

Медицинская

13 ноября 2015 г.
пятница
№ 85 (7607)

Газета®

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

Тенденции

В максимально короткие сроки

Денег на дорогостоящее лечение в Новосибирске пока хватает



Экономический кризис пока не повлиял на доступность высокотехнологичной медицинской помощи для жителей Новосибирской области. Напротив, по итогам 9 месяцев 2015 г. регион показывает даже небольшое наращивание объёмов ВМП в сравнении с прошлым годом.

Так, если за весь 2014 г. лечение с применением дорогостоящих технологий получили 19,8 тыс. новосибирцев, то к началу октября этого года уже больше 16 тыс. человек. И это несмотря на сокращение количества участников программы ВМП в Новосибирской области. По информации Минздрава области, в этом году госзадание на оказание высокотех-

Хватит ли средств на дорогостоящие нейрохирургические операции завтра?

нологичной помощи получили уже не 16, как раньше, а 14 учреждений здравоохранения: 8 федеральных клиник и 6 региональных.

Как подчёркивает министр здравоохранения Новосибирской области Олег Иванинский, 98% пациентов, которым необходимо дорогостоящее лечение, получают его на месте: «Это показатель, которым можно гордиться. Такая территориальная доступность обеспечивает экономии времени и позволяет достичь результата в максимально короткие сроки».

Пока проблемой для региона остаётся обеспечение высокотехнологичной помощью всех нуждающихся в ней больных с онкологическими

заболеваниями, лор-патологией, заболеваниями органа зрения. Поэтому 2% новосибирских пациентов пришлось-таки отправиться на лечение в Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина, НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Томский НИИ онкологии, Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи.

Елена БУШ,
спец. корр. «МГ».

Новосибирск.

Фото
Валерия КЛАММА.

Председатель Правительства РФ
Дмитрий Медведев:

Важно, чтобы работа по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями не ограничивалась этим годом, а стала постоянной, долгосрочной...

Стр. 2



Откровения победителей Всероссийского конкурса «Лучший врач года» журналистам «Медицинской газеты».

Стр. 6-7

Владимир Шабалин,
академик РАН:

Человек должен отказаться от стереотипных представлений о старшем возрасте как о периоде доживания и исключения большинства жизненных возможностей. Наоборот, это ещё один период полноценной, продуктивной жизни.

Стр. 10



Деловые встречи

Диспансеризация под присмотром

Заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева побывала в Курской области. Она провела совещание с представителями первичного звена медицинских организаций, главными врачами и ведущими специалистами регионального здравоохранения по теме: «Организация первичной медико-санитарной помощи и медицинской профилактики». В его работе принимали участие сотрудники министерства, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Росздравнадзора РФ. А проходило оно в стенах Курского государственного медицинского университета.

В повестке совещания – итоги диспансеризации в Курской области в 2014 и 2015 гг. Полученные данные свидетельствуют о наличии резервов для улучшения её качества. Примечательно, что частота выявления болезней системы кровообращения и злокачественных новообразований в Курской области ниже, чем в среднем по РФ, при этом в рейтинге стандартизированной смертности Курская область находится на 45 месте. Показатели частоты выявления лиц с риском пагубного потребления алкоголя и наркотических средств в регионе также ниже средних показателей по РФ и Центральному федеральному округу.

Т.Яковлева отметила низкую младенческую смертность в Курской области – за 9 месяцев 4,6, это европейский уровень. «Министерство здравоохранения не стало бы помогать области, в которой не было бы поддержки медицины со стороны гу-

бернатора и где медики работали неохотно. Мы планируем достроить онкологический диспансер. На эти цели региону выделено 2,2 млрд руб.», – подчеркнула заместитель министра.

С докладом также выступил заместитель председателя Федерального фонда ОМС Юрий Нечепоренко. Он обратил внимание медицинских организаций на невысокие показатели профилактических осмотров взрослого населения – 19% и периодических осмотров несовершеннолетних – 24%. Заместитель председателя ФОМС подчеркнул, что на эти цели государством выделяются дополнительные финансовые средства, что требует совершенно иного качественного подхода к данным направлениям профилактической работы.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Сити!

Москва.

Инициатива

Врачи выбирают село

В Енотаевскую районную больницу Астраханской области в этом году пришли работать семь новых специалистов: кардиолог, два анестезиолога-реаниматолога, терапевт, терапевт участковый, районный педиатр, врач клинико-диагностической лаборатории.

Укомплектовать штат сельской больницы врачами «узких» специальностей помогла Федеральная программа

«Земский доктор». Всего с 2012 г. 30 врачей и 6 средних медицинских работников пополнили сельское здравоохранение этого района.

«Нам очень помогает программа «Земский доктор», благодаря ей в район приехали необходимые специалисты – эндокринолог, хирурги, неврологи, анестезиологи-реаниматологи, педиатры, – рассказывает главный врач Енотаевской районной больницы Надежда Дерябина. – Ак-

тивно занимаемся поиском врачей, встречаемся с выпускниками медицинского университета. Сегодня у нас есть все «узкие» специалисты, что позволяет нам, например, не прибегая к помощи областных специалистов, проводить диспансеризацию населения».

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
сотрудник Министерства
здравоохранения Астраханской области.

Новости

Операция
на бьющемся сердце

Недавно впервые в Ульяновской области выполнена операция на бьющемся сердце бригадой из 3 хирургов и 2 анестезиологов торакального хирургического отделения Ульяновской областной клинической больницы. Сороклетнему пациенту из Димитровграда сделано коронарное шунтирование без использования аппарата искусственного кровообращения. Врачи боролись за его жизнь 4 часа.

Ранее подобные операции проводились в УОКБ только с остановкой сердца пациента; все функции выполнял аппарат искусственного кровообращения.

– Согласно мировым исследованиям, такая методика положительно влияет на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Мы избегаем ряда негативных последствий и осложнений для организма.

Теперь операции на работающем сердце войдут в постоянную практику ульяновских специалистов, – отметил врач-кардиолог торакального хирургического отделения Ульяновской ОКБ Александр Юдин.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

Новые лекарства
на обновлённом заводе

Новые российские лекарства будут выпускать на обновлённом предприятии: власти Иркутской области приняли решение о реконструкции завода по производству активных фармацевтических субстанций в Братске.

Технологическое переоснащение завода «Фармасинтез» позволит начать изготовление российских противотуберкулёзных, антиретровирусных и онкологических лекарственных средств. В правительстве Иркутской области называют реконструкцию завода в Братске одним из ключевых разделов в программе по импортозамещению и индустриализации региона. Здесь подчёркивают, что при благоприятных условиях производство линейки отечественных препаратов для лечения туберкулёза и ВИЧ-инфекции стартует уже в первом квартале 2017 г., а противоопухолевых – с 2018 г.

Елена САБЛИНА.

Иркутск.

В режиме реального времени

Информационная система, позволяющая врачу в режиме реального времени отслеживать состояние каждого больного по основным клиническим признакам, скоро заработает в ГКБ № 1 им. Н.И.Пирогова, её уже тестируют в ряде подразделений. Об этом рассказал главный врач Первой Градской больницы Алексей Свет.

«Информационная система в тестовом режиме работает в ряде наших подразделений, в частности в реанимации. В перспективе она будет работать во всех подразделениях. Врач сможет отслеживать состояние каждого больного по 5-6 основным клиническим индикаторам, которые отображаются на мониторах компьютеров, установленных и в самом отделении, и в кабинете главного врача. Причём эта система позволит нам видеть больного на всех этапах: реанимация, стационар, аптека и тому подобное», – сказал А. Свет.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Цены не только повышаются...

Одна из аптечных сетей вновь снизила цены на ряд лекарственных средств и препаратов. Вновь – потому что это уже четвёртое в нынешнем году снижение цен в этой фармацевтической структуре, аптеки и аптечные киоски которой есть во всех 32 сельских районах Прииртышья и 5 административных округах более чем миллионного Омска.

С июля были установлены цены ниже рыночных на лекарства, применяемые для лечения аллергических, желудочно-сердечно-сосудистых заболеваний. В их перечень вошло уже 100 наименований. С сентября подешевели витамины, противостудные средства и лекарства, улучшающие зрение. Причём до начала этой гуманитарной фармацевтической акции жители Омской области, имеющие федеральные и региональные льготы, а также инвалиды, родители и опекуны детей до 3 лет и многодетные семьи, в которых есть ребята дошкольного возраста, были обеспечены дисконтными картами, дающими право на приобретение медикаментов с 7% скидкой. Такие карты получили 95 тыс. человек.

Теперь же, с первого дня наступления последнего предзимнего месяца, в аптеках и торговых точках этой сети можно приобрести со скидкой и лекарства, которые необходимы для лечения заболеваний суставов.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

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

В центре внимания

Старт дан,
но до финиша ещё далеко

Так можно охарактеризовать обсуждение на правительственном уровне важных проблем охраны здоровья

На последнее заседание Правительственной комиссии по охране здоровья россиян, собравшее авторитетную аудиторию, включая руководителей регионов, проведённое кроме того в режиме видеоконференции, были вынесены два важнейших вопроса народосохранения: предупреждение распространения ВИЧ-инфекции и итоги Года борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Опасность жизни несёт и то и другое. Заболевания, которые вызываются вирусом иммунодефицита человека – это серьёзная проблема, с которой сталкиваются все страны без исключения. В нашей, по статистике, каждый год в среднем на 10% растёт число ВИЧ-инфицированных. Это прежде всего молодёжь и люди активного возраста. Ситуация особенно напряжённая в ряде регионов, через которые в том числе проходит международный наркотрафик (Урал и Сибирь). Но опаснейшая инфекция может поразить любого человека.

– ВИЧ – это не только медицинская, но и социальная проблема, которую необходимо решать в комплексе, – подчеркнул в своём вступительном слове на заседании председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев. – Здесь никто не может оставаться в стороне – ни ведомства, ни регионы, ни государственные структуры, ни неправительственные организации и общественные структуры.

Премьер предложил обсудить общие подходы, которые составят основу стратегии противодействия этой инфекции, как дальше работать, как достичь более значимых результатов. В этом году, кстати, исполняется 10 лет реализации Национального проекта «Здоровье». В нём впервые в российском здравоохранении профилактика, выявление и лечение ВИЧ-инфекции и сопутствующих ей вирусных гепатитов были выделены в отдельное направление, что позволило дать толчок этой работе и спасти многих людей.

Упор – на профилактику

В стране уже сложилась система профилактики и борьбы со СПИДом. Очевидным успехом является то, что более 98%, то есть практически все дети, которые рождаются у ВИЧ-инфицированных матерей, здоровы. Но, несмотря на все усилия, проблема остаётся очень острой. Речь идёт, в том числе, о перебоях в поставках лекарств и тест-систем, которые допускают некоторые регионы. Это ставит под угрозу жизнь не только больных ВИЧ-инфекцией, но и здоровых людей. Есть вопросы к тому, как информируется население об опасности инфекции, о профилактике, тем более что это один из важнейших факторов её предупреждения.

Правительство ставит задачу – снизить риск распространения вируса. Нужно сконцентрировать усилия, прежде всего, на уязвимых к инфекции группах людей, включая наркозависимых.

Сегодня прорабатывается вопрос о переходе на централизованную государственную закупку лекарств для лечения ВИЧ-инфекции, сопровождающих её туберкулёза, вирусных гепатитов, что позволит улучшить обеспечение ими пациентов.



Выступает В.Скворцова

К сожалению, человечество ещё не изобрело стопроцентной вакцины от ВИЧ, но есть лекарства, которые замедляют ход болезни.

– Надо активно вести собственные разработки для производства таких препаратов, и хотел бы, чтобы это стало одним из приоритетов нашей Федеральной целевой программы по развитию фармацевтической и медицинской промышленности, – подчеркнул Д.Медведев. – На мероприятия по лечению ВИЧ в следующем году запланированы значимые финансовые ресурсы.

Одновременно надо повышать общий уровень знаний людей по этой теме, делать упор на масштабную информационную работу с привлечением общественности, средств массовой информации, неправительственных организаций, особенно в среде старшекласников, молодёжи.

В сражении с ССЗ

Как известно, сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности, (второй вопрос на заседании) в нашей стране в том числе. Россия остаётся, к сожалению, одним из лидеров по данному показателю. Поэтому проведение года борьбы с ССЗ – не просто акция. Правительство ставит задачу не только привлечь внимание к проблеме, но и решать её, закрепить ту позитивную тенденцию, которая наметилась в стране с увеличением продолжительности жизни.

Кроме того, правительство исходит из того, что этот год создаст более эффективные механизмы, в том числе профилактические, а также информационные, которые можно развивать дальше и распространять их в регионах.

Важно, чтобы работа по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями не ограничивалась этим годом (год – это просто старт, толчок, привлечение внимания к теме), а стала постоянной, долгосрочной, начала давать необходимые результаты, подчеркнул Д.Медведев.

Эпидемия на пороге

В целом по стране в 2014 г. показатель распространённости ВИЧ-инфекции составил 335,3 на 100 тыс. населения, что, по опубликованным данным, в 1,5 раза превышает аналогичный показатель в странах Европейского союза.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, приводя эти данные, отметила, что в отчёте международной специализированной организации UNAIDS за 2012 г. представлена более высокая рас-

пространённость ВИЧ-инфекции в России, чем по данным Росстата. Поэтому необходимо создать единый федеральный регистр на всех ВИЧ-инфицированных. По мнению министра, это оптимизирует распределение всех возможностей (и диагностических, и лечебных) и, кроме того, стандартизирует всю статистику и позволит выходить на международные структуры с одними и теми же данными.

Что касается распространённости ВИЧ-инфекции, она имеет существенные различия по территориям. 22 субъекта РФ дают более 50% всех новых случаев. В них показатели распространённости ВИЧ-инфекции в 2-3 раза превышают среднероссийский уровень. Самые высокие уровни наблюдаются в Свердловской области (более 1000 случаев), Кемеровской области (899), Иркутской, Самарской Ульяновской, Ленинградской областях, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, Пермском крае.

Среди путей передачи инфекции в 2014 г., как и в предыдущие годы, преобладал парентеральный путь заражения – 57,3% случаев. В то же время на протяжении последних 10 лет наблюдается тенденция к увеличению доли полового (гетеросексуального) пути передачи, которая составила в 2014 г. уже 40,3%.

Это подчёркивает особенности эпидемиологии в нашей стране и показывает необходимость усиления внимания к отдельным социальным группам населения с высоким риском заражения.

В стандарты медицинской помощи лицам, употребляющим наркотики, в настоящее время входит обязательное тестирование на трансмиссивные инфекции, включая ВИЧ. Однако в 2014 г. в регионах было обследовано лишь 241,5 тыс. человек, употребляющих наркотики, при общем их количестве более 490 тыс. Таким образом, обследование не прошёл каждый второй. Росздравнадзору дано поручение об ужесточении контроля за проведением обязательного тестирования у наркопотребителей в регионах.

– Одним из важнейших направлений работы по предупреждению распространения ВИЧ-инфекции является информирование населения через проведение масштабных коммуникационных кампаний, – считает В.Скворцова. – До конца 2015 г. Минздрав завершит реализацию комплексного коммуникационного проекта, в рамках которого будут созданы и размещены программы и ролики на федеральном и региональном телевидении.

(Окончание на стр. 4.)

Официально

Санкции против российских спортсменов

Руководитель Федерального медико-биологического агентства Владимир Уйба считает ангажированными оценки комиссии Всемирного допингового агентства (ВАДА) о том, что в России манипуляциями с допинг-пробами легкоатлетов занимались чуть ли не на государственном уровне.

«Это абсолютно политически мотивированное заявление. Оно не имеет под собой никаких оснований, поскольку те допинг-пробы, которые делаются, сами же комиссары ВАДА у спортсменов забирают. При этом спортсмен не знает, когда приедет комиссар, —

заявил Владимир Уйба. — Ни о каком лишении наших спортсменов наград, в том числе олимпийских, или дисквалификации, равно как и тренеров, речи быть не может. Для того, чтобы это сделать, должно пройти огромное количество судебных разбирательств. Но я думаю, что до этого не дойдет. Поступит запрос в Минспорт России и будут даны соответствующие объяснения».

Комиссия ВАДА рекомендовала пожизненно отстранить 5 российских бегунов и 5 тренеров за нарушение антидопинговых правил и лишить лицензии Московскую антидопинговую лабораторию. «Руководитель московской лаборато-

рии Григорий Родченков допустил умышленное уничтожение 1417 проб, — говорится в докладе, выдержки из которого приводит CNN. Независимая комиссия Всемирного антидопингового агентства обвинила ФСБ России в сокрытии системного применения допинга в стране.

Комиссия пришла к выводу, что имело место «прямое запугивание и вмешательство» ФСБ в работу аккредитованной антидопинговой лаборатории в Москве.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Москва.

«Круглый стол»

Правовой ликбез

В программу обучения медицинских вузов необходимо включить основы законодательства, потому что отсутствие элементарных юридических знаний у врачей, особенно у молодых, приводит к судебным искам против клиник. Это и многое другое обсуждалось за «круглым столом» «Здравоохранение России: перспективы развития и возможные пути решения».

«За последнее десятилетие количество гражданских исков по поводу дефектов оказания медицинской помощи выросло как минимум в 10 раз. Это связано с несколькими причинами: с общим снижением качества оказываемых медицинских услуг, с выросшей доступностью

судебной защиты, а также популярностью темы врачебных ошибок, которая в том числе поддерживается СМИ», — заявила юрист, член одной из наиболее крупных адвокатских групп Ольга Зиновьева.

Примечательно, что в судах такие иски всё чаще заканчиваются победой пациента, а сумма компенсаций, которую пациентам удаётся взыскать с клиник, постоянно растёт.

Как отмечает О.Зиновьева, бюджет медицинских организаций страдает из-за некомпетентности врачей, в том числе при ведении документации. По словам адвоката, врачи не знают основ медицинского законодательства: «Медики должны учитывать, что их работа несёт высокий риск. И для пациента, и для

медицинской организации, которая может понести существенные убытки из-за некомпетентности сотрудников. Могут сказать по своему судебному опыту, молодые врачи сейчас представляют угрозу для собственного работодателя», — полагает она.

В медицинских вузах должны уделять большее внимание законодательным основам профессии, считает О.Зиновьева. Необходимо внедрять или расширять уже существующие программы юридического обучения. С этой идеей согласна и Алёна Рудник, доцент кафедры офтальмологии факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова: «Когда мы получали медицинское образование, нас учили так: заполняя медицинскую документацию, вы работаете на прокурора. Я не знаю, куда это ушло из медицинских вузов».

Ян РИЦКИЙ.
МИА Сити!

Дословно

Объёмы госпитализаций увеличат

Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай заявил, что в связи с появлением в СМИ информации о проблемах с получением бесплатной медицинской помощи в Городской клинической больнице № 3 Нижнего Новгорода министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой дано поручение Федеральному фонду обязательного медицинского страхования и Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения провести проверку по данному факту.

— Вместе с тем, необходимо отметить, что региональным Министерством здравоохранения уже принято решение об увеличе-

нии объёмов госпитализаций для данного учреждения ещё на 300 законченных случаев, — уточнил он. — В случае необходимости дан-

ные объёмы будут дополнительно скорректированы.

Больница продолжает работу в обычном режиме, в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.

Павел МАРИНИН.
МИА Сити!

Москва.

Острая тема

Общественная палата РФ (ОП) попросит Минздрав внести ясность в состояние психического здоровья российских школьников. А всё потому, что недавно главный психиатр министерства здравоохранения Зураб Кекелидзе заявил, что около 70-80% учащихся школ имеют психические расстройства и аномалии развития.

«На сегодняшний день среди дошкольников психические расстройства и аномалии развития — 60% от общего числа детей. Среди школьников расстройства и аномалии развития — 70-80% от общего числа учащихся, — заявил генеральный директор Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского З.Кекелидзе.

При этом, по его словам, у 40% учеников начальных классов

имеется «школьная дезадаптация» — нарушения приспособления ребёнка к школьным условиям, при которых наблюдается снижение способностей к обучению. По мнению главного психиатра Минздрава, школьные врачи должны изучать программы по психиатрическому образованию, быть в курсе особенностей развития детей и подростков. «Врачи школьные не должны заниматься тем, чтобы отправлять детей в психоневрологические диспансеры, а делать всё, чтобы дети туда не попадали», — считает З.Кекелидзе.

Как сообщили в пресс-службе ОП со ссылкой на председателя Комиссии по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни граждан РФ Владимира Слепака, палата попросит Минздрав разобраться с этой информацией.

«Сегодня же отправлю запрос министру здравоохранения Веронике Скворцовой с просьбой объяснить нам, каким образом получена данная статистика, и что делают наши детские врачи для того, чтобы маленькие граждане росли, извините, без психических расстройств и ано-

Назначения

В Приангарье — новый министр

Министром здравоохранения Иркутской области назначен Олег Ярошенко. Он пришёл на смену Николаю Корнилову, отставка которого состоялась накануне сентябрьских выборов губернатора региона.

