. В 1930-е годы опыт военных врачей использовали немецкие терапевты при лечении язвенной болезни желудка, швейцарские – при лечении лёгких форм туберкулёза. Австрийские акушеры с помощью музыки обезболивали роды. Использование музыки и звука как анестезирующего средства стало применяться в хирургической и стоматологической практике. Вся эта практика явилась предпосылкой развития музыкотерапии после Второй мировой войны. Во второй половине XX века было показано, что музыка активно влияет на функции всех жизненно важных систем – дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной.

Музыкальная терапия – это специальность на стыке музыки, психологии, медицины и педагогики; она входит в список вспомогательных профессий здравоохранения Европы и США. На сегодняшний день в мире существует более 100 вузов, которые готовят профессиональных музыкальных терапевтов. Музыкальный терапевт использует музыку в рамках своей деятельности с целью эффективной работы над физическими, эмоциональными, коммуникативными и социальными потребностями человека. Музыкальные терапевты работают в больницах, хосписах, школах, детских садах, исправительных учреждениях, домах престарелых во многих странах Европы, в США, Австралии, Китае, Японии.

И музыкант, и психолог

Автор проекта «Музтерапевт.Ру» – Алиса Апрелева, музыкальный терапевт, певица, композитор, популяризатор музыкальной терапии в России, член Американской музыкально-терапевтической ассоциации, переводчик Всемирной федерации музыкальной терапии, окончила музыкальный колледж в Бостоне (США) по специальности «музыкальный терапевт, психолог», курсы по сопровождению матери и ребёнка до, во время и после родов; ранее – филологический факультет МГУ им. М.В.Ломоносова. По словам А.Апрелевой, цель

музыкальной терапии состоит в развитии моторики, речи, памяти, социализации, улучшении психосоматического состояния людей. Этот метод полезен не только для людей с ограниченными возможностями физических аспектов здоровья. До сих пор этот метод используется в акушерстве при работе с беременными, больными психиатрического профиля, заключёнными.

Музыкальный терапевт, по словам А.Апрелевой, – это, прежде всего, профессиональный музыкант, во-вторых – профессиональный психолог, в-третьих – он ключевая фигура в многопрофильных бригадах специалистов, то есть он является основным связующим звеном в механизме взаимодействия с психологами, медиками, педагогами. Штатные музыкальные терапевты работают в больницах, центрах психического здоровья, неонатальных центрах, хосписах, поликлиниках, родильных домах, детских садах, программах раннего развития, школах, учреждениях с квалифицированным сестринским уходом (домах престарелых), реабилитационных центрах, программах помощи при алкогольной и наркозависимости, исправительных учреждениях, центрах социальной адаптации бывших заключённых. В последнее время активно развиваются неврологическая музыкальная терапия, вокальная психотерапия, семейная терапия, программы психологической помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях. Музыкальная терапия неинвазивна, сравнительно недорога и практически не имеет побочных эффектов и противопоказаний для использования. Клинические исследования и многолетняя практика подтверждают её эффективность при работе с различными группами населения: детьми с аутизмом и ДЦП, лицами с нарушениями психического здоровья, страдающими от болезней Альцгеймера и Паркинсона, находящимся на реабилитации после инсультов, маленькими пациентами в отделениях интенсивной неонатологии, пациентами с болевым синдромом, в том числе роженицами и людьми в послеоперационном периоде. И это далеко не полный список потенциальных пациентов музыкального терапевта.

Не только Моцарт...

Музыкальные терапевты помогают своим пациентам в достижении целей в совершенно немузыкальных областях. Согласно исследованию австралийских специалистов, музыкальная терапия способствует развитию социальных навыков, повышению уверенности в себе, усиливает концентрацию внимания и т.д. Музыкотерапия представляет собой психотерапевтический метод, использующий музыку в качестве лечебного средства, это клиническое использование музыки для воздействия на психику и организм человека, базирующееся на научных исследованиях и проводящееся сертифицированным специалистом – музыкальным терапевтом.

В процессе обучения музыкальные терапевты изучают различные фундаментальные дисциплины. Список этих дисциплин варьирует в зависимости от университета и страны, где проходит обучение. Как правило, в курс обучения входят: психология развития, психология, история и теория музыки, обзор техники игры на инструментах, техника вокала, музыка в специальном образовании, основы клинической работы.

Программа каждого сеанса музыкальной терапии разрабатывается отдельно, с учётом индивидуальных потребностей каждого пациента. Музыкальные терапевты используют для этого ряд терапевтических техник, таких как написание музыки, анализ песенных текстов, импровизацию, пение и др. Нужно понимать, что музыкальная терапия не является заменой урокам музыки или вокала. Часто случается, что за время сеансов пациенты овладевают некоторыми музыкальными навыками – развивают свой слух, чувство ритма, знание музыкальной формы, технику игры на инструменте и т.д. Эти навыки, хотя и составляют важную часть музыкально-терапевтической программы, как правило, являются вторичными по отношению к заранее определённым целям терапии.

Какую же музыку использует музыкальный терапевт? Ответ здесь однозначен – ту, которая лучше всего отвечает потребностям данного пациента в настоящее время. Мнение, что целебными свойствами обладает лишь классическая музыка – миф. Благотворное влияние на конкретного пациента оказывает, как правило, музыка, предпочитаемая самим пациентом, то есть та музыка, которая имеет для пациента особое значение, с которой для него связаны сильные эмоции или воспоминания. Если, например, человек всю жизнь слушал советскую эстрадную музыку, то вряд ли классическая музыка станет близка ему в момент болезни. А, например, «Мгновения» М.Таривердиева или «Нежность» А.Пахмутовой могут стать для него сильными песнями-мотиваторами в процессе терапии.

Кроме того, есть общее и очевидное правило, основанное на многочисленных исследованиях: «живая» музыка воздействует на человека сильнее, чем музыка в записи. Сравните, например, поход на концерт любимого исполнителя с прослушиванием его дисков дома или в машине. А теперь добавьте к «живому» звуку ещё возможность подыграть или подпеть любимому музыканту – и вы получите примерное представление о том, что испытывает участник сеанса музыкальной терапии. Для некоторых пациентов студия музыкального терапевта – это единственное место, где они улыбаются, смеются, испытывают настоящую радость.

Также в компетенцию музыкального терапевта входит чёткое представление о том, какая музыка отвечает целям терапии для каждого конкретного сеанса. Музыкальный терапевт знает, как манипулировать основными составляющими музыки – мелодией, ритмом, громкостью звука так, чтобы эффект от сеанса был максимальным. Кроме того, А.Апрелева отметила основные проблемы, с которыми сталкиваются люди в нашей стране, желающие стать профессиональными музыкальными терапевтами. К сожалению, в России пока ещё нет программы высшего профессионального образования по этой специальности, как следствие – нет достаточного количества переведённой и адаптированной профессиональной литературы. Однако, сам факт появления проекта «Музтерапевт.Ру», появления вебинара по музыкальной терапии уже свидетельствует о многих качественных изменениях и вероятности того, что и в нашей стране появится такая специальность, как музыкальный терапевт.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
корр. «МГ».

НА СНИМКЕ: сеанс музыкальной терапии проводит Алиса Апрелева.

Современные технологии

Лишние килограммы – долой

От ожирения избавляют врачи больницы скорой помощи

В городской клинической больнице скорой медицинской помощи № 2 Омска начали проведение хирургического лечения ожирения.

Основная методика, применяемая здесь, – продольная (рукавная) резекция желудка. Это одна их самых молодых и наиболее перспективных в настоящее время операций, суть которой – удаление части органа и формирование «узкого желудка». В результате у пациента заглушается чувство голода, он уменьшает количество потребляемой пищи, что и способствует в дальнейшем стойкому снижению массы тела.

Хирургическим лечением ожирения в БСМП-2 занимаются уже 3 года. За это время создана многопрофильная бригада врачей, состоящая из хирургов, терапевтов, эндокринологов, анестезиологов, это позволяет подходить к процессу обследования, выбора показаний, лечению пациентов с учётом всех аспектов, характерных для ожирения и метаболического синдрома. Помимо продольной резекции желудка врачи городской больницы скорой помощи проводят установку внутрижелудочного баллона, регулируемое бандажирование желудка, гастрошунтирование.

Сейчас бариатрическая хирургия (хирургия ожирения, метаболическая хирургия) – это самый эффективный методов лечения ожирения и других нарушений обмена веществ. Происходит значительная и стабильная потеря избыточной массы тела, что эффективно воздействует на сопутствующие ожирению заболевания (диабет 2-го типа, апноэ сна, артериальная гипертензия, боли в суставах, высокое содержание холестерина и др.). У пациентов (чаще молодых), которые ещё не имеют этих заболеваний, исчезает риск их возникновения.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».
Омск.

Ситуация

Большая разница

Цены на лекарства в России значительно выше, чем в большинстве стран мира

Некоторые популярные лекарственные препараты стоят в нашей стране в 5-10 раз дороже, чем за рубежом. Об этом, в частности, свидетельствуют результаты сравнительного исследования потребительских цен и ценообразования на лекарственные препараты в Российской Федерации и в странах, входящих в СНГ, Европейский союз и БРИКС, проведённого Федеральной антимонопольной службой РФ.

Доклад ФАС, посвящённый доступности медикаментов в нашей стране, был подготовлен по поручению вице-премьера Игоря Шувалова. Как отмечают авторы документа, сложность и неоднородный характер данных делает международные сопоставления не всегда объективными, что не позволяет в полной мере использовать их в целях государственного регулирования цен, и выводы из таких сопоставлений следует делать «очень осторожно».

Комментируя результаты исследования, Тимофей Нижегородцев, начальник Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС, подчеркнул, что сопоставимость цен на лекарственные средства в разных странах ограничена по ряду оснований. При обобщении результатов анализа цен или простого сравнения необходимо учитывать, что часто цена в другой стране формируется после ряда скидок и надбавок и зависит от большого числа факторов: курса валют, налогов, объёмов закупки, сроков годности и т.д.

В одной и той же стране отдельные лекарственные препараты могут быть самыми дорогими по сравнению с иными странами, а другие – самыми дешёвыми, поэтому в международной практике предпочитается не прямое сравнение цен, а сравнение стоимости одного дня лечения в разных странах.

Специалисты ФАС сопоставили цены в России и за рубежом на три группы лекарств:

– «монопольные дорогостоящие лекарственные препараты» (стратегически значимые препараты, предназначенные для лечения наиболее сложных заболеваний, не имеющие в рамках одного МНН зарегистрированных аналогов) – всего 21 препарат;

– «наиболее покупаемые населением лекарства» – рецептурные средства (как включённые, так и не включённые в перечень ЖНВЛП), пользующиеся наибольшим спросом у населения – 44 препарата;

– «лекарства, применяемые в кардиологии» – всего 5 рецептурных препаратов.

Как показало исследование, чем меньше объём фармацевтического рынка, тем меньше позиций дорогостоящих лекарственных средств находится в обращении на рынке. К примеру, в Азербайджане – всего 2 препарата, в Польше – 5, в Молдавии – 13.

В Украине выявлены наиболее низкие цены на весь перечень монопольных дорогостоящих ЛС. По мнению представителя ФАС, это, в том числе, связано с тем, что цены в стране формируются с учётом произведённых поставок из Глобального фонда, который закупает дорогостоящие препараты для стран с развивающейся экономикой по низким ценам.

Ценовой предел

По данным ФАС, более половины монопольных дорогостоящих ЛС ввозится в Россию по более высоким ценам, чем в другие страны мира. Например, упаковка препарата копаксонтева, включённого в программу «Семь нозологий», стоила в России 1066,7 долл., в Украине – 893,2 долл., в Венгрии – 818,4 долл.

Внутри России также отмечается большой разброс цен, в частности, на препараты из второго перечня «Наиболее покупаемые населением лекарства». В результате анализа было выявлено, что в некоторых субъектах РФ, несмотря на то, что в них установлены наименьшие суммарные оптовые и розничные предельные надбавки к ценам, общая стоимость набора рецептурных жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов может отличаться от стоимости аналогичного набора в тех субъектах, где установлены более высокие надбавки, в 2,6 раза. По мнению авторов доклада, это косвенно свидетельствует о разном уровне фактически применяемых в регионах надбавок в разрешённых пределах.

Так, самые высокие розничные цены на наиболее популярные рецептурные лекарственные препараты, как регулируемые, так и нерегулируемые, выявлены в Ямало-Ненецком автономном округе, Москве и Мурманской области.

Кроме того, как выяснилось, самые популярные в России лекарства порой незнакомы зарубежным потребителям. Из выбранного ФАС списка лекарств в большинстве рассмотренных стран на рынках обращается менее половины препаратов, имеющих такое же торговое наименование, производителя, лекарственную форму, дозировку и упаковку.

Российские цены на 10 популярных в рознице рецептурных препаратов были наиболее высокими с СНГ, БРИКС и ЕС. При этом все исследуемые препараты имеют зарегистрированные аналоги, а значит, цены на них должны формироваться под воздействием ценовой конкуренции, делают выводы авторы исследования.

Есть предложение...

Согласно исследованию, в России из 24 наиболее потребляемых в рознице рецептурных ЛС по 17 (71%) препаратам цены превышают средний уровень цен в рассмотренных странах и только по 7 (29%) цены отстают от средних значений.

Например, препарат детралекс (МНН гесперидон + диосмин) стоил 24 долл. в России, тогда как в Италии – 18 долл., в Чехии – 11, в Молдавии – 7.

Наконец, среди выбранных ФАС кардиологических препаратов лишь один – изоптин (МНН верапамил) стоил ниже средневзвешенной цены в рассматриваемых странах. По остальным четырём препаратам Россия находится в лидерах среди стран, в которых выявлены наиболее высокие цены.

Также ФАС отмечает низкую доступность ЛС населению России и относительно небольшой объём перечней ЛС, предоставляемых населению безвозмездно или по льготным ценам.

Из ассортимента аптек продолжают исчезать лекарственные препараты низкой ценовой категории. В результате, несмотря на то, что государственное регулирование цен на конкретные лекарства сдерживает рост цен на них, в целом затраты населения на покупку лекарств растут.

В той или иной мере цены регулируются государствами большинства рассмотренных стран в целях снижения расходов на здравоохранение в условиях ограниченных ресурсов. Вместе с тем, как отмечают авторы доклада, магистральный путь регулирования находится не в русле административного ограничения, а в создании условий для конкуренции и стимулов для снижения цен на лекарства.

Доклад, подготовленный ФАС, содержит и предложения по исправлению ситуации. По мнению экспертов, снижение цен на ЛС должно привести к существенной экономии как бюджетных, так и личных средств граждан. Способствовать этому могли бы меры, направленные на повышение конкуренции на фармацевтическом рынке, ускоренная регистрация дженериков, установление прозрачного порядка формирования перечней лекарств, практика заключения долгосрочных ценовых соглашений и закупки лекарств напрямую у производителей, которые являются монополистами.

Среди других мер, предложенных ФАС, – введение прямого или косвенного контроля за ценами на наиболее востребованные ЛС, а также переход к системе лекарственного возмещения, которая будет стимулировать конкуренцию и снижение цен внутри групп взаимозаменяемых препаратов.

Кроме того, ФАС считает необходимым рассмотреть вопрос об отмене передачи субъектам РФ полномочий по закупкам лекарственных средств, включённых в программу «Семь нозологий», и о централизации закупок препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Cito!

Рекомендации зарубежных регуляторных органов

– Регуляторное агентство Великобритании по продуктам для медицины и здравоохранения (MHRA, The Medicines and Healthcare products Regulatory Agency) сообщило, что в связи с изменением оценки профиля безопасности лекарственных средств с МНН левофлоксацин, они должны применяться при остром бактериальном синусите, обострении хронического бронхита, внебольничных пневмониях, инфекциях кожи и мягких тканей только тогда, когда использование других ЛС противопоказано или было неэффективным.

Это ограничение использования в качестве препарата первой линии связано с новой оценкой риска гепатотоксичности, сердечной аритмии, тяжёлых кожных реакций и разрывов сухожилий. На момент сообщения данная информация не была представлена в инструкциях по медицинскому применению зарегистрированных в РФ ЛС с МНН левофлоксацин.