Новый глава региона Сергей Левченко предпочёл видеть на месте министра здравоохранения человека, который имеет большой опыт не только клинической работы, но также административной и коммерческой деятельности. На сайте Минздрава Иркутской области об Олеге Ярошенко сказано следующее: окончил Харьковский государственный фармацевтический институт, военно-медицинский факультет при Томском медицинском институте; Воен-

но-медицинскую академию им. С.М.Кирова, Высшие академические курсы при Военной академии Генерального штаба ВС РФ.

С 1991 по 2009 г. служил в рядах Вооружённых сил России на офицерских должностях, завершил службу в звании полковника медицинской службы начальником отдела Главного военно-медицинского управления Минобороны России. С 2009 г. по настоящее время работал на руководящих должностях в Минздраве Иркутской области, ФМБА России, Госкорпорации «Ростех», Научном центре экспертизы средств медицинского применения Минздрава России.

Елена ЮРИНА.
МИА Сити!

Однако

Здравоохранение уличают в коррупции



Медицина вошла в число наиболее коррумпированных сфер жизнедеятельности — так считают 21% респондентов, участвовавших в опросе Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ). По коррумпированности медицина уступила лидерство только ГИБДД (32%), разделив «почётное» второе место вообще с полицией (21%).

Октябрьский опрос ВЦИОМ выяснил, что за последние несколько лет отношение к взяточничеству в здравоохранении у россиян только обострилось. Ещё в марте этого года самой коррумпированной сферой его называли 14%, в 2013 г. — 19%, в 2012-м — 17%, тогда как в ноябре 2006 г. — всего 10%.

За медициной, кстати, следуют судебная система (20%), сфера ЖКХ (19%), местные власти (17%), федеральная власть и правительство (9%). Заметим, что ещё в

марте этого года самой коррумпированной по результатам опроса оказалась власть на местах — так посчитали 34% опрошенных.

Тем не менее, согласно данным опроса, в 2015 г. индекс борьбы с коррупцией впервые за 10 лет показал положительное значение. Успехи Правительства в противодействии коррупции отмечают около половины респондентов — 48% (по сравнению с 30% в 2005 г.). Ранее аналогичную работу Минздрава РФ россияне оценили в целом положительно (46% опрошенных).

Однако, согласно исследованию ВЦИОМ, средняя сумма взяток врачам бюджетных медучреждений по итогам прошлого года увеличилась в 1,6 раза.

Опрос проводился 10-11 октября, участвовали 1600 человек в 132 населённых пунктах.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Когда ясность очень нужна Насколько нарушена психика у наших школьников?

малый развития», — передает пресс-служба слова В.Слепака.

По его мнению, данная статистика заставляет сомневаться в адекватности российского здравоохранения!

«Особенно удивили рекомендации главного психиатра о необходимости изучения школьными врачами программ по психиатрическому образованию, а также «быть в курсе особенностей развития детей и подростков». Хочется спросить, что мешает быть в курсе происходящего и выполнять добросовестно свои должност-

ные обязанности?» — сказал В.Слепак.

Председатель комиссии ОП полагает, что заявление главного психиатра руководство министерства должно подтвердить или опровергнуть. В.Слепак убеждён: такое заявление «дискредитирует отечественную систему здравоохранения и, в частности, ставит под сомнение выполнение государством конституционных гарантий, связанных с защитой семьи, материнства и детства».

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

(Окончание. Начало на стр. 2.)

Министерством здравоохранения РФ принято решение существенным образом усилить федеральный компонент коммуникационной кампании.

24 ноября состоится первый форум специалистов по вопросам профилактики и лечению ВИЧ/СПИДа, а в Международный день борьбы со СПИДом, 1 декабря, пройдет всероссийская акция «День тестирования», призванная обратить внимание граждан на необходимость регулярного прохождения теста на ВИЧ. В ней примут участие многие известные люди нашей страны.

Основой лечения ВИЧ является антиретровирусная терапия, которая обеспечивается преимущественно за счёт бюджетных средств. В 2013 г. экспертным сообществом были созданы национальные клинические рекомендации по терапии и профилактике ВИЧ-инфекции, гармонизированные с принятыми рекомендациями ВОЗ. А в 2014 г. был обновлён перечень жизненно важных лекарств, который включил 10 международных непатентованных наименований антиретровирусных препаратов, рекомендуемых ВОЗ для проведения базовых схем лечения. Восемь из десяти препаратов производится отечественными производителями, из которых четыре – со стадии очистки фармацевтической субстанции. Однако ни один препарат пока не производится по полному циклу.

Текущий уровень финансирования позволяет в 2015 г. обеспечить антиретровирусной терапией около 200 тыс. ВИЧ-инфицированных – это 23%. При дополнительном снижении цены на препараты, как считают в Минздраве России, удастся обеспечить максимальный охват лечением 25–30%. В этом случае будет развиваться сценарий генерализованной эпидемии ВИЧ/СПИДа, при котором к 2020 г. число больных возрастёт на 250%.

А это значит, что эпидемия выйдет из-под контроля. Риск заразиться ВИЧ-инфекцией для каждого россиянина существенно возрастёт, с учётом увеличения доли полового пути передачи. По рекомендациям ВОЗ, охват лечением ВИЧ-инфицированных должен быть не ниже 60–80% и приближаться к тотальному. Целевой показатель объединённой программы ООН составляет 90%. При охвате лечением 60% – дополнительно у 267 тыс. человек удастся обеспечить регресс заболеваемости к 2023 г., при 70% – к 2020 г., при 80% – в ближайшие 2–3 года. Таким образом, для кардинального изменения эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции необходимо увеличить охват лиц лечением на основе современных схем, в том числе с использованием отечественных препаратов, заключила В.Скворцова.

Весь комплекс приведённых приоритетных мероприятий учитывается в разрабатываемой государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ, которая должна быть завершена к ноябрю 2016 г. Д.Медведев предложил установить другой срок, максимально полгода, отсчитанный от дня заседания правительственной комиссии. За это время завершить её написание и представить результаты.

В.Скворцова показала в своём докладе и положение дел с профилактикой ССЗ. 5 марта распоряжением Правительства был утверждён план основных мероприятий по проведению Года борьбы с ССЗ, являющийся межведомственным. Большинство присутствующих на совещании являются его соисполнителями. В каждом субъекте РФ утверждены

согласованные с Минздравом подбные планы.

– Что касается второго раздела, то здесь проведено большое количество мероприятий и по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи, скорой помощи, специализированной помощи, – уточнила министр. – Достаточно сказать, что выстроена

Роспотребнадзора, это то, что в обществе присутствует упокоенность в части отношения к ВИЧ-инфекции. Если сравнивать с периодом начала нацпроекта (2007–2010 гг.), когда до 400 проектов одновременно в стране функционировало и, по экспертным оценкам, 25% населения было постоянно вовлечено в ин-

По мнению губернатора, это обеспечивает гораздо большую приверженность пациентов к лечению, а самое главное, участие в процессе контроля за течением заболевания. Известно, что к тому, за что ты хоть что-то заплатил, относишься гораздо более ответственно, чем к тому, что досталось бесплатно.

охвачено более 32 тыс. человек. По предварительным итогам, за 88 месяцев по сравнению с аналогичным периодом 2013 г. на пилотных территориях произошло снижение общей смертности в трудоспособном возрасте на 15%, в то время как в целом по области наблюдается снижение этого показателя лишь на 1,3%.

С точки зрения Кировского губернатора, только реализация данного проекта на территории всей Российской Федерации позволит снизить бремя ССЗ.

На заседании Правительственной комиссии по охране здоровья граждан также выступила Лилия Таишева, председатель консорциума социально ориентированных некоммерческих организаций, Республика Татарстан.

После заседания правительственной комиссии свою позицию по обсуждаемым проблемам министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова изложила на брифинге для журналистов:

– Начну со стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции. Председатель Правительства РФ дал поручение Минздраву ускорить её принятие. Приоритетные мероприятия нам необходимо запустить уже с 1 января 2016 г. Решение ускорить формирование стратегии борьбы с ВИЧ-инфекцией, СПИДом – это важнейшее решение. Оно потребовало детального финансово-экономического обоснования, поскольку мы планируем расширить охват (раннее выявление и тестирование на ВИЧ, СПИД) примерно на 3 млн исследований. Это очень немало, в этом году – 27 млн, на будущий год это должно быть примерно 30 млн обследований.

Кроме того, очень важно существенно повысить охват антиретровирусной терапией больных, ВИЧ-инфицированных. Министр планирует увеличить не менее чем в 3 раза охват ею, начиная с января 2016 г.

– Мы проработали все варианты возможного снижения цены путём импортозамещения, введения наших, отечественных препаратов высокого качества, соответственно, развития сейчас новых российских производителей по полному циклу антиретровирусных препаратов, – подчеркнула В.Скворцова. – Кроме того, рассматривается централизация закупок ВИЧ-препаратов на федеральном уровне.

По мнению экспертов, это позволит дополнительно сэкономить около 20% средств. Но даже с учётом этого требуются дополнительные ресурсы, и «мы очень благодарны Правительству и лично Дмитрию Анатольевичу, несмотря на известные сложности, он обещал найти возможность и расширить финансовое обеспечение лечения ВИЧ-инфицированных людей».

Журналистов интересовало, на какую сумму будет расширена программа?

На что Вероника Игоревна ответила: На 20 млрд.

Корреспондент «МГ» попросил оценить реализацию пилотного проекта в Кировской области.

В.Скворцова: Очень позитивно оцениваю. Это проект, который был запущен Министерством здравоохранения РФ вместе с Кировской областью, мы очень, так скажем, внимательно курировали его прохождение. Фантастической эффективности проект, который сейчас взят за основу для того, чтобы со следующего года его расширить уже на 15–16 регионов.

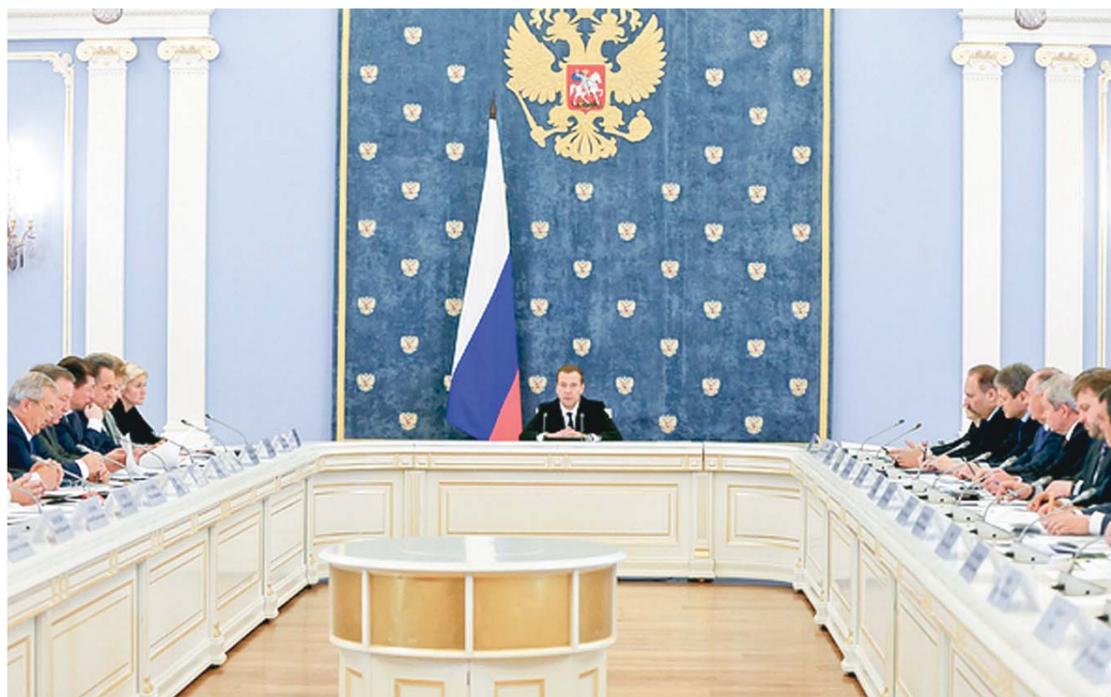
Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото с сайта
Правительства РФ.

В центре внимания

Старт дан, но до финиша ещё далеко



Идёт заседание

сеть сосудистых центров во всех регионах страны, их количество уже 502. Соответственно, активно внедрены новые технологические методы ведения ишемических поражений сердца и мозга, увеличен объём высокотехнологичной помощи в 3 раза (за последние 9 месяцев в 1,5 раза от результата 2014 г.). Соответственно, смертность от сосудистой патологии за 8 месяцев, которую мы имеем по текущему году, ниже показателя 2013 г. почти на 7% (6,7%) и по сравнению с прошлым годом 0,6%. План исполняется, и до конца года все остальные мероприятия также будут проведены.

Выступавшая затем руководитель Роспотребнадзора Анна Попова подчеркнула важность обсуждаемых тем, так как это демографическое завтра страны. Она остановилась на 2 аспектах. Первое – сохранение в популяции когорты необследованных и невыявленных носителей ВИЧ-инфекции и больных. Группы риска, которые должны обследоваться, определены нормативными документами, их количество увеличивается с 2006 г. Сегодня на ВИЧ тестируется 20 млн. Вместе с тем есть группы, до которых добраться очень трудно, и среди них выявляется максимальное количество заболеваний.

А.Попова привела такую статистику: из общего количества обследованных, а это 20% населения страны, только 0,9% составляют больные наркоманией, 1,3% – лица в местах лишения свободы и почти 3% – больные вензаболеваниями, то есть всего 5,1%, но обследование этих людей даёт более четверти новых случаев. Есть где приложить силы, и это даст возможность локализовать источники эпидемической опасности.

Другая проблема, на которой заострила внимание руководитель

формационный процесс, сегодня другая картина: их не более 50, этого явно недостаточно.

А что в региональном разрезе?

Евгений Савченко, губернатор Белгородской области:

– Наш регион относится к территориям с низким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией. Этот показатель ниже среднего по стране в 5 раз, а по степени поражённости в 6,4 раза.

Первый больной в области был зарегистрирован в 1992 г. По состоянию на 10 октября т.г. на учёте в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом состоит 1256 человек, что составляет 78% от числа выявленных. Практически половина из них сегодня получает лечение, остальные находятся на диспансерном наблюдении. Упор, подчеркнул губернатор, делается на профилактику и информирование населения.

Определённый опыт борьбы с ССЗ накоплен в Кировской области. Об этом говорил Никита Белых. Ежегодно от сердечно-сосудистых патологий только в Кировской области, достаточно небольшом по населению регионе, умирает более 10 тыс. человек, в том числе около 1,5 тыс. – в трудоспособном возрасте. Кроме того, ежегодно впервые признаются инвалидами более 3700 человек, в том числе почти 800 – в трудоспособном возрасте.

Исходя из этого, с 2013 г. в Кировской области реализуется пилотный проект по лекарственному обеспечению пациентов с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, в рамках которого пациенты получают лекарственные препараты за 10% от стоимости.

Начался этот пилотный проект (понятно, что он финансируется только за счёт средств бюджета, нет возможности финансировать его за счёт средств ФОМС) всего с двух муниципалитетов, наиболее его реализации здесь получили колоссальный эффект. Снизилась потребность в вызовах скорой помощи и в стационарном лечении по поводу данных заболеваний на 25%, первичный выход на инвалидность сократился на 22%, общая смертность снизилась в данных муниципалитетах на 11%, а от болезней системы кровообращения – на 21%.

К концу 2014 г. мероприятиями проекта было охвачено 10 муниципальных образований Кировской области с общей численностью 280 тыс. человек, что составляет около 20% населения территории. Необходимое лечение получили более 30 тыс. человек. В результате реализации проекта в 2014 г. достигнуто уменьшение числа случаев временной нетрудоспособности по причине болезней системы кровообращения (БСК) на 15%, уменьшение показателей первичного выхода на инвалидность – на 30% по сравнению с предыдущим годом, а также снижение потребности в скорой и стационарной медицинской помощи.

Немного об экономике. При затратах областного бюджета 31,5 млн руб. (около 1100 руб. на одного пациента в год) за счёт только сокращения количества случаев госпитализации, вызовов скорой помощи, снижения выплат по листам нетрудоспособности и инвалидности получен прямой экономический эффект в 50 млн руб.

Н.Белых обратил внимание, что в 2015 г. мероприятиями проекта

Ассамблея прошла с большим успехом, и это отметили все без исключения представители национальных врачебных организаций. Более того, московскую ассамблею многие называют одной из самых ярких и запоминающихся за всю историю ВМА. Принято 16 новых документов, 12 документов поддержаны и направлены в рабочие группы, причём 6 из них были представлены Россией. Среди них такие, как проект Декларации ВМА о приоритете жизни и здоровья человека при разрешении территориальных споров и международных конфликтов, проект Декларации ВМА о приоритетном оказании медицинской помощи детям в зонах вооружённых конфликтов и многие другие.

«МГ» присоединяется к многочисленным поздравлениям с успешным проведением 66-й Генеральной ассамблеи ВМА в Москве, поступившим в адрес принимающей стороны – Общероссийской общественной организации «Российское медицинское общество» (РМО) – члена ВМА с 2002 г., и попросила рассказать его генерального секретаря кандидата медицинских наук Леонида Михайлова о прошедшей ассамблее.

– Что было сложнее: выиграть ассамблею или её провести?

– Выиграть ассамблею, безусловно, значительно сложнее, и то, что в очень острой конкурентной борьбе в 2012 г. в Таиланде наша страна получила право на её проведение в Москве в 2015 г. – свидетельство отношения в ВМА к РМО и России в целом. Знаете, когда решается вопрос «быть или не быть» генеральной ассамблее ВМА в твоей стране, да ещё при процедуре тайного голосования и наличии сильных конкурентов, напряжение очень велико, не говоря уже о той огромной работе, которую необходимо совершать, причём без ошибок, как перед конкурсом, так и во время него. Это как гонки на болидах – одно неверное движение и уже вне игры. Нам очень хотелось выиграть именно 2015 г., прежде всего, потому, что это год 70-летия Победы в Великой Отечественной войне, 135 лет создания Российского медицинского общества в России, а также год 70-летия ООН. И это удалось, несмотря на то, что наши соперники на Генеральной ассамблее ВМА в Таиланде были очень сильны. Так, например, Аргентина в течение 5 лет подавала заявку и не выигрывала конкурс, а ведь на той ассамблее президентом ВМА был очень авторитетный профессор д-р Хосе Аморал из Бразилии, который, конечно же, оказывал Аргентине всемерную поддержку. Не менее трудным соперником был Тайвань, которому ещё до начала ассамблеи в Таиланде, удалось склонить на свою сторону многие страны. Выиграть Генеральную ассамблею ВМА – это большой труд и большой успех, однако в нашей стране, к сожалению, это мало кто понимает, а провести ассамблею дома, дело, конечно, хлопотное, но всё же не такое рискованное.

– Однако трудности были?

– Это скорее форс-мажор. Центробанк РФ 10 августа 2015 г., то есть за 2 месяца до начала Генеральной ассамблеи в Москве отозвал лицензию у Пробизнесбанка, где у РМО были открыты счета. В результате, РМО потеряла все денежные средства, собранные на её проведение и в буквальном смысле осталось «без копейки». Все обращения в Центробанк РФ результата не дали. Знаете, у нас много говорят об имидже России, однако в жизни, увы, для госчиновников это оказывается далеко не самый весомый аргумент, впрочем, как и защита тех, кто в результате плохой работы надзорных финансовых служб лишается имущества. Вместе с тем, отменить ассамблею за 2 месяца до её начала было невозможно, поэтому пришлось приложить максимум усилий, чтобы банкротство банка и потеря РМО денежных средств на ходе проведения 66-й Генеральной ассамблеи не отразились.

– А кто помог РМО в подготовке проведения Генассамблеи?

– Без поддержки МИД РФ проведение 66-й Генеральной ассамблеи ВМА в России вряд ли было бы возможно. По количеству стран – участников, эта ассамблея была одной из самых представи-

– Действительно, большинство иностранных гостей были в России впервые. Да собственно вся Генеральная ассамблея ВМА состоит из иностранных делегаций национальных врачебных организаций. Согласно регламенту, делегация РМО не может превышать 10 человек, хотя ВМА любезно не ограничила в присутствии других врачей в статусе наблюдателей на церемонии открытия и в качестве участников на научной сессии Генассамблеи. Это позволило большому числу российских врачей познакомиться с работой Всемирного врачебного парла-

экономикой. Это подтвердила в своём выступлении на церемонии открытия Генеральной ассамблеи заместитель министра Татьяна Яковлева, указав, что основой идеологии Минздрава является общественно-государственное управление здравоохранением.