Источник: www.mhra.gov.uk.

– Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США (FDA) сообщило, что ЛС с МНН силденафил не должны применяться у детей в возрасте от 1 до 17 лет при лёгочной артериальной гипертензии в связи с тем, что долгосрочные клинические исследования показали, что высокие дозы силденафила повышают риск смерти, а низкие дозы не являются эффективными.

В связи с наличием в русскоязычном Интернете большого числа открытых источников информации об эффективности off-label назначения силденафила при лёгочной артериальной гипертензии у детей, следует довести данное решение FDA до российских педиатров и разместить её в открытых источниках в Интернете.

Источник: www.fda.gov.

– The Therapeutic Goods Administration (TGA, Австралия) сообщает, что ЛС с МНН парацетамол могут быть гепатотоксичными при введении внутрь и внутривенно даже в дозе 4 г/сут при индукции цитохрома Р-450 (CYP) 2E1 и 3A4, и связанном с этим увеличением синтеза в печени гепатотоксичного метаболита парацетамола – N-ацетил-р-бензохинона-имина (NAPQUI), который в норме должен конъюгировать с глутатионом (при достаточном его количестве) и экскретироваться.

На момент сообщения данная информация не была представлена или была представлена не полностью (или указана максимальная доза 10-15 г/сут) в инструкциях по медицинскому применению всех зарегистрированных в РФ ЛС с МНН парацетамол (включая комбинированные ЛС с парацетамолом).

Источник: www.tga.gov.au

Подготовила
Ирина АНДРЕЕВА.

По материалам журнала «Безопасность и риск фармакотерапии».

Изъять!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения в течение 2 недель выявила на территории Российской Федерации 11 незарегистрированных медицинских изделий:

– «Набор реагентов для определения активности α-амилазы в биологических жидкостях амилокластическим методом (по Каравею) «α-Амилаза-АГАТ» производства ООО «Агат-Мед», Москва;

– «Зонд-дренаж плевральной полости» производства фирмы НПО «Каммед» Фабрика медицинского оборудования, Украина;

– «Колапол КП гемостатический» производства ЗАО «НПО «Плистом», Россия (наименование изделия не соответствует наименованию зарегистрированного в установленном порядке медицинского изделия «Пластины коллагеновые с гидроксиапатитом стоматологические Колапол КП (размеры в мм 10х10х7; 20х8х7)» производства ЗАО «НПО «Полистом», Россия, регистрационное удостоверение № ФСР 2011/11987 от 06.10.2011, срок действия не ограничен;

– «Пневмомассажёр «Лимфа-Э» производства ЗАО ИМЦ «Аквита», Москва, предназначен для проведения циклического массажа верхних и нижних конечностей при профилактике и лечении сосудистых заболеваний;

– «Система для взятия капиллярной крови Microvette®» производства фирмы Sarsted AG& Co., Германия;

– «Sterile polyester tipped applicator Pur-Wraps®» производства фирмы Puritan Medical Products company LLC, USA, отсутствует информация на русском языке;

– «Sterile transport swab (Suitable for aerobics and anaerobics, for in vitro diagnostics)» производства фирмы Copan Italia S.p.A., Италия, отсутствует информация на русском языке;

– «Стекло предметное и покровное Microscope Slides Thermo scientific Menzel-Glaser (in vitro diagnostic)» производства Gerhard Menzel GmbH, Германия;

– «Стоматологическая плёнка Kodak X-ray Film «Kodak Dental Film D-Speed» производства фирмы Carestream Health, Inc., 150 Verona Street, Rochester, New York, 14608, USA;

– «Мочеприёмник детский для девочек» производства фирмы «Апексмед Интернэшнл Б.В.», Нидерланды;

– «Мочеприёмник детский для мальчиков» производства фирмы «Апексмед Интернэшнл Б.В.», Нидерланды.

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения предлагает субъектам обращения медицинской продукции проверить наличие в обороте указанных изделий и провести мероприятия по предотвращению их использования на территории РФ.

Исследования

В связи с бурным развитием и удешевлением геномных технологий нового поколения молекулярные биологи вносят весомую лепту в раскрытие тайн человеческого генома. Человек уникален своим быстрым развитием как вида.

Кэтрин Поллард из Глэдстоновской лаборатории Калифорнийского университета в Сан-Франциско опубликовала статью с описанием в геноме быстро меняющихся областей-регионов (HAR – Human Accelerated Regions), наличие которых сравнивали с шимпанзе (как наиболее близкого к нам вида).

В геноме человека было выделено более 2649 HAR, что позволило разработать машинный алгоритм самообучения, который был назван EnhancerFinder. Первое слово означает «энхансер», представляющий собой один из геномных

Администрация ГОБУЗ «Областная детская клиническая больница» Великого Новгорода

срочно приглашает на работу

АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

Договорные условия оплаты труда – от 60 тыс. руб. в зависимости от нагрузки. Гарантируется предоставление съёмного жилья с частичной оплатой с последующим выделением служебного жилья или единовременной выплаты в размере 500 тыс. руб. (областной закон № 189-ОЗ от 17.12.2012) на приобретение или строительство жилья.

Контактные тел.: **(8162) 633-709, 634-190** (тел./факс).

Адрес: **ул. Державина, 1, Великий Новгород 173020.**

Федеральное государственное бюджетное учреждение «НЦССХ им. А.Н.Бакулева» РАМН и Гуманитарный фонд Андрея Скоча «ПОКОЛЕНИЕ» объявляет конкурс на соискание премий имени А.Н.Бакулева и академика РАМН В.И.Бураковского за выдающиеся достижения в области сердечно-сосудистой хирургии за 2014 г.

Срок подачи документов – до 20 апреля 2014 г.

С условиями предоставления материалов на премию можно ознакомиться на сайте **www.bakulev.ru**

СООБЩЕНИЕ О ПРОВЕДЕНИИ ГОДОВОГО ОБЩЕГО СОБРАНИЯ АКЦИОНЕРОВ

Уважаемый акционер!

Совет директоров открытого акционерного общества «Научно-производственное объединение «Экран» (место нахождения: 129301 Москва, ул. Касаткина, д. 3), далее – Общество, уведомляет вас о проведении годового общего собрания акционеров общества.

Вид общего собрания: годовое.

Форма проведения годового общего собрания акционеров: собрание (совместное присутствие акционеров для обсуждения вопросов повестки дня и принятия решений по вопросам, поставленным на голосование, без предварительного направления (вручения) бюллетеней для голосования до проведения общего собрания акционеров).

Дата составления списка лиц, имеющих право на участие в годовом общем собрании акционеров: составлен по данным реестра владельцев именных ценных бумаг Общества по состоянию на 16 марта 2014 г.

Дата проведения годового общего собрания акционеров: 5 мая 2014 г.

Место проведения годового общего собрания акционеров: 129301 Москва, ул. Касаткина, д. 3.

Время начала регистрации участников годового общего собрания акционеров: 12:00.

Время проведения годового общего собрания акционеров: 13:00.

Повестка дня годового общего собрания акционеров:

1. Утверждение годового отчета Общества.
2. Утверждение годовой бухгалтерской отчётности, в том числе отчётов о прибылях и убытках (счетов прибылей и убытков) Общества.
3. Утверждение распределения прибыли Общества по результатам 2013 г.
4. О размере, сроках и форме выплаты дивидендов по результатам 2013 г.
5. О выплате вознаграждения за работу в составе совета директоров (наблюдательного совета) членам совета директоров – негосударственным служащим в размере, установленном внутренними документами общества.
6. Избрание членов совета директоров (наблюдательного совета) Общества.
7. Избрание членов ревизионной комиссии (ревизора) Общества.
8. О внесении изменений в Устав Общества.
9. Утверждение аудитора Общества.

С информацией (материалами), подлежащей предоставлению акционерам при подготовке к проведению годового общего собрания акционеров, можно ознакомиться в течение 20 дней до даты проведения собрания по адресу: Москва, ул. Касаткина, д. 3 в рабочие дни, с 10 до 13 часов и с 15 до 17 часов.

Для регистрации участников годового общего собрания акционеров акционеру необходимо иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность, а для представителя акционера – также доверенность на право участия в годовом общем собрании акционеров и (или) документы, подтверждающие его право действовать от имени акционера без доверенности.

Совет директоров ОАО «НПО «Экран».

Вокруг секретов мозга и мозжечка

регуляторов, включающий активность различных генов, например эмбрионального развития (а после рождения эту активность «выключающий»). Наиболее важными на данном этапе исследования оказались пять HAR, которые имеются как у человека, так и у шимпанзе. Они весьма активны уже на 12-й день внутриутробного развития ключевых областей формирующегося мозга и в частности мозжечка (но других у обезьяны). «Маленький мозг» отвечает не только за контроль наших движений и поддержание вертикального положения тела и головы (алкоголь является нейротоксическим ядом, подавляющим активность мозжечковых клеток Пуркинье, поэтому походка нетрезвого человека весьма неуверенная). В ведении мозжечка и высшие когнитивные функции, и язык, также такие чувства и эмоции, как страх и наслаждение. При нейрохирургических операциях на мозжечке и соседнем с ним заднем отделе мозолистого тела – мощной «шины», соединяющей оба полушария головного мозга, – дети часто теряют речь, что довольно долго было загадкой для нейробиологов. В конце статьи написано, что «изменения некодирующих областей ДНК могут модифицировать комплексные паттерны экспрессии генов в характерной для человека манере, и таким образом они являются многообещающими кандидатами для понимания генетической основы всей человеческой биологии».

Уникальной для нас способностью является речь, нарушения которой отмечаются у некоторых детей, страдающих не только аутизмом, но и такими расстройствами, как ADHD и SPD. Первое характеризуется повышенной активностью при дефиците внимания (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), второе связано с нарушением нормальной обработки сенсорной информации, поступающей от органов чувств. До настоящего времени причину указанных нарушений детского развития искали в различных областях коры, поскольку у исследователей не было возможности заглянуть вглубь мозга. Ситуация коренным образом поменялась в связи с появлением нового варианта магнитно-резонансного томографа (МРТ) под названием DTI (Diffuse Tensor Imaging). Благодаря ему учёные получили возможность увидеть диффузию молекул воды вдоль нервных волокон и перпендикулярно им, что позволяет проследить ход соединительных путей белого вещества полушарий и среднего мозга, а также его ствола.

Нейрорадиологи Калифорнийского университета Сан-Франциско обследовали 16 мальчиков от 8 до 11 лет с нарушениями восприятия сенсорной информации. Картины их мозга сравнили с таковыми у 24 «нейротипических» контролей. Изображения, полученные в двух группах, разнятся существенным образом. Это, прежде всего, аномалия «трактов» белого вещества у детей с SPD, наиболее ярко выраженная в задних отделах мозга, кора которых отвечает за слух и зрение, а также ощущения, поступающие от тела (соматосенсорная зона тактильных импульсов). Авторы полагают, что именно микронарушениями этих путей объясняются нарушения сенсорной обработки информации и её интеграция во времени, что приводит к десинхронизации её передачи между различными зонами коры. У нас самый большой (в отношении к массе тела) мозг, что отличает людей от представителей всего животного мира. Наш мозг развивается и после родов, но геномная основа развития закладывается в утробе матери. Оно требует согласованной синхронизированной работы многих регуляторов, последовательно включающих активность тех или иных генов, нарушения которых ведут к разного рода детским и иным расстройствам. Интересно было бы теперь «синхронизировать» геномную детализацию работы различных HAR с последовательным включением механизмов внутриутробного развития разных отделов мозга и соединительных путей между ними.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Neuroimage.

Однако

На «качелях» к диабету

«Качелями» диетологи прозвали суровые рационы, когда человек быстро сбрасывает вес, но, перестав соблюдать диету, столь же стремительно его набирает.

Испанские учёные, согласно исследованию Instituto de Investigacion Biomedica, доказали: такие диеты создают предрасположенность к диабету 2-го типа.

Выводы сделаны после наблюдений за 136 пациентами с избыточным весом, которые 8 недель сидели на низкокалорийной диете. Но спустя 4-6 месяцев выяснилось, что 50% пациентов вновь набрали потерянный вес.

Борис НИВКИН.

По материалам ABC.

Дежурный по номеру

Прикоснулась к таинству рождения...

Любовь ПЕТРОВА постоянный и вместе с тем чрезвычайно благодарный читатель «МГ». Именно в нашей газете она однажды прочла условия конкурса для получения гранта Института «Открытое общество», откликнулась, и вскоре её проект «Решение проблемы йодной недостаточности» «заработал» 28,5 тыс. долл. На выигранный грант в детскую поликлинику было закуплено медицинское и оргтехническое оборудование. Признательность за публикацию той важной информации Любовь Ивановна выразила сотрудникам «Медицинской газеты» спустя 7 лет, когда была приглашена в редакцию уже как победитель Всероссийского конкурса «Лучший врач года» в номинации «Лучший руководитель медицинского учреждения»...

– Признаюсь: я расценила как большую честь для себя предложение редакции заступить на общественное дежурство по главной медицинской газете страны. Прочесть материалы готовящегося выйти в свет номера – это всё равно, что прикоснуться к таинству рождения...

Думаю, читателям, как и мне, будет интересно познакомиться со статьёй «Другая жизнь больницы», где рассказывается о том, как благодаря совместным усилиям власти и медицинских работников коллектив Александро-Мариинской ОКБ (Астрахань) шагнул точно в иное временное измерение, и круто, к лучшему, поменялась судьба лечебного учреждения. Так должно быть повсеместно!

Любопытно суждение главного нарколога Минздрава России Евгения Брюна, заявляющего, что нет необходимости в тотальном тестировании школьников и студентов на наркотики, ведь иначе, мол, никакого бюджета не хватит. Уже знание того, что молодой человек в любой момент может пройти тест на наркотики, будет играть профилактическую роль.

Наверняка будет интересно мнение помощника министра здравоохранения РФ Ляли Габбасовой о новой стратегии на предмет лечения и профилактики туберкулёза.

Надеюсь, мои коллеги не оставят без внимания статью «Вокруг закона и не только» о состоянии проблемы орфанных лекарств в стране. Следует определиться, что же будет входить в перечень препаратов для лечения редких заболеваний.

Определённо вызовет резонанс публикация «Кто выступит в защиту жизни?» В России запрещена реклама абортов, но отвергаются радикальные методы борьбы с ними. Это может привести к росту числа криминальных абортов. Как быть? Что надо сделать, чтобы не было убийства не родившихся детей?

Поскольку я уже более 40 лет работаю в педиатрии, то совершенно точно знаю: врачей детских поликлиник обязательно заинтересует авторитетное мнение главного специалиста по гигиене детей и подростков Минздрава России, члена-корреспондента РАН Владислава Кучмы, которое выражено в статье «Под медицинским присмотром». Речь идёт о важности приказа Минздрава России «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях». Основная направленность долгожданного документа – профилактическая. Чтобы приказ был реализован, необходимо заострить внимание на нём глав администраций регионов и муниципалитетов.

Подозреваю, с каким удовольствием читатели прочтут заметку под рубрикой «А ещё был случай» на последней странице. Врач-специалист всегда найдёт выход для спасения больного даже в безвыходной ситуации!

Взгляд

Милый лжец, кто вы?

Тёмная сторона эмоционального интеллекта

С тех пор, как психолог Дэниел Гоулман выпустил в 1995 г. свой бестселлер «Деструктивные эмоции», многие политики и педагоги стали считать эмоциональный интеллект ключом к решению широкого спектра проблем. Утверждается, что если мы сможем научить детей управлять эмоциями, в классах станет меньше агрессии и больше сотрудничества. Если мы будем культивировать эмоциональный интеллект среди управленцев и врачей, улучшится обстановка на рабочих местах и в здравоохранении. В результате эмоциональный интеллект сейчас активно взращивают в средних школах, в бизнес-школах и на медицинских факультетах.