Поскольку концептуальные основы ВМА и здравоохранения в России принципиально отличаются, в обмене опытом сделан лишь небольшой первый, но полезный шаг. Однако, Минздрав приветствовал проведение в России 66-й Генеральной ассамблеи ВМА, что было позитивно оценено участ-

можно слышать, что у нас, мол, это «проблема менталитета». Но, конечно, дело в другом: система общественно-государственного управления – это советская система, не приспособленная к условиям рынка в экономике и гражданским правовым отношениям в обществе. Вместе с тем, для создания новой системы не требуется разрушение старой, поскольку она создаётся на свободном правовом поле и только по мере её готовности полномочия из старой системы можно передавать в новую. Как это осуществить, хорошо знают российские специ-

Итоги и прогнозы

Прыжок в будущее

66-ая Генеральная ассамблея Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) состоялась в Москве



тельных среди других международных встреч. Следующая ассамблея ВМА может состояться в России лет через 25–30, не раньше, и тем, что она прошла в Москве, мы обязаны взаимодействию с МИД РФ, причём со всеми его структурами. Блестящая работа консульского департамента была очень высоко оценена всеми без исключения участниками ассамблеи. Это особое чувство гордости за страну, когда каждый участник ассамблеи счёл для себя важным подойти и поблагодарить за приоритет при получении визы в Россию, а ведь за всем этим стояло первоклассная дипломатическая работа консульских служб.

Конечно же, слова искренней благодарности президенту РАН, академику РАН Владимиру Фортову, главе Федеральной антимонопольной службы РФ Игорю Артемьеву, председателю Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ Сергею Калашникову, благодаря попечению которых были созданы условия для успешного проведения в России 66-й Генеральной ассамблеи ВМА в Москве.

Не могу не сказать также о высокому профессионализму руководства и сотрудников Центра международной торговли, обеспечившим проведение этого международного мероприятия на самом высоком уровне. И, конечно, самые добрые слова благодарности Министерству культуры РФ, руководителям Большого Кремлёвского дворца, Большого театра России, храма Христа Спасителя, директорам наших замечательных музеев: Кремля, Третьяковской галереи, Музея изобразительных искусств им. А.С.Пушкина, Исторического музея, организовавшим для участников ассамблеи великолепные экскурсии, позволившие им ближе соприкоснуться с нашей страной, её историей, культурой, традициями и духовными ценностями.

– На ассамблее было большое число иностранных делегатов?

Формат рассмотрения вопросов на Генеральной ассамблее ВМА очень отличается от формы проведения собраний врачей в России, что, конечно, произвело на них большое впечатление. «Мы подышали чистым воздухом профессиональной свободы и профессиональной ответственности» – уходя, говорили врачи.

– Как к проведению Генеральной ассамблеи ВМА отнёсся Минздрав?

– Мы исходили из того, что для Минздрава будет интересно и важно познакомиться поближе с ВМА, тем более, что заместитель министра Дмитрий Костеников в своём письме в РМО написал, что Генеральная ассамблея ВМА, – это хорошая возможность для обмена опытом, а такие вопросы, включённые в программу Генассамблеи, как медицинское образование, а так же проблема изменения климата и его влияние на здоровье человека, о которой так много и обеспокоено говорили на 70-й Генеральной Ассамблее ООН лидеры большинства государств, безусловно, представляют интерес для российской научной и врачебной аудитории.

Основой ВМА является принцип профессиональной автономии врачей, который реализован в системах здравоохранения всех без исключения экономически развитых стран мира. Так, члены британской делегации, приглашённые на встречу в Минздрав, особо обратили внимание на важность принципа профессиональной автономии врачей как главного условия реализации права человека на здоровье». В их концепции, это профессиональное право врачей, а следовательно, и право пациентов, и нарушать его государство не имеет права. После революции государственное устройство нашей страны изменилось кардинально, в том числе и в здравоохранении, система организации которой стала принципиально отличаться от аналогичных систем в капиталистических странах с рыночной

никами ассамблеи. В процессе работы ВМА нередко возникают прямо противоположные мнения по тем или иным вопросам. Так, например, в Бразилии РМО голосовало против одной из деклараций, предложенной Францией, но это никак не влияет на отношения между двумя организациями, в ВМА всегда уважительно относились к иному мнению.

– В отличие от стран членов ВМА в России врач не субъект права в системе здравоохранения. Что нужно, чтобы создать в её структуре национальную врачебную организацию?

– Действительно, из «несубъектов» права, создать национальную врачебную организацию в структуре системы здравоохранения невозможно. Дело в том, что цели, задачи, принципы, функции, система принятых решений, права и обязанности, полномочия и ответственность в системе общественно-государственного управления у врачей, не являющихся субъектом права, будут другие, чем у врачей, являющихся субъектами права. Это две совершенно не похожие друг на друга системы! Чтобы избежать «реакции отторжения трансплантата» прежде необходимо политическое решение об апробировании на некоем «опытном» участке иной системы здравоохранения в стране, например в частной системе здравоохранения. Тогда можно будет оценить все плюсы и минусы обеих систем в реальных исторических, экономических и социокультурных условиях!

Для создания национальной врачебной организации в современной России должны существовать необходимые и достаточные условия. Необходимым условием является решение по этому вопросу министра здравоохранения РФ. Достаточным – наличие в России специалистов, которые знают, как это сделать.

В действующей российской системе здравоохранения, врачи, в правовом отношении, нечто вроде аутсорсинга – подчинённые, выполняющие приказы, при этом право на медицинскую деятельность вместо предоставления его врачам, получают медицинские организации. В экономически развитых странах мира врачи свою профессиональную деятельность не осуществляют по приказу Минздрава, а медицинские учреждения проходят аккредитацию в национальных врачебных организациях. Там утверждают, что иное – это «признак профессиональной незрелости, неспособности врачебного сообщества к самоорганизации и самостоятельному управлению своей профессией. Часто за рубежом

алисты, прошедшие школу ВМА.

– Что даст системе здравоохранения создание национальной врачебной организации?

– Конкурентоспособность российской системы здравоохранения на мировом рынке, именно системы, ибо многие наши врачи как специалисты хорошо известны в мире, их даже приглашают для работы в другие страны. Речь идёт о системе в целом. Создание внутри отрасли бизнес-среды и здоровой, именно здоровой, конкурентной среды, без которых невозможно развитие. Инвестиционную привлекательность отрасли и ликвидацию теневого оборота денежных средств в её экономике и при оказании медицинской помощи населению. Высокий уровень медицинского образования рядовых врачей. Разделение ответственности за здоровье населения между врачами и государством, создание условий для постепенного смещения акцента в системе здравоохранения с оказания различных форм медицинской помощи на формирование системы персонального здравоохранения и социального детерминированного здоровья, о чём так убедительно говорил в своей инаугурационной речи президент ВМА профессор сэра Майкл Мармонт.

– Будет ли результат от проведённой ассамблеи ВМА и не напрасен ли столь гигантский труд длиной в 20 лет без какой-либо поддержки?

– Будет, обязательно, не сразу, но к московской ассамблее ВМА будут возвращаться, будущие руководители отрасли будут всматриваться в неё и анализировать. Главное, что теперь Россия и ВМА связаны между собой. ВМА – это большой поезд, который сделал остановку в России и то, что Россия пока ещё не его полноправный пассажир, это не страшно, главное в нём есть место для России. Возможно, сегодня это не будет осознано и сразу оценено, но нет сомнений в том, что будущее поколения врачей и руководителей здравоохранения страны будут нам благодарны за возможность России быть членом ВМА и достойно представлять нашу страну в этой самой авторитетной международной организации врачей. Ассамблея в Москве прошла успешно, и это хороший задел на будущее. Уверен, пройдёт совсем немного времени и Россия станет одним из лидеров ВМА, это нужно и важно для самой России, а учитывая её миссию в мире, этого от России ждут ещё многие страны и их врачи.

Беседу вёл
Давид НАНЕИШВИЛИ,
корр. «МГ».

В Москве подведены итоги Всероссийского конкурса «Лучший врач» – 2015, о чём «МГ» уже рассказывала (см. № 80 за 23 октября с.г.). Когда врач находится на сцене и ему вручают высокую награду, говорить о волнующих его проблемах, о наболевшем и неудобно и неприятно. Но вот когда после праздника победители собираются на нашей традиционной встрече в «Медицинской газете» за «круглым столом», они откровенно говорят не только о радостях своей работы, но и трудностях, нерешённых проблемах, потому что это их волнует.

Очередная встреча журналистов «МГ» с врачами – победителями – 2015 состоялась в Центральном Доме журналиста на Никитском бульваре. Сегодня искренний разговор мы выносим на страницы газеты.

Самая приятная новость

Никто из коллектива «Медицинской газеты» на этой встрече не предполагал, наверное, что очень приятный подарок нам сделает лучший врач скорой помощи, кардиолог специализированной кардиологической бригады Красноярской станции СМП Надежда Горбунова, которая начала свою речь так:

– В этом году, когда отмечена так высоко моя работа, мне особенно приятно встретиться с коллективом «МГ», поскольку исполняется 40 лет, как я выпускаю «Медицинскую газету» (бурные аплодисменты). Ещё я окончила факультет журналистики, имею второе – юридическое образование...

Надежда Петровна отметила далее, что далеко не каждый врач может работать на «скорой», поскольку надо владеть несколькими специальностями, иметь фундаментальные знания. При этом врач часенко работает в одиночку, помощи рядом нет. Трудности в работе связаны также с принятыми медико-фармацевтическими стандартами, по которым оценивается работа бригад «скорой», и теми штрафными санкциями, которые накладываются страховыми компаниями. К сожалению, уложиться только в стандарт помощи сложно, поскольку нередко у больного, которого доктор видит впервые, несколько заболеваний.

– Не продумана новая система оплаты труда, – считает доктор, – где гарантированы стимулирующие выплаты, налицо нерациональное распределение этой части зарплаты. Видимо, надо как-то изменить её... Что касается криминогенности в отношении «скорой», у нас обстановка такая же, как во всей стране, нападения на вызовах бывают, а поскольку на них едут и фельдшера – молодые девушки, то работать им непросто. Удивляет, что даже после суда хулиганы получают условные сроки, должны быть законы, по которым их пора привлекать к строгой ответственности. Нередко говорят о средствах защиты для нас, но они могут быть у доктора отобраны и применены против него. В нашем городе есть опыт, когда в поликлиниках до 6 часов работают фельдшера, но, увы, оказать какую-то специализированную скорую помощь они не могут, потому что сумки у них недоукомплектованы, да и зарплаты не те, они вызывают себе на помощь «03», а у нас своих вызовов очень много, все нормативы превышаются...

Когда «борцам» до всего есть дело

Всё же наши врачи очень организованные и ответственные люди. На встречу все пришли к точно назначенному времени и откровенно, не скрывая, что у них на душе, делились волнующими их «симптомами».

Лучший кардиолог – 2015 Раиса Мерясева, заведующая отделением Нижнекамской ЦРБ из Республики Татарстан,

События

О чём у доктора душа болит

О том он откровенно говорит журналистам своей «Медицинской газеты»



заслуженный врач РФ начала рассказ о том, что ближе всего её сердцу:

– Когда мы переводим наших пациентов с оригинальных препаратов на наши отечественные, к сожалению, гипотензивный эффект в два раза меньше. Естественно, я патриот России, но все присутствующие здесь знают и представляют, что если мы своевременно не нормализуем у пациента давление, то за этим могут последовать и инсульты и инфаркты. Не знаю, как другие мои коллеги, но я откровенно говорю своим пациентам, что у них есть родственники, друзья, что они не безродные и пусть все им ко дню рождения, на праздник дарят не материальные подарки, а хорошие, оригинальные, эффективные препараты.

Почётный гражданин города, она признаётся, что это не только высокая честь. Будучи на виду, доктор не может подвести своих горожан, оказавших ей такое доверие. В Нижнекамске есть экологическая напряжённость, его химический комплекс – один из самых крупных в Европе, и благодаря такому неравнодушным, как она, в последние 5 лет большие финансовые вливания помогли решить экологические проблемы, осуществить строительство и реконструкцию очистных сооружений, что улучшило ситуацию, хотя, по её признанию,

предстоит здесь ещё много поработать. Называя себя «бесшумным борцом», она продолжает биться за то, чтобы в дальнейшем эта важная для здоровья земляков проблема, решалась, и во имя этого она будет действовать, «набивать себе шишки».

– Вспоминаю начальный этап своей работы, – немного пере-

модернизации здравоохранения, капитально отремонтированы фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, но материально-техническая база ЦРБ низкая, здания были построены ещё в прошлом веке и не соответствуют новым санитарно-гигиеническим требованиям. Кроме того, новое оборудование, медтехника быстро устаревают

когда нужно оказать помощь или привить детей, что придётся добираться через бурную горную речку, знаешь, что кто-то поможет и моим родным. Сегодня повсюду закрываются ФАПы, но нам они нужны, у нас без них никак нельзя.

Не просто живём, – развиваемся

Казалось бы, ну какие особые трудности у такого благополучного края, как Краснодарский. И всё же наши дотошные доктора не успокаиваются. Олег Цымбалов – лучший стоматолог страны, заведующий отделением краевого клинического стоматологического центра, считает, что у них неплохое здравоохранение, а благодаря активности Министерства здравоохранения края отрасль не только живёт, но и развивается...

– Я представляю по российским меркам показательное учреждение, мы имеем то, что недоступно пока многим – возможность работать на современном оборудовании, использовать новую технику, технологии, не уступающие мировым. Но я согласен с коллегами, что наши препараты во многом уступают импортным, а импортные не входят в перечень ФОМС, поэтому применять их мы не можем. Да, 10-12% этих лекарств используются, но это же мало... У нас, как и везде, появились платные формы лечения, что помогает пациенту выйти всегда из затруднительного положения.

Врач обратил особое внимание на то, что сегодня, согласно плану оптимизации, сокращаются стоматологические ЦРБ, и считает, что следует пересмотреть этот вопрос и не так резко его решать. Внедрение новых нормативов приёма пациентов не реально, хотя организаторы сверху утверждают, что они возможны, так как сегодня широко внедряются энергоёмкие методы лечения. Да, внедряются, но не часто используются на приёме – лишь на 5-20%. Врач вспомнил старый анекдот о том, «можно ли в день надоесть 5 л молока – можно, а 15 – тоже, только тогда в нём останется одна вода». Стоматолог – человек, физическое лицо, но как он может за 6 часов рабочего времени сделать всё своими руками – посмотреть пациента, поставить пломбу, а ещё уделить внимание пришедшему на приём сложному больному, как успеть в ходе рабочего дня обслужить всех и ещё заполнить истории болезней, амбулаторные карты. Сегодня многих врачей раздражают страховые компании, которые раз в 3 месяца проверяют работу стоматологов, по сути получается, что практически ежемесячно проверяется от 100 до 300 карточек. Что ж, наболело у врача, и организаторам здравоохранения есть над чем подумать.

Будем беречь малую Родину!

К этому призывает Ильясова Тагирова – лучший сельский врач, заведующая отделением Нурлатской участковой больницы Республики Татарстан. Много исколесила она мест за свою врачебную службу, а недавно вернулась в родное село. Трудолюбия у неё не отнять. Освоила специальность и педиатра, и офтальмолога, и ларинголога, и врача общей практики. В общем, доктор-мастер на все руки.

дохнув говорит она. – Мои пациенты оказались катастрофически неграмотными, я стала добиваться, чтобы в доме у каждого были тонометры, необходимые лекарства, и постепенно ситуация стала меняться. Сейчас люди приобретают глюкометры, следят за уровнем сахара, артериального давления. 2015 г. в стране объявлен годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, наше население стало гораздо активнее относиться к здоровому образу жизни, я вижу сейчас гуляющих в парках наших пациентов, молодых, особенно предпринимателей, которые уже в 30 лет приходят на медосмотры, диспансеризацию, радуюсь, что положительные сдвиги есть, что население заботится о сохранении и укреплении своего здоровья.

Страдаем за народ...

У Ларисы Шарастепановой, лучшего врача общей практики Окинской ЦРБ из Республики Бурятия, район самый отдалённый, но люди знают, что в амбулатории, в которой она работает уже 23 года, им всегда помогут, дадут полезный совет.

С тех пор, как у нас заработала программа «Земский доктор», – сказала она, – в районе появились молодые врачи, но сменяемость их пока большая. Серьёзная работа проведена по

особенно сейчас, когда прогресс наступает и обновлять его бывает тяжело.

Лариса Владимировна с грустью признаётся, что, когда финансирование осуществляла местная администрация, всё было в порядке, медикам выделяли необходимые средства, а вот 2 года назад передали его Минздраву и положение изменилось в худшую сторону. Душа болит за здоровье своего населения, сетует она, и это проблема не только нашей Бурятии, а всего населения России.

– Меня волнует проблема алкоголизации населения, – продолжила она своё выступление, – пьют достаточно много, это социальная проблема, и плохо, что по телевидению, в кино постоянно показывают сцены распятия алкоголя, этот стереотип закладывается в подсознание с раннего возраста. Эта проблема должна стать государственной, государство должно заботиться, чтобы искоренять это зло. Показатели смертности на моём участке низкие, но часто смерть связана именно с употреблением алкоголя. Мой народ – это же дети природы, мы достаточно далеки от цивилизации, хотя она сказывается на населении, мои земляки доверчивы, не злобны, готовы прийти на помощь, потому что на участке моём в 110 километров не думаешь,

– Помогает мне то, что я всё время что-то требую у начальства, – призналась Ильсояр, – ведь больница обслуживает целый район, а это несколько населённых пунктов и 10 тыс. населения. Трудностей хватает, есть города, куда добираться паромом через Волгу, каждые 5 дней должны получать детское питание, привозить его. Сказать, что на селе дела обстоят плохо, язык не поворачивается. Наш президент Рустам Минниханов уделяет селу особое внимание: начали выделять деньги, проводить ремонт фельдшерско-акушерских пунктов. Выделили 4 модульных ФАПов, затем ещё 6, всё отремонтировано. Зарплаты для села неплохие, нам доплачивают 25%, врач получает в среднем до 40 тыс. руб., правда, мы работаем и в субботу, для населения это очень удобно. Волнует, что программа «Земский доктор» у нас не работает, не едут к нам молодые доктора, с этим надо что-то делать, куда деваются после окончания вуза те, кто попал туда по целевому принципу, считаю, здесь нужен строгий контроль, строгое правило – отработать 3 года после института на селе, раньше многие после этого оставались там, а сейчас у нас работают одни пенсионеры...

С думой о пациенте

Ольга Николаенко – лучший участковый терапевт, трудится участковым врачом в госпитале для ветеранов войн в Казани. – Честно признаюсь, о проблемах здравоохранения задуматься времени не хватает, такая у нас большая нагрузка, – рассказывает она. В последнее время появляется много новых программ – диспансеризация, компьютеризация, мы перешли на работу в электронном варианте. Всё это сложно, но главным для врача остаются пациенты, к которым лично у меня есть претензии. Почему они сами не думают о своём здоровье, приходят к врачу и считают, что врач за 10-15 минут решит все их проблемы? Нередко задаюсь вопросом, зачем у нас план в медицине, мне он мешает, если бы его не было, можно было бы по другому спланировать своё рабочее время, например, выделить его для профилактической работы, больше заниматься больным, диспансеризацией, по которой сейчас есть очень интересные программы, они позволяют нам выявить серьёзные заболевания на ранних стадиях, это эффективная мера, но, к сожалению, план мешает заниматься тем, что считаешь нужным. Кроме того, хотелось, чтобы у врача было хотя бы 1,5 медсестры, поскольку с той нагрузкой, которая у нас есть, одной медсестре трудно справиться, а если бы одна занималась документацией, другая процедурной работой, смотришь – врачу было бы легче.

О.Николаенко поддержала коллег в том, что остро стоит проблема молодых специалистов, хотелось, чтобы они приходили и в участковую службу, опытные врачи бы их обучили, передали свой опыт и знания, а сегодня приходится удерживать пенсионеров, которых нельзя отпустить, так как работать некому. Поддержала она и тех выступающих, которые считают, что молодые врачи должны после окончания вуза отработать по направлению 3 года, это как минимум, и считает, что надо шире использовать опыт Подмошкова, где за молодым врачом, отработавшим в реги-

оне 10 лет, закрепляется жильё. Надо решать, считает врач, и вопрос о времени приёма одного пациента – каждый больной индивидуален и тратишь на него столько времени, сколько требует его состояние.

Маловесное дитя – это тоже человек

Оказывается, среди врачей «многостаночников» немало. Вот и Арсентий Грешилов – лучший неонатолог, заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорождённых клинического роддома № 4 Уфы в Республике Башкортостан, кроме того владеет специальностями анестезиолога, невролога, специалиста по ультразвуковой диагностике. Добавить остаётся только, что он кандидат медицинских наук, заслуженный врач республики.

– У нашего роддома статус центра, – объясняет он, – в год принимаем более 7 тыс. родов, в отделении реанимации 27 реанимационных боксов. В общем, все тяжёлые пациентки – наши. И все «варежки» – маловесные малыши – тоже наши. Мы неплохо оснащены, у нас большой поток больных, напряжённая работа, и мне трудно представить, как бы мы обходились, если бы не программа модернизации, начавшаяся в 2011 г. Это тот редкий случай в моей профессиональной деятельности, когда мы можем реально повлиять на то, что получили оборудование, которое необходимо для практической работы. Нам пора уже проводить вторую модернизацию, поскольку оборудование работает у нас 7 дней в неделю уже 5-й год. Мне даже удивительно слышать, что где-то простаивает дорогостоящая техника. У нас такого нет.

И всё же он коснулся непростых проблем. Например, дефицита кадров в неонатологии, правда, в его подразделении создан стабильный коллектив, единая команда, что очень важно. Но даже здесь есть проблемы со средним медперсоналом, зарплаты ниже среднего – у медсестры – 20-25 тыс. руб., у врача не намного больше – 30-40 тыс. С нетерпением ждут открытие Республиканского перинатального центра, что поможет разгрузить их, потому что 900 родов в месяц – нагрузка непосильная.