Эмоциональный интеллект, бесспорно, важен, но подобный необузданный энтузиазм скрывает его тёмную сторону. Как показывают новые исследования, учась управляться с эмоциями, люди одновременно учатся манипулировать окружающими. Чем лучше ты контролируешь эмоции, тем лучше умеешь скрывать подлинные чувства. Если ты знаешь, что чувствуют другие, ты можешь играть на их сердечных струнах, подталкивая людей действовать наперекор их собственным интересам.

В последнее время исследователи вплотную занялись этой тёмной стороной эмоционального интеллекта. По данным нового исследования, проведённого под руководством профессора Кембриджского университета Йохена Менгеса, слушая эмоционально заряженную речь лидера, аудитория хуже анализирует её смысл и хуже запоминает её содержание. Занятно, что при этом люди, впечатлённые речью, часто считают, что запомнили её лучше, чем на самом деле.

Авторы называют это «эффектом благоговения», но могли бы назвать «эффектом отупения». По словам одного из свидетелей, убедительность Гитлера опиралась на его способность целенаправленно выражать эмоции. Он «распахивал своё сердце», и поток эмоций захлёстывал слушателей, заставляя их «поддаться чувствам и перестать критически мыслить».

Лидеры, умеющие управлять эмоциями, могут лишать нас способности думать. Если их ценности расходятся с нашими, последствия оказываются ужасными. Данные исследований демонстрируют, что в ситуациях, когда у людей есть эгоистические интересы, эмоциональный интеллект превращается в инструмент для манипулирования окружающими.

В ходе эксперимента, которым руководил психолог из Университета Торонто Стефан Коте, сотрудники университета ответили на вопросы о своих макиавеллистских тенденциях и прошли тест, измеряющий их знания об эффективных стратегиях контроля над эмоциями. Затем группа Коте оценила, как часто эти сотрудники осознанно подставляют коллег.

Оказалось, что сильнее всего склонны к вредоносному поведению макиавеллисты с высоким эмоциональным интеллектом. Они используют свои навыки работы с эмоциями, чтобы дискредитировать и ставить в неловкое положение других ради собственной выгоды.

Исследовательская группа во главе с профессором Университетского колледжа Лондона Мартином Килдаффом пытается пролить свет на эту тёмную сторону эмоционального интеллекта. По мнению соавторов Килдаффа, эмоциональный интеллект помогает людям ради личной выгоды скрывать определённый набор эмоций и демонстрировать другой набор. «Носители развитого эмоционального интеллекта «осознанно формируют свои эмоции, создавая благоприятное впечатление о себе, – сообщает группа в одной из статей. – Целенаправленное сокрытие эмоций и стратегическая манипуляция чужими чувствами встречаются не только в пьесах Шекспира, но и в офисах и коридорах, где на кону стоят власть и влияние».

Разумеется, не все люди используют эмоциональный интеллект в неблаговидных целях. Чаще всего эмоциональные навыки – просто инструмент для выполнения неких задач. Но если их рассматривать как образец лидера с высоким эмоциональным интеллектом, становится очевидным, что грань между мотивированием и манипуляцией очень тонка и пройти по ней крайне непросто.

Там, где эмоции не в ходу, у эмоционального интеллекта обнаруживаются другие скрытые издержки. Недавно психолог из Университета Центральной Флориды Дана Джозеф и психолог из Университета Иллинойса Дэниел Ньюман тщательно проанализировали все исследования, посвящённые связи между эмоциональным интеллектом и рабочими показателями. Выяснилось, что, судя по данным сотен исследований, в которых участвовали тысячи человек, принадлежащих к 191 профессии, эмоциональный интеллект не всегда полезен для работы. В профессиях, требующих внимания к эмоциям, он действительно улучшает показатели.

Однако для профессий, где эмоции не столь важны, результаты оказались обратными. Чем выше был эмоциональный интеллект у работников, тем ниже их рабочие показатели. Механикам, учёным и бухгалтерам эмоциональный интеллект, по-видимому, скорее, мешает, чем помогает. Хотя, чтобы объяснить эти результаты, необходимы дополнительные исследования, можно предположить, что такие работники тратят внимание на эмоции вместо того, чтобы фокусироваться на своих задачах.

И всё же следовало бы перестать считать эмоциональный интеллект полезным в любой ситуации и задуматься о том, когда и где он бывает важен. В ходе недавнего исследования в одной фармацевтической компании её сотрудникам предложили заполнить тест, посвящённый управлению эмоциями и контролю над ними. А затем попросили менеджеров оценить, сколько времени эти сотрудники тратят на помощь коллегам и клиентам.

Сотрудники с более развитым эмоциональным интеллектом, когда с коллегами обходятся несправедливо, тоже чувствуют праведное негодование, но могут обуздать его и аргументировать свою позицию. Когда они рискуют выступить за гендерное равенство, эмоциональный интеллект помогает им держать страх под контролем. Когда они предлагают начальству новаторские идеи, их способность выражать энтузиазм позволяет им не выглядеть угрожающе. Короче говоря, они горазды раскачивать лодку, но не переворачивают её.

Благодаря более достоверным методам исследования, специалисты всё чаще признают, что эмоциональный интеллект, как и любой другой навык, можно использовать и во благо, и во зло. Поэтому, если мы собираемся развивать эмоциональный интеллект, необходимо не забывать о ценностях, с которыми он должен идти в комплекте, а также понимать, где он может быть полезен на самом деле. Пора перестать увязывать эмоциональный интеллект с положительными моральными качествами.

Ракурс

Циркадные ритмы

Британские учёные, занимающиеся проблемами сна в исследовательском центре Университета Саррея, пришли к выводу, что ночная работа может приводить к долгосрочным отрицательным последствиям, повышая риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, диабета и рака. Их выводы основаны на более глубоком понимании воздействия нарушений естественных ритмов на молекулярном уровне. Речь идёт о циркадных ритмах, которым подчинён человеческий организм, приспособившийся в результате миллионов лет эволюции к бодрствованию днём и сну ночью.

Генный механизм биоритмов

Нарушение этих биоритмов приводит к нарушению многих процессов и функций, в том числе гормональной деятельности, температурного режима тела, мышечного тонуса, настроения и умственной активности.

Анализы крови показывают, что в обычных обстоятельствах 6% генов имеют встроенные биологические часы, определяющие их активность в определённое время суток. Ночная работа приводит к выключению этого механизма на генетическом уровне.

Проведено исследование на базе 22 испытуемых, которые были переведены на ночной режим существования.

«Более 97% таких ритмичных генов при сбое режима сна теряют свою синхронизацию, и это объясняет, почему мы так плохо себя чувствуем при перемещении из одного часового пояса в другой или при работе в ночные часы», – объясняет доктор Саймон Арчер, один из исследователей Университета Саррея.

Профессор Дерк-Ян Дийк, также принимавший участие в этой работе, указывает, что каждый орган имеет свой собственный ритм активности, и при переходе на ночной режим работы происходит полная утрата синхронизации в работе сердца, мозга и почек. По данным учёных, последствия этого проявляются через несколько лет ночной работы. Они были удивлены масштабами негативного воздействия этих сбоев в циркадных ритмах.

Возможная связь между ночными сменами и повышенным риском возникновения диабета и избыточного веса известна уже давно. Пока учёные не могут сказать, насколько постоянны эти изменения в человеческом организме, однако они не сомневаются, что они приводят к масштабным сдвигам в функционировании внутренних органов и нервной системы человека.

Неглубокий сон ведёт к гипертонии

Несколько ранее американские учёные обнаружили, что повышенный риск заболевания гипертонией у пожилых мужчин связан с неудовлетворительным качеством сна.

У пожилых людей продолжительность глубокого сна намного меньше, чем у молодёжи или у людей среднего возраста. Исследование, результаты которого были опубликованы в журнале Hypertension, показало, что риск заболевания гипертонией у тех, кто меньше всего времени проводит в состоянии глубокого сна, на 83% выше, чем у тех, кто дольше спит глубоким сном.

В течение 2 лет группа учёных измеряла качество сна у 784 мужчин старше 65 лет. В начале этого периода ни один из них не страдал высоким давлением, но к 2009 г. у 243 из них обнаружили гипертонию. Пациентов разделили на несколько групп в зависимости от продолжительности периода глубокого сна. В одной группе были пациенты, которые спали глубоким сном меньше всего, 4% времени от общей продолжительности сна. В другую группу включили тех, кто больше всего спал глубоким сном – 17% времени сна. Риск заболевания гипертонией увеличивался у пациентов первой группы в 1,83 раза.

«Наше исследование впервые продемонстрировало, что неглубокий сон значительно увеличивает риск заболевания гипертонией», – заявила одна из авторов доклада профессор Сюзан Редлайн из Гарвардской школы медицины.

«Это исследование показало зависимость между качеством сна и артериальным давлением у мужчин старше 65 лет. Теперь необходимо определить, есть ли подобная зависимость у людей других возрастных групп и у женщин», – отметила Наташа Стюарт, старшая медсестра Британского фонда по изучению сердечных заболеваний. Учёные полагают, что подобная зависимость существует не только у мужчин, но и у женщин.

«Давно известно, что сон важен для здоровья. Нам всем необходимо сделать сон приоритетом и обязательно спать 6-8 часов в сутки», – сказала доктор Стюарт.

От себя добавлю: истина, давно известная, но, возможно, не всем.

Ну и ну!

Женское лицо войны

С начала этого века британской армии пришлось отправить домой с театра военных действий более 200 беременных военнослужащих: 99 были эвакуированы из Афганистан и ещё 102 из Ирака.

Согласно правилам, беременным солдатам запрещено находиться близ линии фронта. В то же время женщины в вооружённых силах не обязаны проходить тест на беременность перед отправкой на военные действия, так как командование считает, что подобная мера была бы вмешательством в частную жизнь.

Хотя в вооружённых силах нет жёсткого правила, запрещающего тесный контакт между военнослужащими разного пола, все они получают официальное предупреждение, что Министерство обороны не одобряет сексуальных отношений между военнослужащими. Военным, пойманным за этим занятием, выносится выговор, а некоторые, в зависимости от ранга, могут предстать и перед дисциплинарной комиссией.

**Подготовил Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».**

**По материалам Associated Press,
Proceedings of the National Academy of Sciences, Daily Mail.**

Болезни великих

Он предпочитал лечиться консервативно

К 120-летию со дня кончины знаменитого хирурга Теодора Бильрота

Несмотря на весьма значительный срок, минувший после кончины, величественный образ Бильрота по-прежнему притягивает к себе пристальное внимание историков науки, врачей и литераторов.

Харьковский профессор хирургии Аполлинарий Подрез, выступая с траурной речью, в частности, сказал: «Я не стану описывать заслуги Бильрота в костных операциях, я не буду указывать на его блестящие операции над селезёнкой, щитовидной железой и многими другими органами, так как я не кончил бы сегодня моего обзора, скажу лишь кратко, но точно: от головы до пят человечество обязано Бильроту».

Многогранный талант

Теодор Бильрот родился 26 апреля 1829 г. в городе Бергене на острове Рюген (тогда это была Пруссия) в семье пастора.

Его творческая активность пришлась на «золотой век» немецкой клинической хирургии – время, когда оперативная техника хирургов достигла небывалого совершенства, он встал во главе прославленной во всей Европе школы выдающихся хирургов-практиков и учёных.

В 1860 г. Бильрот возглавил кафедру хирургии Цюрихского университета, а в 1867 г. переходит на кафедру Венского университета и остаётся её бессменным руководителем до самой смерти. Венский период деятельности Бильрота явился необычайно продуктивным.

Студентам очень импонировало то, что Бильрот, безупречно точный и аккуратный в своей хирургической работе, в повседневной жизни был совершенно чужд буквоедства. Блистательный хирург, обладавший энциклопедическими знаниями во всех областях современной ему медицины, Бильрот вместе с тем был благосклонным и снисходительным экзаменатором, отчего на экзамен к нему студенты записывались чрезвычайно охотно.

Ряд специальных журналов, редактируемых Бильротом, большое количество прекрасных руководств и отдельных монографий принесли ему славу талантливого литератора.

К литературному наследию Теодора Бильрота относятся также и стихи, некоторые из которых он положил на музыку собственного сочинения, а также обширная переписка, изданная отдельной книгой, выдержавшей несколько изданий. В описании красот природы южной Италии и других живописных уголков Бильрот проявил себя неподражаемым художником. Временами письма его носят характер захватывающих поэтических произведений.

Судя по всем дошедшим до нас сведениям, Бильрот относился к жизни в общем-то легко, что вовсе не означает – легкомысленно. Но многое, в силу высокой одарённости его натуры, ему давалось без чрезмерной затраты сил, будь то музыка, наука или овладение оперативной техникой. Столь же быстро налаживались и профессиональные контакты Бильрота с коллегами и просто интересными ему людьми.

Разумеется, ничто человеческое, в том числе и слабости, Бильроту не были чужды. И подтверждением тому служит следующий пример.

Давно замечено одно удивительное явление: очень многие врачи, среди которых встречаются самые отчаянные и безоглядно смелые хирурги-радикалы, вдруг в один момент почему-то делаются страшно осторожными и донельзя консервативными, как только речь заходит об операции на их собственном теле...

Так было и с Бильротом, когда его в Цюрихе «прихватил» приступ печёночной колики. Он выразил полную готовность использовать все из существующих средств лечения, но кроме, разумеется, хирургического ножа. Приступ удалось снять с помощью такого желчегонного, как карлсбадская соль, которую Бильрот принимал усердно и аккуратно и был готов принимать ещё, сколько ни потребуется, лишь бы коллеги не заводили своих ужасных разговоров про операцию.

Настало время, а было это уже в Вене, во второй половине 80-х, когда Бильрота начали беспокоить боли, с безошибочностью указывавшие на застрявший камень в нижнем отделе левого мочеточника.

И к чьей же помощи прибегнул Бильрот на этот раз? К помощи своих коллег, хирургов-урологов? Как бы не так! Он как всегда уповает на воздействие всё тех же заветных «вод» – Карлсбадской и Виши; поглощает несметное количество этих жидкостей, разъясняя всем непонятливым, как с помощью них «вымываются» из различных отделов мочевого тракта конкременты и бактерии.

История страданий

В 1867 г. Бильрот переехал из Цюриха в Вену, что знаменовало собой начало нового, наиболее блестящего периода его карьеры.

Он бежал от сумрачной австрийской зимы с её обволакивающими туманами, и оттого стремился туда, где осень длится ещё и в декабре, а затем, без зимы, вслед за весной приходит лето; потому-то излюбленными местами отдыха Теодора Бильрота являлись Ривьера и средиземноморский курорт Аббация. В тех местах бодрящая утренняя прогулка по побережью дарила Бильроту огромный приток новых сил, необходимых для борьбы «с людьми, обстоятельствами и прочими сложностями жизни». А силы нужны были постоянно. И тогда, когда он тяжело выздоравливал после затяжной своей болезни, и тогда, когда в 1891 г. стал членом австрийского парламента и предпринял шаг, равносильный «политическому самоубийству»: начал бомбардировать запросами относительно денежных ассигнований на строительство школы-госпиталя Rudolfinerhaus императора, членов его фамилии, всевозможных герцогов и прочих высокопоставленных лиц.

Всегдашняя привычка Бильрота плотно поесть при ограниченной двигательной активности привели к тому, что собственный вес его подобрался к 110-килограммовой отметке. Неотъемлемыми спутниками Бильрота-хирурга в ходе его работы были стрессовые ситуации, которые он «гасил» коньяком и сигарами. Словом, худшее сочетание всех так называемых факторов риска и представить себе трудно.

Тяжело болел Бильрот уже и в 1884 г., из-за чего не смог присутствовать на XIII конгрессе немецких хирургов.

В 1887 г. Теодор Бильрот серьёзно заболел в очередной раз, и европейские газеты публиковали бюллетени о его состоянии здоровья, отражавшие все этапы течения болезни, а в редакции поступали сотнями письма с пожеланиями хирургу скорейшего выздоровления и со словами поддержки. Данный факт лишний раз удостоверил то, что Бильрот сделался фигурой мирового масштаба.