Как настоящий доктор и ответственный человек, Арсентий Арсентьевич не скрывает, что здесь, как и везде, не достигли, к сожалению, показателя – 80% выписки детей из перинатального центра, «золотой час» – высокая планка, но они к ней стремятся.

Плюс военная служба

Эта служба стала понятней, когда лучший военный врач страны Александр Шабалин, – ведущий хирург Главного военного клинического госпиталя внутренних войск МВД России, доктор медицинских наук рассказал о своей работе.

– Мы ежедневно лечим военнослужащих как срочной службы, так и офицерский состав, ведомственных пенсионеров и членов их семей. С другой стороны основная наша задача – лечение раненых, получивших травмы во время исполнения служебно-боевых задач. Военным хирургам приходится не только спасать раненых. Воспитание врача – процесс длительный, а специфического – военного ещё сложнее, здесь есть свои особенности. У нас преобладают огневые ранения, поэтому основная ра-

бота – на передовых, у нас там развёрнуты стационары. Мои коллеги из главного госпиталя находятся там постоянно. Это люди, которые имеют большой опыт оказания помощи, они обучают нашему искусству коллег на месте, передают свой опыт медперсоналу, что позволяет улучшить их работу. Наша работа связана с постоянными командировками, во время контртеррористических операций мы находимся там постоянно. Военные врачи отличаются и другим – у них нет проблем с кадрами, врач, который выпускается в наших учреждениях, сразу назначается в войсковое звено, в госпиталь попадают

рыстные цели, чтобы получить средства на лечение своего больного ребёнка, которого вылечить невозможно. Увы, в газете при этом никогда не будет комментария специалиста, который даст грамотную и объективную оценку этой ситуации. Ругать врача легко, он никак не защищён, да у нас не хватает и времени говорить о себе, о том, какие мы замечательные. Мы делаем своё дело и делаем его хорошо, я была даже поражена, когда узнала, что мне присудили высшее – первое место во Всероссийском конкурсе «Лучший врач», я – обычный доктор, каким должен быть каждый из нас. Как быть с прессой? Моё

в 120 тыс. руб., предлагается долечивание в областных наркологических реабилитационных центрах, бюджет выделяет для этого 60 тыс. и далеко не все хотят эти возможности использовать.

В нашей стране идёт массовая алкоголизация населения, считает Наталья Фёдоровна, особенно молодого, сегодня предлагается возраст, с которого можно употреблять алкоголь – 21 год. Ширится токсикомания среди детей. Оказалось, что достаточный процент их уже имеют суицидальные наклонности и нервную напряжённость, неуравновешенность, а это все показатели, которые в стрессовой ситуации могут привести к наркотизации, алкоголизации.

Общаться и общаться...

Патологоанатом из Самарской городской клинической больницы им. Н.И.Пирогова Татьяна Ларина 7 лет заведует отделением.

– Проблемы у нас такие же, как во всей нашей медицине – неукомплектованность кадров, финансирование по остаточному принципу, – считает она. – Да, наша работа связана с моргом, но основная-то для нас – диагностика. Почему-то даже у врачей наша работа всегда считается занятием «второго плана». «Да что вам там надо, – часто слышим от коллег, – стол и скальпель». Можно, конечно, и так подойти к этому вопросу, но хочется хирургам, как и педиатрам, иметь современное оборудование, дорогие реактивы. Прежде всего многие подчас забывают, что наша работа, как никакая врачебная, просто опасна. Я медик в третьем поколении, бабушка была эпидемиологом, мама – инфекционист, я патологоанатом, а 15-летняя дочь мечтает стать эндокринологом и заниматься проблемой ожирения. Я часто вспоминаю слова Антона Чехова, что профессия врача – подвиг, и не каждый способен на него. Иногда становится страшно, но вспомнишь эти слова и думаешь, но вот уже 25 лет ежедневно «совершаешь подвиг», ну и продолжай...

В Самаре был случай нападения на патологоанатома, пациентке показалось, что она якобы неправильно поставил ей диагноз, и на него «был заказ» – сломали руку, но нашим пациентам пора знать, что, как в любой профессии, и в нашей, существуют официальные нормы, правила. Даже часто слышим от тех же врачей, «главный врач – я на него плюю, а вот патологоанатом – он и под прокурора подвести может», что за перевёрнутое сознание.

Т.Ларина подчеркивает, что главная сложность в ее работе – общение с родственниками. Эта проблема – общая для всех без исключения клиницистов, сегодня они мало общаются с пациентом. Именно поэтому доверие к ним снижается.

Беседа с пациентами должна быть спокойной, так же как и с родственниками. Да, на это уходит много сил и времени, однако для нашей специальности это необходимо. Всем своим коллегам я желаю выдержки, самообладания.

Материал подготовили
Валентина ЗАЙЦЕВА,
редактор отдела
здравоохранения «МГ»,
член Центральной комиссии
конкурса «Лучший врач».

Александр ХУДАСОВ
и Юрий ЛУНЬКОВ,
фотокорреспонденты «МГ».



единицы, а основная часть военных медиков проходит весь тяжёлый путь – от медицинского пункта до медицинского батальона.

Остановить грубьяна

Как показал наш разговор за «круглым столом» – все педиатры – это не только «добрые руки», но и «добрые сердца». Наталья Малышева – лучший педиатр-2015 считает, что работает в отличном стационаре – в Архангельской детской клинической больнице, и верна ей с первых дней. В прошлом году принесли здесь 36 малышей с экстремально низкой массой тела, за последний год выживаемость 96%. По словам доктора, регион, который мы называем «север дальний», богат врачами, они работают в хороших условиях – у них есть хорошо оборудованная операционная, прекрасно оснащённое отделение реанимации новорождённых, хирургическое отделение, отремонтирована консультативная поликлиника, в лаборатории делается широкий спектр обследований, и практически персонал ни в чём не ограничен.

– Но меня поражают порой наши пациенты, – признаётся Наталья Владимировна, – точнее их хамское отношение к врачам. Мы выкладываемся, чтобы сохранить жизнь их детям, им самим. Я часто задаюсь вопросом, почему они так ведут себя? Сегодня мы находимся с вами в Центральном Доме журналиста в Москве, потому я откровенно скажу о своей боли. В нашей местной да порой и в центральной прессе освещение работы врача на 90% негативное, у нас это особенно заметно. Когда читаешь местные газеты, удивляешься, на каком основании родители наших пациентов легко пишут статьи, где унижают профессиональный опыт врача, иногда думаю, что они преследуют ко-

мнение, что опубликовать критическую статью надо обязательно с комментарием специалиста о лечении, должна быть объективная оценка ситуации, ведь нередко так бывает, что родитель, у которого больной ребёнок, сам нездоров.

Непростые будни

Людмила Лесина – лучший психиатр, заведующая отделением медико-социальной реабилитации Сызранского наркологического диспансера говорит, что в медицине уже более 25 лет, и с увлечением рассказывает об «интересных» буднях, как подчёркивает, «нашей работы».

– Сегодня много говорили о детях, работе педиатров, но вот на нас лежит ответственность за выздоровление тяжёлых больных зависимых от алкоголя, наркотиков, табакокурения, которых лечить достаточно сложно, – призналась она. – Психиатр-нарколог высшей категории, я владею смежными специальностями – психотерапией, сексопатологией, методом озонотерапии, 20 лет занимаюсь санитарно-просветительной, профилактической работой в городе. Когда слышу о проблемах Бурятии по алкоголизации, всё понимаю. Что касается лечения и выздоровления больных нашего профиля, это, естественно, тяжёлые пациенты. Денег сегодня выделяется нам достаточно, но если мы перейдём на страховую медицину, могут оправдаться наши опасения и возникнуть трудности. К тому же никто из наших пациентов не имеет страховых полисов, паспортов, квартир, они их теряют, социальные вопросы для них тяжелы, поэтому страховая медицина хороша тем, у кого всё это есть. Сегодня большой плюс, что бюджет выделяет достаточно большие средства для лечения таких больных. Вот один пример: для достижения ремиссии после лечения им назначается препарат стоимостью

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 75 (1927)

(Окончание. Начало в № 82 от 30.10.2015 г.)

Эндоскопическое и хирургическое лечение ХП показано при наличии осложнений заболевания. К ним относятся: 1) стойкий болевой синдром, не поддающийся медикаментозной терапии; 2) протоковая гипертензия ПЖ за счёт вирсунголитиаза или стриктур ПП; 3) постнекротические кисты ПЖ; 4) механическая желтуха, обусловленная компрессией терминального отдела общего желчного протока; 5) портальная гипертензия за счёт сдавления конfluence воротной вены; 6) нарушение пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке, обусловленное дуоденальной дистрофией; 7) ЛА бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии. На фоне перечисленных осложнений могут возникать панкреатогенный асцит и/или плеврит; у больных, оперированных по поводу панкреатита или перенёвших травму ПЖ – панкреатические свищи.

Объём и способ выполнения операции определяется характером осложнения, которое необходимо устранить. Операции при ХП делятся на дренирующие и резекционные. При ЛА артерий, кровоснабжающих ПЖ, лечение должно начинаться с эндоваскулярного вмешательства, а затем производиться операция, радикально устраняющая патологическое состояние, приведшее к аррозии сосуда.

Предоперационная подготовка

Подготовка больных к операции должна включать коррекцию алиментарных и водно-электролитных нарушений. У больных, страдающих сахарным диабетом, необходимо проводить терапию с участием эндокринолога. При наличии дуоденальной дистрофии с нарушением дуоденальной проходимости требуется интенсивная терапия с элементами гипертонии.

Дренирующие операции

Дренирующие операции (эндоскопическое стентирование панкреатического протока, внутреннее и наружное дренирование постнекротических кист, цистопанкреатоюностомия, продольная панкреатоюностомия) направлены на устранение боли, гипертензии протоковой системы ПЖ и желчных протоков, сдавления прилежащих органов.

Эндоскопическое лечение вирсунголитиаза, стентирование панкреатического протока

Литотрипсия целесообразна при единичных конкрементах диаметром не более 5 мм, расположенных в ПП на уровне головки и тела ПЖ.

Стентирование ПП целесообразно выполнять при наличии значимых стриктур – увеличения диаметра протока более 6 мм дистальнее стриктуры. Наличие множественных стриктур и множественного вирсунголитиаза является противопоказанием к стентированию ПП.

Для успешного стентирования панкреатического протока требуется выполнить панкреатикосфинктеротомию и дилатацию стриктуры, устранить вирсунголитиаз. Стентирование осуществляется пластиковыми стентами диаметром 8,5–10 Fr, длина и форма которых подбираются индивидуально. Металлические самораскрывающиеся стенты применяются не должны. Обтурация пластиковых стентов происходит через 2–3 месяца, что требует их замены.

Осложнения при стентировании панкреатического протока (обострение панкреатита, проксимальная или дистальная миграция стента, абсцесс ПЖ) наблюдаются в 6–39% наблюдений.

Дренирующие операции при постнекротических кистах поджелудочной железы

Показаниями к дренированию постнекротических кист являются размеры кисты более 5 см, абсцедирование, боль, нарушение оттока желчи или пищи из желудка, портальная гипертензия. Постнекротические бессимптомные кисты диаметром менее 5 см с несформиро-

ванной капсулой и не сообщающиеся с ПП имеют тенденцию к самоизлечению, поэтому большие подлежат динамическому наблюдению.

Устранение кист может быть выполнено за счёт внутреннего эндоскопического дренирования в просвет двенадцатиперстной кишки или желудка, а также «открытым» хирургическим доступом. Наружное дренирование под ультразвуковым контролем является вынужденной мерой и показано лишь при абсцедировании или крайне тяжёлом состоянии больного. Исходом наружного дренирования постнекротической кисты часто является формирование наружного панкреатиче-

Хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

ского свища, который в последующем часто требует хирургического лечения.

Тактика хирургического лечения определяется степенью выраженности стенки кисты, наличием или отсутствием в просвете кисты секвестров и инфицирования, технической оснащённостью и уровнем квалификации хирургических кадров.

Эндоскопическое дренирование полости кисты в двенадцатиперстную кишку или желудок. Эндоскопическое внутреннее дренирование является методом выбора при неосложнённых псевдокистах ПЖ в случаях, когда киста прилежит к стенке двенадцатиперстной кишки (предпочтительно) или желудка, при отсутствии в полости кисты крупных секвестров. Дренирование должно выполняться под эндосонографическим контролем, позволяющим выбрать безопасную трассу проведения дренажа. Для дренирования следует использовать самораскрывающиеся металлические покрытые стенты, или использовать не менее 2 пластиковых стентов. Стенты не следует удалять до инструментального подтверждения спадения стенок кисты и ранее 2 месяцев после их имплантации. Этот метод позволяет добиться успеха в 92% случаев. Однако, ближайшие результаты лучше отдалённых, рецидивы возникают в 8,5 – 23%, осложнения – 14,4% случаев.

Транспапиллярный подход используют при постнекротических кистах, связанных с ПП при его проксимальной обструкции. Этот метод не эффективен при локализации кист в области хвоста ПЖ.

Лечение билиарной гипертензии при хроническом панкреатите. Эндоскопическое лечение билиарной гипертензии при хроническом панкреатите показано при клинически значимом холангите и механической желтухе. При неэффективности предшествующего эндоскопического лечения и несоблюдении пациентом лечебного режима эндоскопическое лечение не показано.

Эндоскопическое лечение заключается в стентировании желчных протоков множественными билиодуоденальными пластиковыми стентами. Каждые 3 месяца требуется замена стентов. Курс лечения составляет 1 год. Эффективность данного лечения в отдалённом периоде достигает 65%.

Больные требуют динамического наблюдения из-за риска развития септических осложнений, связанных с окклюзией или миграцией стентов. Недопустимо применение непокрытых и частично покрытых самораскрывающихся металлических стентов в качестве окончательного метода лечения из-за малых сроков функционирования стента и невозможности их извлечения при ЭРХПГ.

Цистопанкреатоюностомия – обеспечивает выздоровление в 90–100% наблюдений, при отсутствии фиброзного изменения ткани ПЖ проксимальнее постнекротической кисты. Послеоперационные осложнения бывают в 20% случаев. Предпочтение следует отдавать миниинвазивному доступу по Прудкову. Анастомозирование кисты следует выполнять с отключённой по Ру петлёй тощей кишки длиной не менее 70 см однорядным обвивным швом монофиломентной рассасывающейся нитью. Ру петлю тощей кишки располагают позади ободочной кишки, при укорочении или вовлечении в воспалительный инфильтрат брыжейки поперечной ободочной кишки, впереди кишки. Межкишечный анастомоз конец-в-бок накладывается на уровне первой сосудистой аркады брыжейки тощей кишки. Стенки кисты не иссекают, за исключением небольшого фрагмента, который строго обязательно подвергается гистологическому исследованию для исключения наличия кистозной опухоли ПЖ. Лапароскопическая цистопанкреа-

большого размера любой локализации с наличием хорошо сформированной капсулы, крупными секвестрами в полости (уровень доказательности В).

Показанием для наружного дренирования постнекротической кисты является абсцедирование, отсутствие сформированной капсулы или возможности выполнить более сложное вмешательство из-за тяжести состояния больного или технических причин (уровень доказательности А).

Продольная панкреатоюностомия показана при наличии протоковой гипертензии и расширении ГПП за счёт его стриктур или камней на уровне перешейки, тела и хвоста ПЖ и отсутствии фиброзного перерождения головки и крючковидного отростка ПЖ (уровень доказательности С).

Резекционные операции при хроническом панкреатите

Резекционные вмешательства на ПЖ в настоящее время хорошо разработаны и являются приоритетными, поскольку позволяют радикально устранить ос-

ложения ХП, обусловленные фиброзно-кистозным перерождением головки или дистального отдела органа. Существует несколько вариантов резекции головки ПЖ, каждый из которых имеет строгие показания.

Резекция головки ПЖ с продольным панкреатоюноанастомозом (операция Фрея) обеспечивает надёжное устранение панкреатической гипертензии и удаление большей части фиброзно изменённой ткани головки ПЖ, как предложено в модифицированном в 2003 г. варианте операции. ПП вскрывают на всём протяжении. Ткань головки и крючковидного отростка иссекают, с сохранением не более 5 мм паренхимы, прилежащей к стенке двенадцатиперстной кишки, интрамуральной части общего желчного протока и воротной вены. С краями образовавшейся полости в головке ПЖ и вскрытого ПП формируют анастомоз с Ру петлёй тощей кишки непрерывным обвивным швом рассасывающейся монофиламентной нитью. Ру петлю длиной не менее 60 см проводят через брыжейку поперечной ободочной кишки.

Эта операция не обеспечивает полного обнажения из ткани ПЖ терминального отдела общего желчного протока и воротной вены. За счёт большой раневой поверхности в зоне резекции головки, крючковидного отростка и рассечённого ГПП в ближайшем послеоперационном периоде высока вероятность возникновения раннего кровотечения в просвет анастомоза.

Субтотальная резекция головки ПЖ (бернский вариант резекции головки ПЖ). При этом варианте резекции объём удаляемой ткани ПЖ увеличивается за счёт полного иссечения паренхимы, прилежащей к интрамуральной части общего желчного протока. При наличии желчной гипертензии, механической желтухи просвет желчного протока может быть вскрыт. Образовавшиеся лоскуты стенки желчного протока подшивают к оставшейся ткани железы. ПП, при наличии в нём камней или стриктур, иссекают, как при операции Фрея. Ру петлю тощей кишки подшивают по периметру резецированной головки, крючковидного отростка и ПП. Недостатком этой операции является реальная возможность возникновения стриктуры общего желчного протока внутри полости анастомоза. При наличии протяжённой стриктуры общего желчного протока вскрывать его просвет в образовавшейся после резекции головки полости не целесообразно. Наиболее надёжным способом устранения желчной гипертензии является наложение гепатикоюноанастомоза на отключённой по Ру петле тощей кишки.

Эндоскопическое устранение билиарной гипертензии при хроническом панкреатите показано при клинически значимом холангите и механической желтухе. Стентирование желчных протоков производится множественными билиодуоденальными пластиковыми стентами. Каждые 3 месяца требуется замена стентов. Курс лечения составляет 1 год (уровень доказательности А).

Эндоскопическое внутреннее дренирование постнекротической кисты ПЖ показано в случаях прилегания полости кисты к стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, размере кисты более 5 см, отсутствии в её просвете крупных секвестров (уровень доказательности В).

Цистопанкреатоюностомия «открытым» способом или через мини-доступ показана при постнекротических кистах

Субтотальная резекция головки ПЖ с пересечением перешейка ПЖ (операция Бегера). ПЖ мобилизуют в области перешейка, под которым создают туннель, обнажающий переднюю поверхность конfluence воротной вены. Воротную и верхнюю брыжеечную вену выделяют из рубцового футляра, окружающего и сдавливающего вены. Ткань головки и крючковидного отростка резецируют с оставлением полоски паренхимы вдоль медиальной стенки двенадцатиперстной кишки и терминальной части общего желчного протока толщиной не более 5 мм. Культи тела железы и остатки паренхимы вдоль стенки ДПК анастомозируют с Ру петлей тощей кишки двумя соустьями.

Панкреатодуоденальная резекция при ХП является вынужденной операцией, к которой прибегают в случаях, когда, несмотря на весь арсенал лучевых методов диагностики, не удаётся исключить наличие опухоли ПЖ. Кроме того, показанием для панкреатодуоденальной резекции служит наличие дуоденальной дистрофии в сочетании с фиброзно-кистозным перерождением головки ПЖ.

Дистальная резекция ПЖ при ХП выполняется в случаях, когда не удаётся исключить наличие опухоли хвоста ПЖ; в редких случаях – при постнекротических кистах, полностью замещающих хвост ПЖ, при условии отсутствия нарушения оттока секрета по ПП в области тела и головки ПЖ, что требует наложение цистопанкреатоюноанастомоза. При выполнении дистальной резекции ПЖ, в случаях, когда селезёночные сосуды удаётся отделить от стенок постнекротической кисты, следует избегать спленэктомии.

Рекомендации

Резекция головки ПЖ с продольным панкреатоюноанастомозом (операция Фрея) показана при фиброзной трансформации головки ПЖ, панкреатической гипертензии, обусловленной калькулёзом ПП или его структурами (уровень доказательности С).

Бернский вариант резекции головки ПЖ показан при наличии не только фиброзного перерождения паренхимы головки, но и билиарной гипертензии (уровень доказательности С).

Субтотальная резекция головки ПЖ по Бегеру показана при наличии перечисленных осложнений в сочетании с портальной гипертензией, обусловленной сдавлением конfluence воротной вены (уровень доказательности С).

Панкреатодуоденальная резекция показана в случаях, когда не удаётся исключить наличие злокачественной опухоли головки ПЖ, а также при фиброзном изменении головки ПЖ в сочетании с дуоденальной дистрофией, а также (уровень доказательности D).

Дистальная резекция ПЖ показана в случаях, когда не удаётся исключить наличие опухоли хвоста ПЖ, возможно выполнение этой операции при постнекротической кисте ПЖ, замещающей паренхиму дистальной части органа (уровень доказательности С).