У него появилась одышка и подскочила температура. Несколько дней Бильрот лежал в постели в полузабытьи, с ощущением, как будто «тяжёлое железное кольцо сдавило грудную клетку» (K.B.Absolon). Симптомы, наличествующие у Бильрота, с несомненностью свидетельствовали о развившейся коронарной недостаточности, обусловившей и общую недостаточность кровообращения из-за слабости сердечной деятельности. Бильрот вдруг с несомненной ясностью ощутил, что умирает! Созвав к своей постели семью, ближайших друзей и учеников, Бильрот сделал всем им последние, как он решил, напутствия. Отправил прощальные послания Ганслику и Брамсу, поблагодарив последнего за дивную красоту мелодий, слушая которые Бильрот чувствовал себя счастливым, которые так украсили и обогатили яркими впечатлениями его жизнь.

Позже Теодор Бильрот в другом письме Брамсу поведал о субъективных переживаниях и ощущениях из тех, что довелось изведать ему до полного своего выздоровления; выражаясь его языком – в процессе возвращения с того света на этот: «В течение какого-то времени, мне неведомого, я пребывал в полусне, ощущая при этом жуткий дискомфорт. Но по временам я был способен оценивать своё состояние с профессиональной точки зрения. Я слышал, как моё дыхание делалось всё более шумным и прерывистым, потом появилось головокружение. Ясно помню, как я проговаривал слова одной из Ваших песен, полагая, что я уже умер: «Всё это мне, как в смертном сне...»

И несмотря ни на что, всё это мне представлялось необычайно приятным, нежным. А я парил где-то в вышине и взирал на землю под собою, где остались мои друзья – все такие приветливые и умиротворённые!»

Не подлежит сомнению, что Бильрот получал лучшие и самые квалифицированные медицинские консультации специалистов. Но такие рекомендации, как разгрузочная диета и ограничение приёма жидкости, Бильрот встречал без энтузиазма. Здесь у него был свой собственный взгляд на вещи: «При той склонности моего организма к образованию желчных и почечных камней и том обстоятельстве, что потоотделение является для меня своего рода дыханием, я полагаю, что вызывать мне у себя дегидратацию не следует. Соли потреблять – одну крупицу! А там поглядим».

В периоде выздоровления Бильрот старательно «вытягивал» свой организм из состояния декомпенсации. С деспотичным педантизмом он вновь и вновь заставлял себя ежедневно совершать 5-мильные пешие прогулки.

Перенесённое Теодором Бильротом заболевание во всех отношениях не прошло бесследно. Было ли это случайным совпадением по времени, или же под этим кроются какие-то вполне конкретные причины, но после случившегося с Бильротом его отношения с Брамсом изменились: «Никогда не болевший, он (Брамс. – **И.Т.**) с каким-то страхом относился к болезни своих друзей и с трудом общался с ними в это время. Возвратившись после очередной итальянской весны 1887 г. в Тун, он узнал о тяжёлой болезни Бильрота. Могучий организм друга переборол недуг. Однако после болезни Бильрота между ним и Брамсом всё чаще стали возникать недоразумения, и, несмотря на то, что они в конце концов ликвидировались, Бильрот потерял своё место самого близкого поверенного в творческих делах Брамса, какое он занимал в течение многих лет» (Е.Царёва, 1986).

Впрочем, причина, и вполне конкретная, того, что Брамс отдалился от Бильрота, была. И об этом следовало бы рассказать в отдельной статье. То была одна из череды причин, приведших ко всё более и более нарастающей изоляции от людей стареющего Брамса. Порой им овладевали приступы внезапной ярости и агрессивности. Друзьям Брамса волей-неволей приходилось привыкать к тому, что такие вспышки обрушивались именно на них, прекрасно относящихся к Брамсу, а тот зачастую даже и не отдавал себе отчёта в допущенной грубости.

Вскоре после перенесённой болезни у Бильрота появились признаки миокардита, постепенно усиливающиеся и в значительной степени подрывавшие его работоспособность. Теодор Бильрот не строил никаких иллюзий в отношении своей болезни. В одном из писем он писал: «Строго конфиденциально, только между нами: моим лёгким нанесён сокрушительный удар, и сердце моё вот уже столько времени не в лучшем состоянии. Не уверен, обрету ли я вновь былую активность, чтобы наверстать материальные потери, которые я понёс за то время, пока не наступило моё выздоровление. И при всём при этом я вынужден приучать себя работать вполсилы!»

Помимо несомненно скомпрометированных лёгких у Бильрота, как он сам считал, были ещё и «ожиревшие сердце и печень», недостаточные в функциональном отношении почки. Поэтому, когда Теодору Бильроту предложили занять пост ректора Венского университета, он отказался, обрисовав состояние своего здоровья самыми мрачными красками.

Но постепенно физическое состояние Теодора Бильрота улучшалось, он обретал былую форму: «В настоящее время мой вес снизился до 80 кг! Перед болезнью же я весил 120 кг! Таким образом, я освободился от 80 фунтов бренной плоти! Произошло так оттого ли, что мне удалось проявить твёрдость характера, а может оттого, что в прежнее время я проявлял безалаберность?!

Эта материальная потеря, если её вообще таковой нужно считать, стала источником роста моей духовной силы. Безусловно, я становлюсь всё более духовным, но могу и всегда материализоваться, прибегнув к такому средству, как «Hermine» (задушевная подруга Теодора Бильрота Hermine Seegen.

Несмотря на всю серьёзность состояния своего здоровья, Бильрот продолжал интенсивно работать. Но с обострением болезни настроение его становится всё более и более угнетённым. В те дни Бильрот как-то раз невесело пошутил: «Что если моё капризное сердце сыграет шутку и остановится? Сколько радости это событие доставит молодёжи, которая использует передвижение, имеющее произойти после моей смерти!»

В письме от 7 января 1886 г. он написал: «...Рабочие пока заняты у меня устройством парка, вскоре они же выроют мне могилу, в которую я, усталый, уютно улягусь».

Тогда в 1886 г. до роковой даты оставалось ровно 8 лет...

К несчастью, Теодор Бильрот почти не ошибся в своих грустных предположениях.

6 февраля 1894 г. в Аббации перестало биться его наполненное любовью к людям сердце.

И хотя Бильрот предчувствовал близкий конец и спокойно за несколько дней сделал необходимые распоряжения, умер он неожиданно. Смерть застала его за разработкой итальянских народных мотивов. Так завершилась большая красивая жизнь выдающегося учёного и человека, труженика и гуманиста.

Теодор Бильрот прожил неполных 65 лет – по общепринятым меркам немного.

На его могиле ныне стоит памятник с высеченным в мраморе благородным профилем. Ещё при жизни Бильрота его бюст был установлен в родном городе Бергене. В столице Австрии Вене – городе, где учёный столь плодотворно трудился почти 30 лет, также установлены мраморный бюст и памятник. Надпись на памятнике гласит: «Теодору Бильроту – великому врачу-хирургу от благодарных учеников и потомков».

Игорь ТЕЛИЧКИН,
кандидат медицинских наук.
Великобритания.

А ещё был случай

Операция под водой

Недавно страна в очередной раз отметила День подводных сил России. А мы всегда относились с уважением к «лодочным» врачам. У них был обширный круг обязанностей, кроме непосредственной медицины, с которыми они успешно справлялись. К слову, до 1960 г. на лодках в большинстве были не врачи, а фельдшеры, которых готовило Медицинское военно-морское училище в Одессе. Потолок их звания был старший лейтенант. Потом пошли выпускники Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в Питере....

Среди медиков–подводников много достойных людей, отдавших свои жизни во имя спасения пострадавших матросов и офицеров. Например, капитан медицинской службы А.М.Соловей, врач АПЛ «К-8», погибшей 11 апреля 1970 г...

Памяти врачей-подводников мой короткий рассказ.

За первые операции, выполненные в дальних походах, врачи получали ордена. И это было заслуженно. Кто хоть раз бывал на «дизелюхах» того времени, знает, в каких условиях там находились люди. Умыться–то целая проблема, а уж операцию сделать!.. Потом появились атомоходы. И хотя условия жизни на первых атомных лодках уже отличались, но надо сказать правду, не на очень. Это случилось в 1969 г., когда мы возвращались из дальнего похода.