Эндоваскулярные вмешательства при ложных аневризмах бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии

Больные с ЛА 1 типа на момент установления диагноза, практически, всегда находятся в тяжёлом состоянии, обусловленном анемией из-за рецидивирующих кишечных кровотечений. Из-за тяжести состояния пациентов радикальное хирургическое лечение выполнить не возможно. На первом этапе лечения необходимо добиться прекращения рецидивирующих кровотечений за счёт срочного эндоваскулярного вмешательства.

Эндоваскулярное «выключение» ЛА из кровотока позволяет устранить рецидивирующие кишечные кровотечения. Однако, за счёт сообщения полости ЛА 1-го типа с просветом ПП, воздействие панкреатического сока приводит к лизису тромботических масс через 2-3 недели после эмболизации (за исключением случаев, когда выполнено эндопротезирование покрытым стентом). После интенсивной подготовки, направленной на устранение анемии и гипопротейемии, необходимо проведение радикального хирургического вмешательства, направленного на устранение осложнений ХП, приведших к возникновению ЛА.

Ложные аневризмы 2-го типа, не

имеющие сообщения с ПП, подлежат эндоваскулярному лечению, которое обеспечивает тромбирование полости аневризмы.

Рекомендации

Больные с ЛА 1-го типа подлежат двухэтапному лечению: эндоваскулярному устранению кишечного кровотечения за счёт «выключения» ЛА из кровотока с последующим радикальным хирургическим лечением осложнённых ХП (уровень доказательности С).

При ЛА 2-го типа показано эндоваскулярное лечение (уровень доказательности D).

Послеоперационные осложнения

Операции при ХП сопровождаются большим числом послеоперационных осложнений, достигающих 20-40%. В тех случаях, когда паренхима ПЖ, на момент операции не утратила секреторной активности, имеется реальная угроза возникновения послеоперационного панкреатита и формирования панкреатических свищей. Обширные резекции головки ПЖ с большой площадью раневой поверхности, создают условия для возникновения ранних кровотечений в просвет панкреатоюноанастомоза.

Послеоперационный панкреатит является частым осложнением после операций на ПЖ. Макроскопические проявления панкреатита в виде стекловидного отёка парапанкреатической клетчатки и даже бляшек стеатонекроза могут регистрироваться уже во время операции. В ближайшем послеоперационном периоде клиническими признаками панкреатита являются проявления эндогенной интоксикации (стойкая тахикардия при отсутствии гиповолемии, акроцианоз, угнетение самостоятельного дыхания), выделение из брюшной полости по дренажным трубкам экссудата бурого цвета с высоким содержанием амилазы, гастростаз и паралитическая кишечная непроходимость. Перечисленные симптомы свидетельствуют о развитии панкреонекроза.

Биохимическим маркёром панкреатита является повышение уровня амилазы в крови свыше 500 ед/л.

Лечение послеоперационного панкреатита должно быть консервативным и проводится в условиях отделения реанимации. Схема базисной консервативной терапии включает антибактериальную терапию с целью профилактики и лечения септических осложнений; подавление секреции ПЖ, желудка и двенадцатиперстной кишки; устранение гиповолемии с коррекцией водно-электролитных и метаболических нарушений; улучшение реологических свойств крови» профилактику и лечение функциональной недостаточности желудочно-кишечного тракта; анальгетическую и антиферментативную терапию. При панкреонекрозе целесообразно использование экстракорпоральных методов детоксикации.

Лечение послеоперационного панкреатита должно быть консервативным и проводится в условиях отделения реанимации. Схема базисной консервативной терапии включает антибактериальную терапию с целью профилактики и лечения септических осложнений; подавление секреции ПЖ, желудка и двенадцатиперстной кишки; устранение гиповолемии с коррекцией водно-электролитных и метаболических нарушений; улучшение реологических свойств крови; профилактику и лечение функциональной недостаточности желудочно-кишечного тракта; анальгетическую и антиферментативную терапию. При панкреонекрозе целесообразно использование экстракорпоральных методов детоксикации.

В качестве профилактики послеоперационного панкреатита следует использовать октреотид в дозе 100-300 мкг подкожно 3 раза в сутки в течение 5 дней в зависимости от тяжести заболевания. Возможно назначение препарата в суточной дозе до 1200 мкг с использованием внутривенного пути введения.

Необходимость в экстренном хирургическом лечении возникает лишь при панкреонекрозе, осложнившимся распространённым гнойным перитонитом, как правило, обусловленным несостоятельностью швов панкреатодигестивного анастомоза.

Панкреатические свищи являются результатом послеоперационного пан-

креатита, на фоне которого возникает несостоятельность швов панкреатодигестивных анастомозов или культи ПЖ после дистальных резекций.

Рекомендации

Послеоперационный панкреатит требует проведения интенсивной консервативной терапии в условиях отделения реанимации (уровень доказательности А).

Показанием к хирургическому лечению является гнойный перитонит, обусловленный панкреонекрозом и несостоятельностью швов панкреатодигестивного анастомоза (уровень доказательности С). Панкреатические свищи подлежат консервативной терапии и динамическому наблюдению с обеспечением адекватного оттока панкреатического секрета. При наличии панкреатического свища имеется реальная угроза возникновения аррозийного кровотечения (уровень доказательности А).

Внутрибрюшное и кишечное кровотечения. Вероятность возникновения кровотечения после резекционных операций на ПЖ достигает 10%, при этом летальность составляет 1,2% (уровень доказательности А).

Кровотечения после резекционных операций на ПЖ следует классифицировать согласно рекомендациям международной группы исследователей в области хирургии ПЖ (ISGPS), при этом учитываются следующие факторы:

1 – время начала кровотечения – 24 часа после завершения операции, разграничивают ранние и поздние кровотечения;

2 – тяжесть кровотечения – показатель гемоглобина и необходимость переливания компонентов крови;

3 – источник и локализация кровотечения – внутрипросветное (в просвет желудочно-кишечного тракта), либо внутрибрюшное кровотечение (уровень доказательности А).

Время начала кровотечения (ISGPS, 2007 г.):

раннее – возникает в первые 24 часа после операции, вызвано техническими причинами: неадекватный гемостаз во время операции, коагулопатия, повреждение стенки сосуда коагуляцией при выполнении лимфадиссекции;

позднее – возникает более чем через 24 часа от момента окончания операции; причинами кровотечения являются послеоперационный панкреатит и панкреатический свищ, внутрибрюшные абсцессы, изъязвления на месте анастомоза, формирование артериальной псевдоаневризмы (уровень доказательности А).

В многоцентровом исследовании, проведённом E.Yekebas (2007) на основе анализа 1669 резекционных вмешательств на ПЖ, модифицирована классификация кровотечений по степени тяжести ISGPS (уровень доказательности А).

1. «Сторожевое кровотечение», характеризуется непродолжительным поступлением небольшого количества крови по дренажам из брюшной полости или назогастральному зонду, может быть рвота «кофейной гущей» или мелена; отсутствуют клинические проявления острой кровопотери (тахикардия, снижение артериального давления), уровень гемоглобина не понижается более 15 г/л. Кровотечение прекращается самостоятельно, необходимости в гемотранфузии нет. При этом рецидив кровотечения возможен в течение 12 часов.

2. Неинтенсивное пострезекционное кровотечение характеризуется поступлением крови по дренажам из брюшной полости, снижением уровня гемоглобина до 30 г/л, наличием клинических проявлений острой кровопотери либо без них.

3. Интенсивное пострезекционное кровотечение характеризуется снижением уровня гемоглобина более 30 г/л, наличием выраженных клинических проявлений острой кровопотери.

Раннее послеоперационное кровотечение. Специфической особенностью операций при ХП (продольная панкреатоюноанастомия, операция Фрея, бернский вариант резекции головки ПЖ) является образование большой раневой поверхности паренхимы ПЖ и значительная протяжённость рассечения стенки тощей кишки, используемой для анастомозирования. В результате в ближайшем послеоперационном периоде может возникнуть кровотечение в просвет анастомоза как

из паренхимы ПЖ, так и стенки тощей кишки. Клинические проявления сводятся к общим симптомам острой кровопотери и мелене.

Раннее не интенсивное кровотечение в просвет панкреатоюноанастомоза подлежит консервативному лечению. При интенсивном кровотечении следует выполнить экстренное ангиографическое исследование, с последующей эмболизацией кровоточащего сосуда. При отсутствии возможности выполнить эндоваскулярное вмешательство выполняют экстренное хирургическое лечение. При релапаротомии необходимо разобщить переднюю губу панкреатоюноанастомоза и прошить кровоточащий сосуд, после чего произвести реанастомозирование. Недопустимо делать энтеротомию через переднюю губу анастомоза, так как это неизбежно приводит к несостоятельности швов из-за нарушения кровоснабжения кишечной стенки.

Позднее послеоперационное кровотечение. Позднее кровотечение, являющееся аррозийным, создаёт реальную угрозу для жизни больного и требует при неинтенсивном кровотечении консервативной терапии, а при интенсивном кровотечении – экстренного эндоваскулярного вмешательства с эмболизацией аррозированного сосуда или экстренной релапаротомии. При релапаротомии необходимо учитывать состояние панкреатодигестивного анастомоза, культи ПЖ и парапанкреатической клетчатки. Кровотечение на момент операции может прекратиться, что существенно затрудняет выявление его источника. Послеоперационный панкреонекроз и некротический парапанкреатит, в сочетании с аррозийным кровотечением из магистральных сосудов, является неблагоприятным фактором и как эксклюзивная мера может потребовать выполнения экстирпации поджелудочной железы и спленэктомии.

Рекомендации

Послеоперационные неинтенсивные кровотечения требуют консервативной терапии. Для уточнения источника кровотечения следует выполнить ангиографию (уровень доказательности А).

При обнаружении во время ангиографического исследования кровоточащей артерии показано выполнение её эмболизации (уровень доказательности В).

При интенсивном кровотечении и отсутствии возможности выполнения эндоваскулярного вмешательства требуется экстренное хирургическое лечение. При кровотечении из мягких тканей и при отсутствии панкреонекроза, некротического парапанкреатита возможно обеспечить гемостаз за счёт прошивания. При аррозийном кровотечении из магистральных сосудов (мезентерикоортальный ствол, селезёночная вена, артерии бассейна чревного ствола и верхняя брыжеечная артерия), возникшем в результате послеоперационного панкреонекроза, возможно выполнение панкреатэктомии и спленэктомии (уровень доказательности D).

Заключение

ХП является часто встречающимся заболеванием, поражающим работоспособное население. При несвоевременном радикальном лечении болезнь приводит к стойкой инвалидности, ухудшает качество и уменьшает продолжительность жизни. При кажущейся простоте диагностики ХП не редко возникают трудности в проведении дифференциального диагноза с опухолевым поражением ПЖ и прилежащих органов. Для определения тактики лечения этих больных, выбора оптимального варианта предстоящей операции, необходимо комплексное лучевое обследование. Последнее должно выполняться на современной аппаратуре, а интерпретация полученных данных осуществляться профессионалами высокого класса. Операции, направленные на устранение осложнений ХП, относятся к числу наиболее сложных в абдоминальной хирургии и сопровождаются значительным количеством осложнений. Эффективное радикальное лечение больных ХП может быть обеспечено лишь в специализированных клиниках, обладающих большим опытом лечения этого заболевания.

Под редакцией главного хирурга
Минздрава России академика РАН
Валерия КУБЫШКИНА.

В последние годы благодаря статистике мы узнаём всё больше новых данных о старшем поколении. Так, в структуре обращений за первичной помощью пожилые пациенты составляют около 80%, в госпитализации нуждаются более 50%. Объяснение этому есть – растёт продолжительность жизни, увеличивается число пожилых и старых людей, технический прогресс позволяет успешно лечить многие заболевания, само население обращает всё большее внимание на здоровье. Это ставит новые проблемы не только перед здравоохранением, но и перед другими социальными службами. Всё активнее наши учёные и практики интересуются зарубежным опытом, приглашают на свои мероприятия тех, у кого можно поучиться, перенять полезные начинания. Такая встреча состоялась и на 4-й Всероссийской научно-практической конференции «Социальная геронтология» с международным участием, которая прошла на базе Всероссийского научно-методического геронтологического центра.

Внимание к личности – первое условие

Все, кто бывал в Париже, не мог не обратить внимание на особенную его достопримечательность – ухоженных, симпатичных пожилых людей, распивающих в небольших кафе утренний чай или кофе и мирно беседующих о чём-то своём. Они бодры, не озабочены, никуда не спешат. Напрашивается только один вопрос: может, там старость не в тягость, а в радость? Хотя, наверное, и у них забот хватает. Но поближе узнать о подходе к старшему поколению у них оказалось делом полезным. У Всероссийского научно-методического геронтологического центра сложились добрые отношения с французскими практиками, которые приняли участие в конференции. И не случайно интерес собравшихся вызвало сообщение советника по социальным вопросам Посольства Франции в России Даниэля Матье.

В его стране, сообщил он, ожидаемая продолжительность жизни сегодня составляет у мужчин 78,4 года, а у женщин – 84,8. Очень важный показатель, о котором сказал выступающий, – лишь 8% людей в возрасте более 60 лет считаются несамостоятельными, в возрасте 85 лет – лишь 1 из 5 признаётся, что утратил самостоятельность, а полностью – это отмечается только в 83 года.

Даниэль Матье остановился на принципах деятельности в учреждениях по уходу. В частности, там обязателен контроль и наблюдение за их работой, проведение спецмероприятий, например, контроль за действиями персонала во время жары, которая, как мы знаем, в этом году стала настоящим бедствием для стран Европы. Здесь усиливают меры по поддержке пожилых на дому, а также в индивидуальных и коллективных местах проживания, развивают индивидуальные услуги, оплачивая почасовую домашнюю работу помощника, внедряют новые формы проживания, такие как спецжилые для сохранения независимости и т.д.

Понятно, что без экономической помощи всё это было бы невозможно. Во Франции используют разные виды медобслуживания – дневной стационар, сопровождение пожилого после выписки из больницы, развивают рынки товаров и услуг для пожилых и т.д. Опыт, о котором рассказал Даниэль Матье, как отмечали многие выступающие, несомненно, будет очень полезен для российских геронтологов и гериатров.

Это – прошлое и настоящее

В какой бы аудитории не выступал наш известный геронтолог академик РАН Владимир Шабалин, его суждения всегда вызывают особый интерес и внимание аудитории. И на данной конференции он, затрагивая вопрос о формировании психологического уклада пожилого человека, не оставил никого равнодушным.

Наиболее сильное стрессовое воздействие на человека в старости оказывает одиночество: ничто так не разрушает его, как осознание того, что он исключён из жизни. При этом противоречие чувства одиночества состоит в том, что старый человек, с одной стороны, ощущает увеличивающийся

ется. Процесс старения вовсе не означает деградацию личности, это процесс её преобразования и часто не в худшую сторону. Если «старик» является понятием в основном биологическом, то «старец», «старейшина» – это мудрец в преклонном возрасте, активно участвующий в общественной жизни. Старость так же, как и предыдущие периоды жизни, раскрывает новые перспективы. Важно, чтобы новый этап её обеспечивал необходимую и достаточную нагрузку и телу, и душе, и интеллекту. Следует постоянно добиваться хотя бы

При этом нуждающихся в такой помощи около 300 тыс. – это те, кто может попасть на стационарную койку, потому необходимо, как это делают французы, искать самые разные, и не только экономические, формы помощи, открывать дневные стационары, стационары на дому, шире практиковать деятельность социальных работников, приходящих к пожилым домой.

Говоря о важности материальных, моральных факторов в жизни пожилых, И.Архипов заметил, что всё же критерии их у каждого человека свои. Мы знаем живущую

пособием для лиц, осуществляющих уход.

Учёные здесь предполагают следующие принципы: обеспечение достоинства лежачего человека; среды, максимально приближенной к обычной; обеспечение образа жизни, максимально приближенной к обычному; максимально возможная физическая активность; моделирование жизненных функций (питание, туалет и т.д.) для максимального их приближения к физиологической норме. Также неотъемлемым принципом современного подхода

Деловые встречи

Слово – поколению «молчаливых»

Какая медицинская помощь нужна пожилым?



разрыв с окружающим обществом, боясь одинокого образа жизни, а с другой – сам стремится отгородиться от окружающих, как бы защитить свой внутренний мир от постороннего влияния.

Личность в старости совмещает в себе прошлое и настоящее. Если человек осознаёт свою жизнь как целостность, как единство замыслов и реальности, он уравновешен, спокойно смотрит в будущее. Если же он приходит к печальным выводам, что жизнь прожита зря и состояла из ошибок и разочарований, то его настигает чувство тоски, безысходности, страха смерти.

Формируя свой психологический уклад, человек должен отказаться от стереотипных представлений о старшем возрасте как о периоде доживания и исключения большинства жизненных возможностей. Наоборот, это ещё один период полноценной, продуктивной жизни. Нужно помнить, что развитие личности никогда не прекраща-

ется, так как здоровье амбиции являются важным жизненным стимулом и в пожилом возрасте, а не только в молодом.

Психологическая сортировка. Что это?

Хронология жизни человека, динамика его развития очень индивидуальны, подчеркнул в своём выступлении директор Всероссийского научно-методического геронтологического центра доктор медицинских наук Игорь Архипов. В мире сегодня живёт 700 млн человек старше 70 лет, а к 2050 г. их станет около 2 млрд. Статистика по пожилым в нашей стране не очень благополучная: 24% наших ветеранов проживают одиноко, почти 4 млн нуждаются в постоянной социальной помощи, 31% испытывают затруднения при самообслуживании. Каждый пенсионер, обращающийся в геронтологические учреждения, имеет от 11 до 16 заболеваний.

в тайге в одиночестве Агафью Лыкову, привёл он пример, она счастлива, не желает возвратиться к людям. Для любого человека старше трудоспособного возраста смена своей ситуации, перемена в жизни – это огромная проблема. Каждый из нас проходит длинный путь – детский сад, школа, институт, работа, семья, и не везде каждому бывает комфортно.

По словам И.Архипова, в его геронтологическом центре пришли к выводу, что пожилые люди должны проходить не только медицинскую, но и психологическую «сортировку». Медицинская сортировка, предложенная знаменитым Н.И.Пироговым, известна всем ещё со времён Крымской войны, а вот о психологической пока в литературе мало данных. Но она крайне важна, люди «третьего возраста» имеют право позволить себе общаться с тем, с кем комфортно, и это должны учитывать в социальных учреждениях. Оказывая помощь каждому индивидуально, мы экономим и средства и ресурсы. Хороший климат в геронтологическом центре чрезвычайно необходим, чтобы человек не доживал свою жизнь, а продолжал её максимально и плодотворно.

Поговорим о профилактике

Кирилл Процаев – доктор медицинских наук, профессор, имя которого хорошо известно геронтологам и гериатрам. Он – из категории людей, которые «горят» в своей далекой не популярной в нашей стране специальности. Человеческое обаяние, широта интересов, активная позиция, интересные исследования – пока что это в геронтологии явление не частое. Вот почему выступления обладающего этими качествами доктора не оставили коллег равнодушными. На конференции он представил со своим коллегой профессором А.Ильницким доклад о проблемах лежачих пациентов в стационарах социальных учреждений, подчеркнул, что их предложения – это тренинг для социальных работников. Согласитесь, тема, конечно, актуальная.

Люди, длительно пребывающие в постели, подчеркнул в своём выступлении К.Процаев, нуждаются в особом, тщательном и терпеливом уходе со стороны социальных работников, близких и родных, вклад которых переоценить невозможно. Создание алгоритма ухода для длительно пребывающих в постели с позиций риска развития осложнений и мер по их профилактике, подчеркнул он, позволит улучшить состояние таких людей и будет полезным

следует считать девиз работы «От ухода – к активизации». То есть, помня о возможных осложнениях, необходимо организовать жизнь такого человека с максимально возможной активацией в пределах клинической разумности. И, несомненно, в рамках этой концепции возрастает роль социальных работников.

Риски для здоровья человека в условиях длительного пребывания в постели, их основные причины и пути профилактики со стороны, например, дыхательной системы – прогрессирование дыхательной недостаточности, кислородное голодание, пневмонии и т.д. Мерой профилактики в первую очередь является дыхательная гимнастика (пассивная и активная). В качестве пассивной дыхательной гимнастики следует использовать комплекс упражнений, на котором подробно остановился профессор. Многих, думаю, удивил выступающий, вспомнив как пример активной дыхательной гимнастики упражнения, разработанные А.Стрельниковой, давно не упоминаемого удивительного специалиста, благодаря которому многие больные обрели здоровье.

Осложнения вынужденного длительного пребывания в постели могут быть связаны с дисфункциями желудочно-кишечного тракта. Остановившись на основных причинах отклонений, он также обозначил меры профилактики. Много полезного услышали в этом выступлении те, кто предупреждает риски со стороны опорно-двигательного аппарата у лежачих людей старшего поколения, что улучшает качество жизни.

...Заканчивая своё выступление, профессор К.Процаев напомнил участникам конференции биографию одного очень яркого человека – выдающегося британского физика-математика Стивена Хокинга, ведущего исследования в области космологии и квантовой гравитации. Родился он в 1942 г., учился в Оксфорде, затем в Кембридже, где стал профессором математики. Парализован с начала 60-х годов, не может говорить – пользуется синтезатором речи, дышит через трахеостому. Женится в 1965 г., его дети родились в 1967, 1970, 1979 гг. Женится во второй раз. В 2007 г. он совершил полёт в невесомости на специальном самолёте. Продолжает по сей день вести активную жизнь.

Что ж, интересная конференция всегда приносит пользу.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Со Средних веков в обиходе известное утверждение французского философа Рене Декарта: «Я мыслю – значит, я существую»... Но вот ведь цивилизация заставляет всё чаще вспоминать ещё более древний фразеологизм: *Dum spiro, spéro* – «Пока дышу, надеюсь». Об этом невольно подумалось во время работы XXV Национального конгресса по болезням органов дыхания, состоявшегося недавно в Москве.

В ответе перед историей

Организаторами очередной представительной встречи врачей и учёных по болезням органов дыхания традиционно выступили Минздрав России и Российское респираторное общество, а также НИИ пульмонологии ФМБА России, Минпромторг, НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Педиатрическое респираторное общество.

Обращаясь к коллегам, президент конгресса профессор Ирина Демко отметила: «Речь идёт о форуме мирового уровня по проблемам здоровья и патологии дыхательных путей. Его участники имеют перед собой сконцентрированный, максимально возможный объём информации по всем аспектам респираторных заболеваний. Формат встречи отражает симбиоз новейших клинических, фармакологических, технических и образовательных подходов в сочетании с достижениями информационных технологий».

Ярко прозвучало на открытии конгресса выступление академика А.Чучалина. Говоря о вызовах XXI века, он подчеркнул высокую ответственность медицинского сообщества перед историей. Напомнил о напряжённой работе, огромном вкладе в развитие медицины, основанной на фундаментальных исследованиях, наших замечательных соотечественников Н.Пирогова, С.Боткина, И.Сеченова, сумевших посмотреть на человека как на что-то цельное... Великие учёные большие надежды возлагали на молодёжь. «Участники XXV национального конгресса, где широко представлены молодые учёные и практики медицины, – подчеркнул докладчик, – призваны выступить продолжателями этих славных традиций своих учителей».

Ориентиры

Тяжёлые проблемы лёгкого дыхания

Их ярко высветил национальный конгресс



Опыт издалека

Уменьшить бремя страданий, связанных с недугами органов дыхания... Настойчивая коллективная работа по решению этой задачи в последние десятилетия высветила оптимальные подходы к решению ключевых проблем респираторного здоровья – эффективного лечения неспецифических инфекций дыхательных путей, туберкулёза лёгких, злокачественных новообразований лёгочной локализации, астмы и хронической обструктивной болезни лёгких, усовершенствования методов торакальной хирургии, сохранения здоровья лёгких.

Это нашло отражение в насыщенной программе форума. За 4 дня его работы прошло 56 научных симпозиумов, 12 школ, 7 «круглых столов». Ведущие специалисты отрасли, среди них представители Европейского респираторного общества, выступили с лекциями, приняли участие в клинических разборах в роли авторитетных экспертов... Состоялись конкурсы

молодых специалистов. Всё было пронизано заботой об эффективности мероприятия. Этому же способствовала выставка в холлах, где участники конгресса смогли ознакомиться не только с новинками медицинской литературы, но и с разнообразными изделиями медицинского назначения, новейшей диагностической и лечебной аппаратурой. Её демонстрировали и отечественные производители, и представители зарубежных фирм.

Обращает на себя внимание обширная география конгресса. Его гостями стали медики практически из всех регионов страны – от Поволжья до Дальнего Востока. В условиях стремительного обновления научного багажа, появления качественно новых подходов к решению традиционных задач возрастает роль не прерывающейся ни на один день учёбы практических врачей и организаторов здравоохранения. И естественно, что участники конгресса, а ими стали 2156 докторов, охотно заполняли аудитории, где проходили школы для врачей пер-

вичного звена. «Идиопатический лёгочный фиброз», «Аллергология для пульмологов», «Функциональный диагноз заболеваний лёгких», «Паллиативная помощь в респираторной медицине», «Табакотурение у детей и подростков: последствия и профилактика» – эти и другие актуальные темы вызвали массу вопросов, то и дело превращались в оживлённый обмен практическим опытом.

Никого не оставила равнодушным и насыщенная научная программа конгресса. Аудитории предлагалось обсудить пути совершенствования оказания пульмонологической помощи взрослым и детям – от первичного звена до высокотехнологичной медицинской помощи; эпидемиологию заболеваний органов дыхания; инновации в диагностике, лечении и профилактике заболеваний органов дыхания; преемственность оказания пульмонологической помощи между педиатрами и врачами взрослой сети; оценить порядок и стандарты оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями органов дыхания; новые клинические рекомендации – ХОБЛ, бронхиальная астма, саркоидоз, тяжёлая внебольничная пневмония у взрослых...

С лекциями выступили А.Чучалин, его коллеги профессор Е.Ткаченко (Санкт-Петербург) С.Авдеев (Москва), О.Скороходкина (Казань), И.Лещенко (Екатеринбург), авторитетные специалисты из разных регионов страны.

Все 4 дня – в центре общего внимания основные проблемы пульмонологии. И очень важно, что при этом особое внимание было уделено преемственности оказания медицинской помощи педиатрами и терапевтами. На

конгрессе не раз звучало: если мы хотим видеть здоровым взрослое население, то должны понимать – все проблемы здоровья закладываются в детстве... Здоровье формируется, когда ребёнок находится ещё в утробе матери. Вот почему о чём бы ни шла речь, постоянно подчёркивалась роль здорового образа жизни.

Мнение из «северов»

Надежда Лонгу, пульмонолог городской больницы № 2 Нижневартовска, приехала на конгресс, возвращаясь из отпуска. По её мнению, конгресс – это новая информация, особо ценная для тех, кто трудится на периферии. На «северах» жёсткий климат, у рабочих буровых установок непростые условия жизни. Низкое содержание кислорода в атмосфере, сильные морозы... Алкоголизм, курение усугубляют распространение ХОБЛ. Много «хроников». В последнее время наблюдается бурный рост туберкулёза. Этому способствует большое число ВИЧ-инфицированных. Статистика при этом нередко лукавит.

Давно ли мы утверждали, с горечью говорит собеседник, что туберкулёз побеждён. Малейший повод, и все были настроены: одна проба Манту у ребёнка положительная – обследовали близких и дальних родичей. Сегодня этой тревоги словно бы нет. А между тем немало примеров туберкулёза кишечника в запущенном виде... Сказывается недооценка флюорографии на местах.

Новая ситуация зовёт бить в колокола!.. Пока мы тонем в потоках различной документации. Врач не имеет времени, чтобы внимательно расспросить пациента о его самочувствии... О какой профилактике может в таком случае идти речь?! ...Завершился XXV национальный конгресс. Без сомнения, он внёс весомый вклад в развитие российской пульмонологической науки, активно содействовал укреплению сотрудничества ведущих специалистов здравоохранения, вооружил новыми знаниями армию практических врачей, всех, кто противостоит болезням органов дыхания.

Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Акценты

По данным Всемирной организации здравоохранения, около 23% населения страдают от болевого синдрома. В США и Израиле первые центры по лечению острой и хронической боли были созданы уже в 1986 г. В России они появились совсем недавно, на данный момент на всю страну их всего около 10.

В НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского служба лечения боли была создана полтора года назад, и с тех пор специалисты этого учреждения стремятся вести не только лечебную, но и научную и организационную работу. Одним из важных шагов в этой области стала научно-практическая конференция «Боль. Проблемы и решения», организованная НИИСП им. Н.В.Склифосовского под эгидой Общества врачей неотложной медицины.

Медики из России, Израиля и Эстонии обсудили организационные и медицинские проблемы, связанные с оказанием помощи больным с острой и хронической болью. В России не так много учреждений занимается этой проблемой, и специалистам было интересно обсудить последние достижения в области анальгезии. В частности, коллеги из Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского поделились опытом и особенностями работы старейшего в стране подразделения по лечению болевых синдромов, а врачи НМХЦ им. Н.И.Пирогова

«Волшебного укола» не существует

В НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского прошла научно-практическая конференция, посвящённая проблеме боли

рассказали об ультразвуковой навигации при обезболивании. Заинтересовал участников конференции и метод электростимуляции центральной коры головного мозга, активно применяемый при лечении деаферентационных болевых синдромов в НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. Конечно, много докладов прозвучало и от специалистов НИИСП им. Н.В.Склифосовского. Кроме этого, в рамках конференции была проведена показательная лечебно-диагностическая блокада под рентгенологическим контролем пациентке с болью в зоне крестцово-подвздошного сочленения.

Павел Генев, руководитель службы лечения боли НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского: «То, чем мы здесь занимаемся – это одна из разновидностей паллиативной медицины. Мы не решаем задачу излечения больного, мы снижаем интенсивность боли, чтобы улучшить качество жизни человека, позволить пациенту жить полноценной жизнью. К сожалению, не существует «волшебного укола», который помог бы раз и



Лечебная физкультура также помогает в борьбе с болью

навсегда решить проблему. В среднем, одна подобная процедура действует 3-4 месяца. При этом необходима лечебная физкультура, активная социальная и физическая реабилитация. Необходим комплексный подход».

Несмотря на то, что в штате службы лечения боли всего 4 врача-анестезиолога, к работе при-

влекаются и специалисты из других подразделений – нейрохирурги, неврологи, специалисты по лечебной физкультуре и реабилитации, психотерапевты. За полтора года существования подразделения удалось принять более полутора тысяч пациентов с заболеваниями позвоночника, суставов, головной и мышечными болями, фантом-

ной болью, тяжёлыми болевыми синдромами на фоне сахарного диабета и герпетической инфекции, хронической болью в животе и болью вследствие поражения нервной системы.

Относительно «молодое» и востребованное медицинское направление, тем не менее уже столкнулось со множеством организационных проблем. Например, в программе ОМС не до конца прописана оплата услуг за оказание этого вида помощи, отсутствуют соответствующие стандарты и протоколы. Также специалистов волнует подготовка кадров и международный обмен опытом. Специалисты НИИСП им. Н.В.Склифосовского планируют создать специальный цикл усовершенствования врачей различных специальностей по лечению болевых синдромов. Один из первых циклов пройдёт в 2016 г.

Анна КАБИКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

«Медицинская газета» уже рассказывала читателям об известном детском нейрохирурге из Твери камерунце Леоне Нганкаме, который прославился в регионе своими высокотехнологичными операциями в стенах областной детской больницы. Каждый случай спасения ребёнка в здешнем нейрохирургическом отделении по-своему уникален и вызывает огромный интерес в медицинской среде. Однако эта история, случившаяся с юной жительницей маленького районного центра Верхневолжья – города Кашина заслуживает, наверное, особого внимания.

В самом начале октября этого года 3-летняя Соня в стенах собственного дома стала жертвой вопиющей невнимательности своих родителей. Вернувшись домой после трудового дня, отец девочки по обыкновению оставил на вешалке в коридоре уличную куртку и вышел во двор, чтобы заняться обычными хозяйственными делами. Девочке было скучно, и она, по-видимому, решила поиграть с папиным мобильным телефоном, для чего затеяла самостоятельную «ревизию» оставленной без присмотра его верхней одежды. К удивлению самой Сонечки, вместо желанного телефона с набором виртуальных игр, она обнаружила куда более «интересный» предмет – настоящий травматический пистолет «Оса», который мужчина забыл вытащить из внутреннего кармана куртки. Во время детального осмотра необычной находки девочка нажала на злополучный курок и выстрелила себе в голову в упор.

Пострадавшего ребёнка бригада экстренной медицинской помощи доставила в местную ЦРБ. Дежурный нейрохирург Денис Фёдоров сразу оценил серьёзность ситуации – девочка находилась в крайне тяжёлом состоянии. Диагноз гласил: «огнестрельное ранение черепа, массивный оскольчатый перелом лобной кости, обширная внутримозговая гематома лобной доли, инородное тело в мозговой ткани лобной доли головного мозга». Понимая, что в условиях рядовой районной клиники спасти ребёнка будет попросту невозможно, доктор тут же связался с областными нейрохирургами, проведя телефонную консультацию с заведующим профильным

Особый случай

Пуля из головы

Благодаря мастерству тверского нейрохирурга выжила трёхлетняя «художница»



Во время операции по извлечению пули из головы пострадавшей

отделением Тверской ОДКБ кандидатом медицинских наук Леоном Нганкамом. Было принято решение срочно транспортировать пострадавшую в Тверь.

В сопровождении врача-реаниматолога девочку оперативно доставили в областную детскую клиническую больницу, где её уже ждала бригада лучших региональных специалистов. После детального обследования состояния пациентки её направили в операционную нейрохирургического отделения.

Сложнейшая микрохирургическая операция по извлечению из полости черепа пули продолжалась более 2 часов. Хирурги Леон Нганкам и Марина Долинина обнаружили два фрагмента пули – один застрял в костных структурах лобной кости, второй находился в мозговых тканях. Инородные тела были извлечены с максимальной осторожностью, так как нависла реальная угроза массивного кровотечения из-за опасной локализации металлических элементов

вблизи скопления кровеносных сосудов. Кроме этого, при неосторожных действиях хирургов в любой момент мог возникнуть инсульт со всеми вытекающими отсюда последствиями. Тверским нейрохирургом удалось аккуратно извлечь пулевые фрагменты, а также удалить множество мелких костных отломков без существенного повреждения жизненно важных структур головного мозга. Вместе с расщепившейся пулей эвакуирована и обширная гематома зоны огнестрельного ранения, сдавливающая мозговую ткань.

Первые 4 дня после оперативного вмешательства София провела в отделении реанимации под пристальным наблюдением докторов. После стабилизации состояния девочку перевели в обычную палату стационара, где реабилитационное долечивание продолжилось в плановом режиме. Сегодня пострадавшая пациентка ещё не выписана из больницы, но состояние её расценивается как стабильно удовлетворительное. Нейрохирургам удалось

достичь главного результата своей работы – патологическая неврологическая симптоматика у ребёнка полностью отсутствует.

– В целом послеоперационный период протекает без осложнений, – поясняет Леон Нганкам. – Девочка абсолютно адекватна,

активна, пребывает в полном сознании. Она увлечённо общается с родителями, медицинским персоналом и сверстниками, не испытывает сложностей в движениях. Сегодня её жизнь вне опасности.

Любопытно, что юная София демонстрирует отменный аппетит и целыми днями напролёт увлечённо проявляет свои недюженные художественные способности. И конечно, лучшие свои рисунки «художница» с удовольствием и благодарностью дарит своим любимым докторам – тверским нейрохирургам, спасшим ей жизнь.

Максим СТРАХОВ,
внест. корр. «МГ»,
врач-хирург,

член Союза журналистов России.
Тверь.

Фото автора.



Леон Нганкам, пациентка София с благодарным отцом

Акция

География традиционной международной акции «Европейская неделя ранней диагностики рака головы и шеи» в нашей стране постепенно расширяется: если в 2014 г. в ней принимали участие 20 российских регионов, то в нынешнем – уже 27. В лечебных учреждениях были организованы «точки осмотра», куда каждый желающий мог обратиться, минуя пресловутые очереди в регистратуру, без оформления карточки и талона пациента. Важная особенность акции – командная работа врачей разных специальностей: онколог, челюстно-лицевой хирург, лор и дерматолог.

Один из ведущих российских специалистов в области хирургии рака головы и шеи, директор центра реконструктивной и пластической хирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, член-корреспондент РАН Игорь Решетов назвал данную патологию драматичной и социально-болезненной:

– Ежегодно в России рак головы и шеи выявляется у 21 тыс. человек. В общей структуре онкозаболеваемости рак головы и шеи занимает всего 5%. Казалось бы, не самая большая доля. Но при этом заболевании человек в прямом смысле слова теряет лицо, а затем

Онкодозор прошёл по стране

Цель – сократить бессмысленные потери жизней

утрачивает семью, работу и социальные связи. В отличие от любой другой опухоли эту невозможно спрятать под одеждой, равно как невозможно скрыть следы операций, нередко калечащих. Именно десоциализация данной категории больных подтолкнула инициаторов Европейской недели организовать акцию по ранней диагностике рака головы и шеи.

По результатам прошедшей Европейской недели раннего выявления рака головы и шеи, истинных носителей опухоли в России выявлено всего 1%, зато 25% обследованных вошли в группу риска по развитию рака. Задача медиков – провести этим пациентам полноценное обследование и обеспечить регулярное врачебное наблюдение.

Примечательно, что в нескольких российских городах – Иркутске, Челябинске, Ростове-на-Дону, Красногорске – были организованы зондовые экспедиции врачей на крупные промышленные предприятия с большим числом работников. Таким образом, медицинская

акция стала маркером социальной ответственности бизнеса: на предложение врачей откликнулись не все работодатели, а лишь те, которые по-настоящему заинтересованы в сохранении здоровья своего коллектива.

По словам главного врача Иркутского областного онкологического диспансера Виктории Дворниченко, за один день работы на масложировом комбинате «онкодозор» осмотрел 1000 человек, у 650 из них выявлены те или иные проблемы со здоровьем. Каждый получил рекомендации специалистов и не только: медики расширили традиционную программу акции скринингом на общую онкологию, они предложили работникам комбината сдать кровь на онкомаркеры. В итоге у 15 женщин и 5 мужчин выявлен рак. Результаты только одного дня профилактической работы так сильно впечатлили руководство предприятия, что оно договорилось с Иркутским онкодиспансером проводить подобные акции ежегодно.

Не менее убедительными оказа-

лись итоги Европейской недели в Ростове-на-Дону. По информации директора Ростовского научно-исследовательского онкологического института Минздрава России Олега Кита, институт уже в течение 25 лет регулярно проводит по субботам дни открытого приёма для всех желающих, и население региона всегда охотно использует такую возможность. Поэтому сложностей с привлечением пациентов на акцию по раннему выявлению рака головы и шеи здесь не было. Кроме того, в нынешнем году онкологи с коллегами вышли с онкодозором на крупное частное агропромышленное предприятие.

– За 3 дня акции мы не увидели ни одного абсолютно здорового человека, у каждого есть какое-либо хроническое заболевание, у многих обнаружены предопухолевые патологии, а у 7 человек – начальные формы рака. Сейчас наша задача – проследить дальнейший маршрут этих пациентов, оказать им необходимый объём медицинской помощи, – говорит Олег Кит.

По оценке главного онколога

Минздрава России академика Михаила Давыдова, Европейская неделя ранней диагностики рака головы и шеи может служить примером организации подобных мероприятий для выявления опухолей других локализаций. А в том, что подобные проекты необходимы, сомнений нет: ежегодно в нашей стране около 500 тыс. человек заболевают раком, а 300 тыс. человек умирают от этого заболевания. В идеале, считает главный онколог, необходим активный поиск предикторов опухоли у здоровых людей, но в России заказа государства на скрининговые онкопрограммы пока нет. Поэтому максимум, что могут врачи, – это выявлять у пациентов начальные стадии онкопроцесса.

– Цель этой и всех подобных акций по профилактике и раннему выявлению опухолевых заболеваний – сократить бессмысленные потери жизней, – говорит академик Давыдов.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В мире мало напитков, которые столь же чётко разделяют своих поклонников на два почти не пересекающихся лагеря, как пиво и вино (ну разве что ещё чай и кофе). Попробуем разобраться в имеющихся фактах и развеять мифы, окружающие два самых популярных в мире алкогольных напитка – пиво и вино.

А как они «работают»?

Оставив в стороне вопрос вкусовых предпочтений, давайте попробуем разобраться в том, как каждый из них действует на человеческий организм и на состояние нашего здоровья. От какого из них мы сильнее толстеем? Насколько тот или другой полезен или, наоборот, вреден? И, в конце концов, какой из них даёт более сильное похмелье?

От чего мы быстрее пьянем? Пинта (568 мл) светлого пива и средний по размеру бокал вина содержат примерно одинаковое количество этилового спирта – 2-3 стандартные британские единицы (16-24 г). Но чтобы ударить в голову, этот спирт должен для начала попасть в кровь – а скорость этого процесса может зависеть от напитка.

Мэк Митчелл из Юго-западного медицинского центра при Техасском университете в США недавно провёл исследование, в ходе которого попросил группу из 15 добровольцев мужского пола в разные дни пить разное спиртное.

Он тщательно подобрал содержание спирта во всех напитках таким образом, чтобы оно пропорционально соответствовало массе тела испытуемых, и следил за тем, чтобы они выпивали экспериментальные жидкости в течение одного и того же периода времени – за 20 минут.

Исследования

Прочти на посошок

Вино или пиво – что менее вредно для здоровья?



Как и следовало ожидать, быстрее всего в кровь попадал крепкий алкоголь (он же вызывал и максимальные пиковые значения концентрации спирта в крови), затем вино (пик наступал через 54 минуты после употребления) и, наконец, пиво (62 минуты после выпивания). Другими словами, от бокала вина пьянеешь быстрее, чем от кружки пива.

Вывод: после пива меньше риск оказаться в дурацкой пьяной ситуации.