Занемог наш штурман капитан-лейтенант Юрий Власов. Врач, майор Василий Васильевич Морозов, опытный, не раз бывавший в дальних походах, определил острый аппендицит.

Решено было приступить к операции. Обязанности штурмана пришлось взять на себя мне – старшему помощнику командира. Но самое трудное было найти человека, который бы смог ассистировать врачу. Врач на подводной лодке – универсал, но будь он хоть семи пядей во лбу, одному ему с операцией не справиться. Как ни странно, но из более чем 30 человек офицеров корабля трудно было найти помощника Василию Васильевичу. Одних нельзя было назначить из-за специфики их специальности, а другие отказывались по причине боязни вида крови. Оказывается, не такое простое это дело – операция. Именно тогда каждый почувствовал уважение к врачу. Ведь не секрет, что среди здоровых мужчин бытует мнение: у доктора на корабле спокойная служба.

Медлить было нельзя, и друг Власова, командир боевой части связи (БЧ-4) Юрий Викторович Жуков вызвался помочь. Доложили наверх. Получили добро на пропуск сеансов связи до окончания операции и погрузились на глубину 200 м. В надводном положении и на меньшей глубине в Атлантике выполнять такое дело на подводной лодке никак невозможно – качает.

Операция прошла успешно. На подходе к базе штурман уже даже пытался выполнять свои обязанности. Но мы его оберегали от всяких осложнений. Госпитализировать его не пришлось. Видно, лёгкая рука была у нашего Морозова.

А ещё этот случай показал всем, что на подводной лодке нет второстепенных специальностей. И каждый член экипажа сделал для себя немаловажнй вывод – медицинская подготовка, относящаяся к разделу общей, не такая уж второстепенная. И уже никого не надо было заставлять заниматься ею. Подводники поняли, что собственная жизнь и жизнь товарищей зависит от каждого из них.

Часто получается так, что практический случай убеждает лучше самого аргументированного рассказа или приказа. Вот поэтому я и рассказал об этом эпизоде. Хочется, чтобы люди делали выводы из поучительных историй, а не доходили до истины собственным горьким опытом.

Вадим КУЛИНЧЕНКО,
капитан I ранга в отставке,
ветеран-подводник.

г. Железнодорожный,
Московская область.

Умные мысли

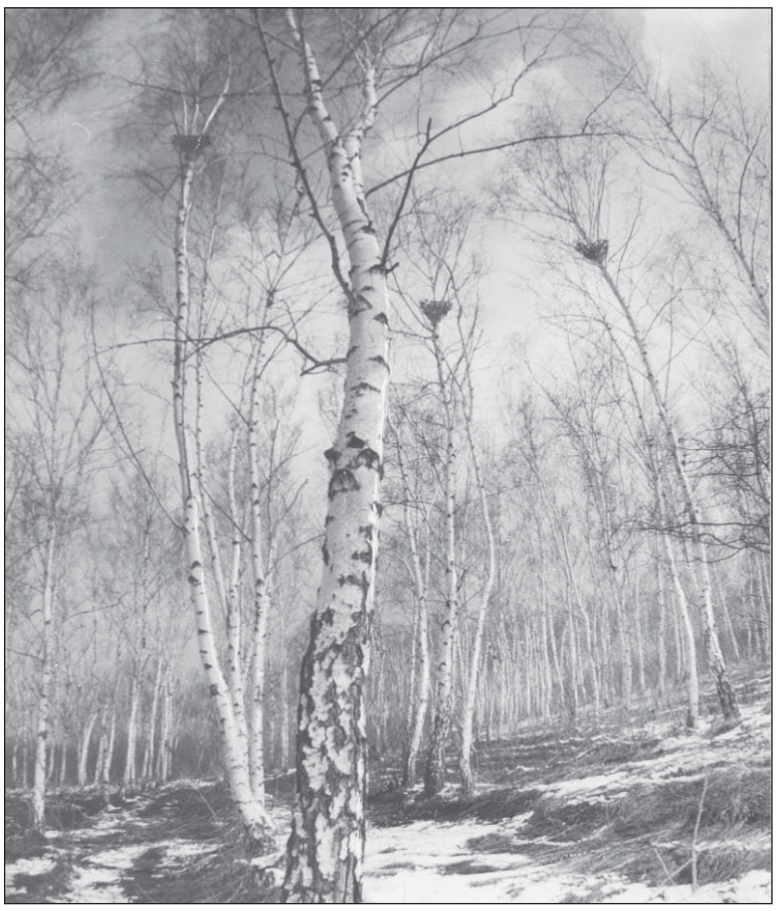
Виктор КОНЯХИН

От больных суставов – до больной головы

- Всем, рождённым в рубашке, бесплатный подарок – бронежилет.
- У вас ещё нет птичьего гриппа?! Тогда мы летим к вам!
- Встретишь любовь... А она тебя – хвать за сердце...
- Ну и жизнь: просыпаешься с больными суставами, ложишься с больной головой.
- В мозгах – короткие мысли? Ногам – длинные километры...
- Братство по оружию не выживает без сестёр по милосердию.
- Три года ты мне снилась! Потому не мог проснуться...
- Человек растёт: вперёд – живот, назад – горб.
- Если у вас нету жизни, вам её не потерять...
- Из объяснительной записки: «Ну, пробил я ему голову. Так это для того, чтобы его мысли не задохнулись без кислорода...»

Москва.

Фотоконкурс «МГ»



Весна пришла

Фото Василия ОСТРИКОВА.

Ростов-на-Дону.

СКАНВОРД

Флейта у мордвы	Селище у молдаван	Гипотиреоз, таблетки	Рос. судостроитель					Спорт. обувь	Висо-косный		Бант	Греч. нереида				Фелодипин			Женьшень	Первый человек		Природа		Порт, Дунай	Офиц. проверка
	Простор		Препарат для вен		Питон, "Маугли"		"... Прага", Гончар					Знамя		Азерб. танец		Гек Финн, автор	Амер. страус		Егип. бог Солнца					Греч. буква	
				Лодка у эскимосов	Голл. живописец		Помогала Фарлафу		Способ игры смычком							Сосуд, пест						Вулкан, Филиппины			
	Декор. растение		Легкая кавалерия						Актриса Орнелла ...	Барбус		"...-чурбан" (Андерсен)					Бахрома		Актер						
						Крутой склон долины		"Ольга ...", Куприн					Жена Д. Боуи		Путеводитель							Певица Аманда ...			
	Сырцовый кирпич		Снежный барс						... по себе				Детское питание												
					Ткань для лаптей						Куинджи														
Автор Валерий Шаршуков			Кровосос						Служ. разряд				Хоровая песня												

	А		К		П		Л										О			Т			Ш		У
	Р		О	С	О	К	А		Г	У	С	Т	Е	Л	Ь		С	И	Р	О		Б	А	Р	Т
У	Т	Е	С		Т	О	Д	Д		Д		А		У			Е		О	Т	С		М		Р
	Р		Т	М	О	Л		У	Н	А	Б	И		И		П	Е	К	Л	Е		К	У	М	А
Ш	А	Л	Ь		П	О	Л	К		Ч		С	У	С	Т	А	В		А	М	М	О	Н	И	Т
А		Е		Т		Г		Э	Т	А	П		С			М	А	Й	Н	А		Л	И	Р	А
Р	Е	Г	Б	И		Р	У	С	Е		О	Т	Т	О		Я									
К		К		Ш	В	И			Ч	А	Л		А	К	У	Т									
		О	Р	Ь		В	Е	Щ	Ь		Я	Н	В	А	Р	Ь									

Ответы на сканворд, опубликованный в № 22 от 26.03.2014.

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), Ф.СМИРНОВ, И.СТЕПАНОВА, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В.МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ОАО «Красная Звезда»
123007 Москва,
Хорошёвское шоссе, 38
Тел. (495) 941-28-62,
(495) 941-34-72, (495) 941-31-62
http://www.redstarph.ru
E-mail: kr_zvezda@mail.ru

Заказ № 1915.
Тираж 36 335 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханау (Германия) (1049) 618192124.

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