От чего больше растёт мужское пузо?

Казалось бы, распространённое мнение по поводу того, что пивные животы появляются от употребления соответствующего продукта, должно иметь под собой основания.

Калории есть и в самом этиловом спирте и в сахарах, которые делают напиток вкусным. В пинте пива содержится 180 калорий – на 50% больше, чем в маленьком бокале вина. Достаточно, чтобы растолстеть при неумеренных возлияниях.

Но для тех, кто не изливается, разница не столь уж велика. Недавно проведённый анализ имеющихся исследований показал, что ни любители пива, ни поклонники вина в краткосрочной перспективе вес не набирают.

Но самый продолжительный из проанализированных экспериментов длился всего 10 недель, и в ходе опыта учёные могли не заметить незначительные изменения в весе.

А ведь каждый лишний килограмм, набираемый за 10-недельный период, через 5 лет превратился бы в пивное брюхо весом в 25 кг – примерно 8 среднестатистических новорождённых младенцев.

Кстати, нельзя не отметить вот что: распространённое мнение, что от пива у мужчин может отрасти грудь, практически стопроцентно является мифом.

Вывод: разница невелика, но

вино, похоже, слегка предпочтительнее

От чего тяжелее похмелье?

Несмотря на все старания, учёные пока никак не могут победить привычное проклятие всех любителей спиртного: утреннее похмелье. Нам даже не до конца известно, почему именно оно возникает. Похоже, что важную роль в этом процессе играет обезвоживание (под воздействием алкоголя организм начинает выводить больше жидкости, чем в него попадает).

Но не исключено, что один из дополнительных факторов – это побочные продукты алкогольной ферментации. Эти органические соединения, образующиеся одновременно с этиловым спиртом, придают напитку уникальный букет и вкус, но могут быть токсичными для организма, заставляя нас наутро после бурной вечеринки жалеть о содеянном.

В целом принято считать, что чем темнее напиток, тем больше в нём этих незанозливых компонентов. Но имеющиеся факты пока что допускают разное толкование. Некоторые крепкие тёмные спиртные напитки (скажем, бурбон) действительно могут давать более тяжёлое похмелье, чем хорошо очищенная водка, но разные сорта пива и вина в этом смысле примерно равноценны.

Так что если не переходить на

крепкое, то головная боль от вина и пива должна быть примерно сопоставимой.

Вывод: имеющихся данных для вывода недостаточно.

Что полезнее (или менее вредно) для здоровья?

Нередко можно услышать, что бокал вина в день способствует омоложению организма и снижению риска сердечно-сосудистых заболеваний, высокого кровяного давления и диабета.

Считается, что столь полезным эффектом обладают так называемые полифенолы (особенно их много в красном вине), которые снимают воспаления и помогают выводить из организма вредные химические соединения.

Пиво обычно не изучается в ходе подобных исследований, но в нём есть какое-то количество полифенолов – то есть, оно должно давать примерно такой же эффект, как белое вино (меньший, чем красное). Понятно, что такой вывод – не оправдание бесконтрольного пьянства, но бокал в день действительно может быть для кого-то полезен (а может и нет).

Вывод: красное вино вне конкуренции, но, может быть, всё-таки лучше выпить пива, чем сидеть совсем трезвым?

Общий вывод: в том, что касается пользы (точнее, меньшей степени вредности) для здоровья, первое место остаётся за вином.

Любители пива могут утешать себя старой историей этого напитка. Некоторые антропологи даже считают, что любовь человечества к пиву могла лежать в основе появления сельского хозяйства, а значит, и современной цивилизации.

Андрей БЕЛИАЛОВ.
По материалам сайта
BBC Medicine.

Открытия, находки

Эволюция защиты

Изучение геномов показало, что за время развития жизни на Земле геномы наши и наших предков накопили гены, которые отвечают за разные аспекты клеточной жизни, в частности отвечающие за миграцию и «переход» от стволового к взрослому функциональному состоянию.

Известно, что формирование будущего мозга начинается с обособления на спинной поверхности зародыша пластинки, которая затем сворачивается в трубку, стенки которой защищают нервные стволовые клетки. А до этого в полости зародышевого мешка (бластоцеля) выделяются масса эмбриональных стволовых клеток, развитие которых подталкивает белок, начинающий транскрипцию, или переписывание информации с ДНК гена на молекулу информационной РНК, с которой затем «печатается» протеин.

В лаборатории Колд-Спринг Харбор, что неподалёку от Манхэттена, показали, что для начала «взросления» - дифференцировки специализации - ОСТ необходимо спаривание генов ОКТ, доставшихся от отца и от матери, белок которых садится на «октаву» нуклеотидов (или букв ген-кода, откуда и название). Интерес к ОКТ связан с тем, что он входит в квартет генов, которые необходимы для перевода клеток кожи (фибробластов) в стволовое состояние, а также потому, что мутации четвёрки обнаруживаются в разных опухолях.

Год назад в связи с этим была опубликована статья с характерным названием «Эволюция раковых стволовых клеток», в которой намечались подходы к пониманию механизмов изменений в геноме,

приводящих в клеточной трансформации. Ровно через год Cell сообщил, что в Гарварде завершён скрининг всего генома с помощью нового метода выключения генов, что позволило проверить функцию 67 405 генных вариантов, в очередной раз подтвердивших важнейшую роль защитников-протекторов, мутации которых приводят к нейрофиброматозу, внутримозговому и кожному опухолям, а также снятию «тормоза» клеточного деления. Выделены также 624 маленьких генов, функция которых в регуляции клеточного размножения неясна и требует изучения.

Приложение Nature поместило описание гена Merlin, названного в память о маге и советнике, с которым король Артур советовался перед выступлением в поход. Ген очень важен для клеточного движения-миграции и в норме крайне важен для заживления ран и ожогов. Клеточная миграция играет большую роль в «выдвижении» нервных стволовых клеток и их потомков из их укрытия в формирующую кору (кортикогенез). Специалисты Йельского университета описали в Science эволюционные изменения в регуляторных участках генов (энхансерах и промотерах), активность которых необходима для кортикогенеза, в чём помимо одного из белков, участвующих в формировании костей, принимают участие ещё два протеина из упомянутого выше квартета.

Учёные из Катара и Японии со своими канадскими коллегами выявили удивительную связь APC - одного из генов-протекторов, препятствующих развитию полипоза толстой кишки – и NSD. Второй участник дуэта был открыт у...

шелковичного червя *Bombix mori*, белок которого защищает его от вируса, вызывающего уплотнение ядер клеток. Оказалось, что APC и NDS необходимы для нормального развития нервных клеток, и его изменение ведёт к умственной отсталости и нарушениям памяти вследствие нарушений в мозгу и неправильного формирования черепа.

Геномные исследования показали наличие эволюционной консервативности, позволяющей генам человека работать в развивающемся мозгу мыши. В Йельском университете будущим мышкам перенесли гены человека с «репортёром», дающим синее окрашивание, что позволяет видеть активность генных регуляторов. Параллельно они проводили сравнение этих регуляторов в мозгу и макак-резус с представлением «активных» карт включения и выключения разных генов, отвечающих за развитие клеток и их подвижность, изменение подбололочного протеинового скелета и т.д. последнее очень важно, поскольку аномальная нерегулируемая подвижность раковых клеток даёт метастазы в разные органы и ткани.

Всё это лишний раз подчёркивает значение и важность геномных исследований в эволюционном плане, так как гены - это «древние младенчики», которые за многие миллионы лет мало изменились и до наших дней продолжают верой и правдой выполнять свои функции, меняющиеся в результате мутаций, грозящих самими непредсказуемыми последствиями.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Science.

Перспективы

На макрофаги – клетки, которые открыл И.Мечников, – в последние годы возродился много «напраслины», обвиняющей их и в стимулировании воспаления с раковым ростом, и в возникновении атеросклеротических бляшек, следствием чего является ишемия органов и тканей. Однако это скорее всего не так, о чём свидетельствуют результаты экспериментов, проведённых сотрудниками Университета в шведском городе Ореребро. Они работали с «багряной» грамм-отрицательной бактерией *Porphyromonas gingivalis*, вызывающей парадонтит и как выяснилось поражающей... гладкомышечный слой аорты.

Макрофаги и паркинсонизм

Известно, что туморонекротизирующий фактор (TNF), стимулируя «охранительное» воспаление, способствует развитию атеросклероза. Но действует он не один, а вместе с белком ангиопоэтином, название которого указывает на его роль в новообразовании сосудов. Заражение мышей порфириномасом приводило к повышению уровня ангиопоэтина и транскрипционного фактора, то есть протеина, который стимулирует активность-транскрипцию гена, кодирующего синтез сосудобразующего белка. Интересно, что повышение активности гена ангиопоэтина увеличивало подвижность гладкомышечных клеток стенки аорты, но не их деление. Авторы делают вывод, что ангиопоэтины на фоне заражения микробами из воспалённых дёсен способствуют развитию атеросклероза сосудов, так что здоровые зубы и дёсны залог нормальной работы сердца и функционирования сосудистой системы.

А что же макрофаги? По всей видимости, всё далеко не так просто, как казалось до сих пор. Сотрудники Университета Северной Каролины в городе Чепл-Хилл во главе с профессором биотехнологии Еленой Батраковой и её помощником Александром Кабановым использовали не инфицированные и трансфицированные макрофаги для лечения мышей с моделью паркинсонизма. В клетки

первой линии иммунной защиты был перенесён ген белка, который синтезируется клетками белого вещества (глией, GDNF – Glia-Derived Neurotrophic Factor). Особенностью макрофагов является их способность выходить из просвета сосудов в ткани, в данном случае в мозг мыши. Оказалось, что модифицированные макрофаги могут «научить» поражённые нейроны синтезировать глиальный протеин, поскольку доставляют не только его ген, но также информационную РНК и транскрипционный фактор (последний для «облегчения» активации собственного гена нервных клеток).

Преимущество использования макрофагов, говорит Батракова, заключается в их способности к экставазации и отсутствию иммунной реакции на своих же клеточных «кузенов». Кабанов сказал в связи с успехом проведённых опытов, что «обучение иммунных клеток делать необходимый белок позволило использовать естественную клеточную систему для борьбы с нейродегенеративным состоянием ЦНС». Исследование поведения подопытных мышей после проведённой клеточной терапии показало, что животные испытали благотворное действие нейропротективного воздействия на мозг.

Иван ЛАРИН.
По материалам
Infection and Immunity.

Может быть, вы ещё слышали, что отличников в школе легко узнать по очкам, потому что они постоянно сидят за книжками и портят себе зрение. Как бы то ни было, всем нам знакомо мнение о том, что регулярно читать при плохом освещении нельзя. Однако небольшого исследования, осуществлённого с помощью Интернета, вполне достаточно для того, чтобы убедиться: это беспокойство надуманно.

Вопрос закрыт? Не совсем. Если копнуть глубже и изучить научные данные, оказывается, что эта тема гораздо сложнее. Начнём с самого простого. Близорукость, или миопия, означает, что страдающий ею человек хорошо видит предметы, расположенные вблизи, но отдалённые объекты, такие как номер автобуса или написанное на доске ресторанное меню, кажутся ему расплывчатыми. Очки или контактные линзы помогают решить эту проблему, но не дают ответа на вопрос о том, почему у некоторых в детстве развивается близорукость, а у некоторых нет.

Наши глаза устроены удивительным образом: они способны приспосабливаться к различным уровням освещённости. Если пытаться читать в полутьме, зрачки расширяются, чтобы через хрусталик на сетчатку попадало больше света. С помощью этого света клетки сетчатки – палочки и колбочки – передают в мозг информацию о том, что видит человек.

Если вы находитесь в тёмной комнате – к примеру, вы только что проснулись – этот процесс позволяет вам постепенно привыкнуть к темноте, которая поначалу представляется крошечной. Если включить свет, он будет казаться невыносимо ярким, пока зрачки вновь не приспособятся к освещению. То же самое происходит, если напрягать зрение, читая при слабом свете. Глаза приспосабливаются к внешним условиям, но у некоторых людей такое напряжение вызывает головную боль.

Мифы и факты

Гены, допамин или география?

Не принимайте очкариков за отличников



Точно так же, если всматриваться в книгу или шитье, поднося его близко к глазам, глаза приспосабливаются, напряжением мышц удлиняя так называемое стекловидное тело – студенистую массу глазного яблока, расположенную между хрусталиком и сетчаткой.

Большинство исследований и научных споров на тему близорукости посвящено воздействию на зрение постоянной работы с близко расположенными предметами, а не чтения при плохом освещении. К примеру, в 2013 г. в Великобритании было проведено исследование, показавшее, что работа с близко расположенными предметами может повлиять на развитие близорукости у взрослых, но этот фактор далеко не так важен, как, скажем, вес при рождении или курение в период беременности.

В отдельных регионах близорукость распространена шире: так, в некоторых частях Восточной и Юго-Восточной Азии миопией страдают 80-90% выпускников школ. Это заставляет

учёных задуматься о том, не стал ли причиной этого явления тот факт, что дети вынуждены много времени посвящать учёбе.

Однако географические различия в распространённости миопии могут быть связаны с генетической предрасположенностью: есть масса свидетельств в пользу того, что наследуемые от родителей гены играют очень важную роль в развитии близорукости. Если оба родителя страдают близорукостью, их ребёнок наследует это заболевание с вероятностью 40%; если оба имеют хорошее зрение, риск развития миопии снижается до 10%.

Классическим способом оценки степени влияния генов на развитие заболевания является сравнение однояйцевых близнецов с разнояйцевыми. Исследование, проведённое среди близнецов в Великобритании, показало, что различия в уровне остроты зрения определяются воздействием генетических факторов на 86%. Однако, как отмечают авторы исследования,

это не значит, что воздействием внешних факторов можно вовсе пренебречь. Эти факторы иногда играют важную роль.

Можно говорить о том, что родители, которые сами много занимались и в итоге испортили себе зрение, вероятно, будут побуждать к тому же своих детей, а результат будет списан на генетическую предрасположенность. Или же дети могут наследовать повышенную склонность к глазным заболеваниям, которая затем проявится под воздействием чрезмерного напряжения зрения в раннем возрасте.

Американский учёный Дональд Матти и его коллеги попытались распутать этот клубок при помощи исследования, которое проводилось в штатах Калифорния, Техас и Алабама. Они не нашли никаких подтверждений наличия генетической склонности к глазным заболеваниям и выяснили, что дети родителей с плохим зрением проводят за книжками ничуть не больше времени, чем их сверстники.

Основным фактором, по мнению авторов исследования, всё-таки является наследственность.

Возвращаясь к возможному влиянию внешней среды, можно рассмотреть ряд интересных исследований, посвящённых воздействию освещения – не фонарика под одеялом, а яркого дневного света. Возможно, проблема состоит не в том, что мы проводим много времени впотымах, глядя в страницы, а в том, что мы мало бываем на свету.

В австралийском городе Сиднее было проведено исследование с участием 1700 детей в возрасте 6 и 12 лет, по итогам которого было установлено, что чем больше времени ребёнок

проводит на улице, тем меньше риск развития у него миопии. В результате систематического обзора исследований, в том числе проведённых в Австралии и США, было выявлено общее положительное воздействие пребывания на свету, особенно для населения восточноазиатских стран.

Чем же может помочь дневной свет? Раньше считалось, что спортивные игры учат детей фокусировать зрение на отдалённых предметах, однако в рамках данного исследования дети могли делать что угодно, находясь на улице при свете дня. Судя по всему, некоторым детям это помогло компенсировать вред, нанесённый зрению часами чтения или учёбы.

Авторы исследования полагают, что польза от пребывания на улице связана не столько с необходимостью смотреть вдаль, сколько с воздействием дневного света на глубину резкости и на способность чётко фокусировать зрение. Учёные даже предположили, что более долгое пребывание на свету способствует выработке допамина, который может затем повлиять на рост глазного яблока.

Если эта гипотеза будет доказана, то может послужить объяснением низкой распространённости близорукости в Австралии. Несомненно, большое влияние на развитие миопии оказывают гены, но нельзя сбрасывать со счетов и доводы в пользу того, что внешние факторы также играют свою роль.

В конце концов, каким бы малым ни было воздействие обстановки, её изменить гораздо проще, чем свои гены.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».
По материалам сайта
BBC Medicine.

Однако

Эй, там – наверху!

Властолюбие имеет химическую природу

Ирландский клинический психолог нашёл много общего в психологии американского магната, кандидата в президенты США Дональда Трампа и российского президента Владимира Путина. Не зря Трамп говорит, что «очень хорошо поладит» с российским лидером, если возглавит США.

«И Владимир Путин, и Дональд Трамп – люди с огромной властью, которой они обладают долгое время. А мы знаем, что после определённого промежутка времени огромная неограниченная власть может порождать в головном мозгу ряд поведенческих и личностных изменений», – говорит Иэн Робертсон, профессор (Тринити-колледж, Дублин). В своей книге «Эффект победителя» («The Winner Effect») Робертсон утверждает: радость победы имеет преимущественно химическую природу.

По его мнению, победы побуждают организм выделять больше

тестостерона, что повышает уровень допамина, который воздействует на так называемую «сеть вознаграждения» в мозгу. У человека улучшается настроение, он чувствует себя могущественным и слегка поумневшим, говорит Робертсон.

Но от чересчур долгого действия допамина и его переизбытка могут возникнуть «чрезмерная самоуверенность и жажда заполучить ещё большую власть, утрата способности к сопереживанию, неумение воспринять другие точки зрения, притуплённое чувство опасности», предостерегает он.

Причём человек может впасть в зависимость от этого химического процесса. «Многие жаждут дополнительных побед и могущественных свершений. В случае Трампа это участие в президентских выборах в США. А Путин вошёл в Сирию», – пишет газета.

Игорь НИВКИН.
По материалам
The Washington Times.

Выводы

Не только слабый, но и умный пол

По мнению учёных из Университета Миссури (США), мальчики сильно отстают от своих сверстниц противоположного пола в успеваемости по чтению, а также точным и естественным наукам.

В исследовании, посвящённом изучению успеваемости в средней школе, приняло участие 1,5 млн 15-летних подростков со всего мира. Специалистами были проанализированы данные, собранные в течение 10 лет за период 2000-2010 гг.

Как оказалось, среди девочек успеваемость оказалась на 70% выше. Примечательно, что результаты никак не зависели от экономического, социального неравенства и политической обстановки в странах, откуда были исследуемые. И даже в исламских странах, где, как известно, права женщин в некоторой степени ограничены (Катар, Иордания, Объединённые Арабские Эмираты), показатели



успеваемости девочек оказались всё равно выше, чем у мальчиков.

Только в 3 местах мальчики учились лучше девочек – в Колумбии, Коста-Рике и в индийском штате Химачал-Прадеш. В США и Великобритании мальчики и девочки

учились примерно одинаково. Весьма показательно, не так ли? Самые цивилизованные страны, как-никак, на сегодняшний день.

Алина КРАЗУЭ.
По сообщению Meddaily.

На сложных перекрёстах бытия накапливал древний город Карачев, что на Белгородчине, свою нелёгкую историю. Впервые упомянутый в Ипатьевской летописи под 1146-м годом, он познал и татаро-монгольское нашествие, и литовское владычество, и зарева массовых народных восстаний. Занимал важное стратегическое и выгодное географическое положение, город столетия был сторожевым рубежом России.

Расшифровывая загадочное название города, историки предполагают, что в переводе с тюркского «Карачев» означает «чёрный лес».

Сохранилась донныне возле города небольшая деревенька Девять Дубов. По преданию, «во времена оны» в здешних местах были непроходимые леса и непролазные болота. В густой же чаще непостижимым образом срослись между собой 9 дубов. Именно там якобы и устроил своё убежище кровожадный Соловей-разбойник, о лиходеястве которого столь красочно повествуют русские былины...

Дневник Танеева

В 1987 г. издательство «Музыка» выпустило в свет трёхтомные «Дневники» выдающегося русского композитора Сергея Танеева. Эта своеобразная летопись музыкальной культуры конца XIX и начала XX веков, содержит много не только вообще брянских, но и карачевских страниц. Оказывается, немало времени проводил Сергей Иванович в имении образованных и либерально настроенных юристов, братьев Масловых. Сохранился и снимок: композитор катается на велосипеде в парке имени Селище Карачевского уезда тогдашней Орловской губернии. Старший из братьев Фёдор Иванович долгое время исполнял обязанности председателя Московской судебной палаты, собрал обширную библиотеку по различным отраслям знаний. Именно ему композитор посвятил романсы «Бьётся сердце беспокойное», и «Пять стихотворений Я.П.Полонского».

Именно из имени Селище Сергей Танеев сообщил 3 июля 1887 г. П.И.Чайковскому о работе над оперой «Орестей». Премьера же этого грандиозного музыкально-драматического произведения по одноимённой трилогии Эсхила состоялась 17 октября 1895 г. в Мариинском театре. Словом, селищские будни были наполнены для выдающихся деятелей культуры того времени кропотливой творческой работой.

В эти годы в Карачевском уезде, а позже и в самом городе работал земским врачом выпускник медицинского факультета московского университета Георгий Святославский. Богатейший опыт врача-практика и обширные знания высокообразованного человека снискали Георгию Петровичу заслуженное признание пациентов. Несмотря на то, что политические взгляды врача вызвали подозрение властей, доктора никто не трогал. К тому же он был, пожалуй, на тот период единственным врачевателем на весь большой Карачевский уезд. Работы же у лекаря было невпроворот. Достаточно привести хотя бы строки из заключения общества брянских врачей того периода: «Неряшливость, грязь, переуплотнение жилых помещений в зимнее время как людьми, так и мелким скотом, дают удобную почву для развития эпидемий...».

Есть сведения, что именно земский доктор Георгий Святославский подсказал художнику Владимиру Маковскому мысль написать картину «За лекарством». Это известное полотно, изображающее пришедших в земскую больницу за снадобьем крестьянина с ребёнком, было также написано в Селище Карачевского уезда.

Корни Михаила Булгакова

Мать великого писателя Михаила Булгакова Варвара Михайловна Покровская родилась и выросла в этом древнем городе. Здесь же служил священником в Казанской церкви иконы Божьей Матери её отец Михаил Васильевич. После

Малые города России

Карачевские сокровища

На древней земле вполне уверенно чувствует себя современная медицина

Орловской гимназии Варвара Михайловна преподавала в одном из Карачевских учебных заведений. Здесь же она вышла замуж за доцента Киевской духовной академии Афанасия Ивановича Булгакова. Затем молодая семья переехала в Киев, где и появился на свет будущий великий писатель. Что же касается известного романа Б.Пастернака «Доктор Живаго»...

Обращали ли вы внимание на то, что заключительные страницы этого повествования разворачиваются в только что освобождённом Карачеве осенью 1943 г.? Именно здесь друзья покойного Юрия Андреевича находят дочь врача, состоящую при воинской части «бельёвщицу Таню». Но прежде, чем перейти к этому увенчанному роман событию, Борис Леонидович изобразил послевоенный Карачев.

«Город прорезала главная прямая улица, сливающаяся с трассой большой дороги... На противоположной, не застроенной стороне белели палатки и теснились грузовики и конные фургоны всякого рода служб второго эшелона, оторвавшиеся от своих дивизионных штабов полевые госпитали... Наполовину обращённый в пепел и взорванный город

продолжал гореть и рваться...» Но почему именно здесь свёл писатель своих героев?

Так уж получилось, что в августе 1943 г. из Москвы выехала в Орёл писательская бригада, в состав которой включили и Б.Пастернака. Только что отгремели бои на Орлово-Курской дуге. Орёл освободили 5 августа, Карачев – 15. И вот военный совет 3-й армии, воспользовавшись затишьем перед очередной наступательной операцией, пригласил сюда писателей для подготовки книги «В боях за Орёл». И к вечеру 28 августа

1943 г. американский грузовик «Додж 3/4» въехал в разгромленный в ходе многодневных боёв Карачев.

Писателям сообщили, что после освобождения Орла и Хотынца к Карачеву подошли к середине августа части II-й гвардейской и II-й общевойсковой армий, а в воздухе повисли бомбардировщики и штурмовики 15-й воздушной армии...

В своё время бывший командующий II-й гвардейской армией (тогда – генерал-лейтенант) рассказывал автору этих строк, будучи уже маршалом и дважды Героем Советского Союза, о горячем августе 1943 г. Обучаясь на последнем курсе журфака МГУ им. М.В.Ломоносова, я задумал встретиться со всеми полководцами, причастными к освобождению Брянщины.

В старом блокноте сохранилась запись беседы с Иваном Христофоровичем: «Карачев оставался последним оплотом врага на подступах к Брянску. Расположенный в низине и окружённый холмами, он сам по себе представлял естественную основу оборонительного рубежа. Сопротивление было необычайно упорным...»

Вот эту-то картину разтерзанного при освобождении города и увидел Б.Пастернак.

Тот сборник «В боях за Орёл» вышел в свет только в 1944 г. Однако в нём помещены лишь стихи Бориса Пастернака. Карачев же августа 1943 г. воскрес уже на заключительных страницах «Доктора Живаго».

Медицинская награда главы администрации

В 1840 г. газета «Орловские губернские ведомости» сообщила об «устройстве городской больницы в Карачеве и передаче оной в городское ведомство». Уже говорилось о напряжённой эпидемиологической обстановке, сложившейся к тому времени в уезде, а потому открытие «иждивения купца Трофимова» было воспринято с надеждой. Та же газета сообщила позже, что «крестьянин Карачевского уезда

другие отделения. ЛПУ полностью обеспечено средним медицинским персоналом, настоящий класс мастерства показывают заведующие отделениями Вячеслав Лицманов, Александр Сильченко, Надежда Макарова и другие специалисты.

Именно в Карачевской ЦРБ была внедрена одна из первых на Брянщине электронная версия истории болезни, несмотря на все финансовые трудности, сумели капитально отремонтировать сельские ФАПы, открыли в посёлке Согласие офис врача общей практики.



Заведующая здравпунктом завода «Электродеталь» Т.Исаева лечит лекарствами и улыбкой

Особо подчеркнём, что этому лечебному учреждению не так-то просто выдерживать конкуренцию с областным центром. Ведь до Брянска-то рукой подать. Наверно, и это обстоятельство всегда стимулировало и стимулирует коллектив к поиску и внедрению в практику работы новых технологий, совершенствованию профессионального мастерства. На заработанные коллективом деньги здесь приобрели эндоскопическое оборудование, купили второй аппарат для холтеровского мониторинга. И по любому вопросу главврач может обратиться к руководителю района.

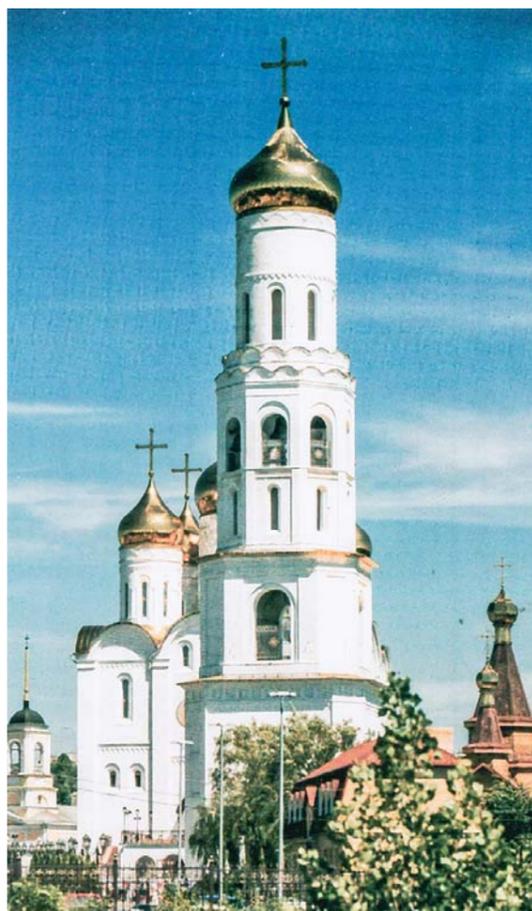
Перемены ожидают и здравпункт местного завода «Электродеталь». По словам заведующей Татьяны Исаевой, намечено в будущем выдавать каждому работающему паспорт здоровья. А для этого готовятся пригласить на работу терапевта, стоматолога, окулиста и других специалистов. Для них готовят лечебные кабинеты, закупают необходимое медицинское оборудование.

И в заключение. Несколько лет назад «Медицинская газета» напечатала небольшую корреспонденцию «Отличился глава районной администрации» (см. «МГ» № 21 от 19.03.2004). В ней рассказывалось о том, что глава Жуковской районной администрации Николай Лучкин удостоен звания отличника здравоохранения. Николай Сергеевич ухитрился в те труднейшие времена создать единственный, по сути, на Брянщине островок спасения для местной медицины. За счёт дополнительного поступления налоговых платежей районный бюджет полностью обеспечивал лечебные учреждения медикаментами и перевязочным материалом, постельным бельём и питанием. Пациенты жили тут, право, как в раю. Вот за что чиновник, не имеющий никакого отношения к медицине, стал отличником здравоохранения. Нынче Николай Лучкин – глава администрации Карачевского района. И хотя он находится в новой должности всего немного, уже принято решение о выделении из местного бюджета 1 млн 300 тыс. руб. на покупку квартиры для доктора, готовятся серьёзные предложения о подготовке и закреплении врачебных кадров на Карачевской земле.

Вот так они и работают рука об руку – руководитель районной администрации, отличник здравоохранения и главный врач ЦРБ, а по совместительству ещё и глава Карачевского городского поселения.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ»

Брянская область.



Подобными древними святынями богата Карачевская земля

Сегодня собеседник «Медицинской газеты» – президент «Русского общественного фонда помощи преследуемым и их семьям» Наталья Солженицына, вдова писателя лауреата Нобелевской премии по литературе А. Солженицына (1918-2008), автора романов «Архипелаг ГУЛАГ», «Раковый корпус», «Красное колесо», повести «Один день Ивана Денисовича» и других произведений, имеющих мировую известность.

– Наталья Дмитриевна, фонд, который вы возглавляете, часто называют «Фондом Солженицына». Созданный Александром Исаевичем в 1974 г. в Швейцарии, в Цюрихе, вот уже более 20 лет фонд активно действует на территории России. Слово «помощь» в названии организации ключевое, то есть главная задача фонда – благотворительность?

– Подчеркну: абсолютная благотворительность! В основе фонда – Нобелевская премия писателя в 98 тыс. долл., которые Александр Исаевич сразу поделил на три части: первая – жене, вторая – семье, и всё остальное – на помощь политзаключённым. Когда опубликовали «Архипелаг ГУЛАГ», он ещё в России сказал, что из мировых гонимых себе не возьмёт ни копейки, весь гонимый отдаёт на помощь семьям политического ГУЛАГа. По совету швейцарских юристов фонд назвали «Фонд помощи преследуемым и их семьям». Хотя Александр Исаевич намерен был назвать фонд «помощи политзаключённым», однако вынужден был учесть швейцарский нейтралитет.

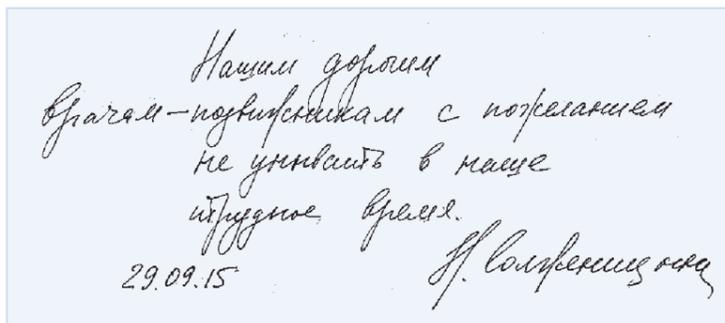
И сегодня фонд ежегодно оказывает помощь нескольким тысячам бывших политзаключённых. Это – главная задача фонда. Вторая – помощь тем направлениям русской культуры, исследованиям и изданию книг, которые не могли выйти при большевиках. Мы учредили литературную премию из средств фонда, премию присуждаем живущим и публикующимся в России авторам. Её лауреатами стали более 20 писателей и деятелей культуры, среди которых Валентин Распутин, Константин Воробьёв, Евгений Носов, Леонид Бородин, Виктор Астафьев, Владимир Бортко, Инна Лисянская... Премия во многом открыла Алексея Варламова: в 2006 г. он был удостоен нашей награды «за тонкое отслеживание в художественной прозе силы и хрупкости человеческой души, её судьбы в современном мире, за осмысление путей русской литературы XX века в жанре писательской биографии», а сегодня Алексей Николаевич – ректор Литературного института им. А.М.Горького.

– Почему работы лауреатов в книжной серии «Литературная премия Александра Солженицына» не выпускает «Фонд Солженицына»?

– «Фонд Солженицына» книг вообще не издаёт, и никогда не издавал, своего издательства у фонда нет, но есть издательства-партнёры. С ними сотрудничает прежде всего «Дом русского зарубежья им. А.И.Солженицына».

«Дом русского зарубежья» издал уже более 20 книг. Одна из самых читаемых – трилогия Владимира Оболенского «Корнет Оболенский», суммарный тираж которой 350 тыс. экземпляров!

– Солженицын – писатель, его произведения, публицистика известны более чем широко. А вот о Солженицыне-филологе



Наталья СОЛЖЕНИЦЫНА:

Мы обязаны критиковать власть, но враждовать не надо

знают далеко не все. Я имею в виду его «Русский словарь языкового расширения», с изданием которого Александр Исаевич вступил в соперничество аж с самим В.И.Далем. Словарь стал филологическим бестселлером!

– Да, начиная с 1995 г., словарь выдержал уже четыре издания, последнее вышло недавно, своеобразный подарок Году литературы. Александр Исаевич считал, что современная устная и письменная речь заметно оскудевает, становится бедной и не выразительной, и при этом мы неоправданно отказываемся от ещё жизнеспособных полнокровных русских слов. Отказываемся – и тем самым обрекаем их на преждевременное отмирание. Опираясь на своё языковое чутьё, Солженицын обратился к сокровищницам словесного банка Даля и лексики русских писателей XIX-XX веков (от Пушкина и Достоевского до Шукшина и Распутина), к чему добавил ещё и диалектные слова южных говоров, с которыми он был знаком с юности, поскольку в Ростове тогда жил и учился. Исходя из этих составляющих, он и назвал книгу «Русский словарь языкового расширения».

– У вас двухгодичный опыт жизни в Европе, 18-летний – в Америке. Как вы оцениваете состояние гражданского общества в России?

– Состояние гражданского общества зародышевое, общество сегодня в эмбриональном состоянии. Но это необходимо пройти для гармоничного развития будущего страны. Необходимо помнить, что произошло в России в 1917 г. Настоящая катастрофа: двухмиллионный исход из нашей страны лучшей части нашего народа и всё последующее. Необходимо понять причины произошедшего – пока их не поймём, прогрессивно двигаться вперёд не сможем. Когда в России сформируется полноценное общество, необходимо будет помнить уроки 1917 г. Всегда необходимо искать компромиссы между властью и обществом. Мы, интеллигенция, обязаны критиковать власть, корректировать её, но враждовать не надо. И ещё. Нужно помнить, что гражданское общество не возникнет без труда каждого из нас.

– То есть нам следует перечитать работу Александра Исаевича «Как нам обустроить Россию?» проработать его тезисы о местном самоуправлении, о принципах земства?

– В этой работе в заголовке совсем не случайно поставлен знак вопроса. Подразумевалось, что

необходима дискуссия: давайте вместе думать, вместе обсуждать, как нам обустроить Россию. Статья была напечатана в сентябре 1990 г. в «Комсомольской правде» – это тогда 27 млн экземпляров. А отклики были напечатаны только всего в двух номерах газеты – в каждом по шесть писем. Горбачёв тогда закрыл эту дискуссию. А ведь в 1991 г. был шанс у России пойти совсем другим путём, действительно прийти к участию народа в своей судьбе. Но... И сегодня народ реально на свою судьбу не влияет. У нас нет действительного и ответственного местного самоуправления, все местные налоги отбирает центр, а потом уже кому сколько достанется... А мы жили 20 лет в изгнании – сначала в Швейцарии, потом в США – вот там это всё есть. В штате Вермонт и мы участвовали в решении всех важных местных вопросов. Нас, как и всех других, спрашивали, к нам прислушивались. Например, мы участвовали в собрании, где решался вопрос, куда направить деньги местных налогов – на ремонт крыши больницы или на дорогу. Проголосовали за больницу...

– Александр Исаевич одобрил бы присоединение Крыма?

– Я думаю, возврат Крыма он бы одобрил, и радовался бы этому. Ведь он об этом писал, начиная с 1968 г., всегда тяжело переживал этот жест Хрущёва с отдачей Крыма и считал, что это совершенно неправильно.

– Согласитесь, тогда, в рамках Советского Союза, это в принципе ничего не значило...

– Да, но он всегда считал, что это аукнется. Как и ленинские границы. Ленин же тоже их нарезал абы как, и Александр Исаевич говорил, что это обязательно отзовется в истории, как то ружьё, которое висит, а в последнем акте выстрелит. Ведь всё, что сейчас называется Новороссией – это никогда не было Украиной, это ж Ленин присоединил. За что? За то, что подавили независимость Украины в гражданской войне – ну нате вам ещё три области. Так вот Крыму бы он радовался, а вот то, что происходит сейчас на Донбассе, он бы, я не знаю, но я так думаю, потому что сама так считаю и думаю, он бы тоже так считал: – Донбасс – это наша ошибка. Надо было сразу сказать: ребята, крымского сценария здесь не будет. Мы готовы всячески поддерживать вас в части русского языка, например, но не более. Мы же забрались слишком



далеко и что теперь делать, никто, по-моему, не знает.

– Мы вернулись к теме русского языка, нашей литературы. Работа с архивами Александра Исаевича, издавая его труды, интенсивно общаясь с деятелями культуры в «Доме русского зарубежья», вы, Наталья Дмитриевна, что называете, можете поставить диагноз состоянию здоровья нашего языка...

– Вопрос очень больной, очень тяжёлый. По стране в вузах много филологических кафедр закрыто. Считаю, что уровень филологического образования народа – это один из вопросов государственной безопасности. Если люди не умеют внятно выразить свою мысль, плохо говорят – эта страна не конкурентоспособна. Сейчас всё глобально, включая экономику, и первенство страны определяется не запасами полезных ископаемых, но культурным уровнем населения, его интеллектуальным и научным потенциалом. Я очень солидарна с Дмитрием Медведевым, который сказал: «У России нет иного пути, кроме пути инновационного развития». Вопрос, кто его будет осуществлять? Эйнштейн говорил: «Мне чтение Достоевского даёт гораздо больше, чем общение с любым математиком». Никакого парадокса в этом нет, великие физики и математики, как известно, знатоки и ценители литературы не меньше, чем сами лингвисты.

Для развития нравственного и интеллектуального уровня населения сокращать гуманитарные предметы ни в коем случае нельзя. Но это, к сожалению, было сделано в 90-е годы. Попытка же исправить положение дел пока очень робкая, на уровне школ, не университетов. Вот сочинение пытаются вернуть, но не в форме школьного литературоведения! Ужасно и другое: русский язык и литературоведение слили в один предмет, который называется «словесность». И это, с моей точки зрения, ужасная ошибка. Тому свидетельством крайне отрицательные результаты ЕГЭ в позапрошлом году, по итогам которых пришлось срочно снижать порог грамотности с 36 баллов до 24! Это национальный позор! Считаю это серьёзной угрозой национальной безопасности.

– Литературная школа Солженицына. Есть ли она?

– Говорить о таком явлении не приходится. Сам Солженицын никогда над этим не задумывался. Школа – это же не просто количество эпигонов, которые подра-

жают тому или другому писателю. Существует огромное количество эпигонов Набокова, но можно ли сказать, что это набоковская школа в литературе?! Для возникновения школы в лучшем понимании этого слова необходимо общение писателя с молодыми авторами, Солженицын был этого лишён. Потом, он ведь очень своеобразный писатель, плюс ещё и историк. У него своеобразный путь в литературе, я не знаю, может ли кто его повторить... И вообще, пока в стране происходят бурные перемены, большая литература не появляется, это факт истории литературы любой страны. Мы должны ожидать явления литературы не нового большого писателя, который будет привлекать к себе большую часть читателей, но это время ещё не пришло, поскольку мы продолжаем жить в турбулентном времени, которое не позволяет оглянуться и подвести итоги. Великая литература в любой стране создавалась, нравится это нам или нет, во времена политического зстояния. Сегодняшняя литература очень своеобразная и очень нужная. Однако по большей части она бытописательская. Да, много молодых талантливых ребят, но они дают нам как бы зеркало, в которое нам самим посмотреть некогда. Они фиксируют нашу сегодняшнюю жизнь, что очень важно, поскольку останется художественный портрет времени.

– Александр Исаевич, что называете, осмыслил не только события XX века, но уже имел свой взгляд и на Россию «нулевых» XXI века...

– Вы знаете, он считал – и это говорил лично Путину, – что во внешней политике тому удалось многое исправить после Ельцина и Козырева, а вот позитивно перестроить что-либо во внутренней жизни...

– Литературной школы Солженицына нет, однако мысли и идеи его востребованы...

– Да, книги Александра Исаевича имеют большой спрос, мы их издаём, потому что они раскупаются. У меня заключены договоры с 12 книжными издательствами – и систематически мы эти договоры продлеваем; ежегодно издаётся альманах «Солженицынские тетради», так что Россия впитывает Солженицына.

– А чем занимаются Ермолай, Игнат и Степан Солженицыны, ваши сыновья?

– Игнат живёт в Нью-Йорке, но поскольку он – классный пианист и дирижёр, то концертирует по всему миру, очень часто бывает в России. В фильме «Солженицын. На последнем плесе» музыка Моцарта и Брамса звучит в исполнении оркестра под руководством Игната.

А Ермолай и Степан уже давно в России, женились на русских девочках, один на пермичке, другой на тверичанке. Сыновья наши видели, что мы с Александром Исаевичем только и живём ожиданием возвращения в Россию, в которое, надо сказать, никто не верил, кроме самого Солженицына. Это он вселил в нас веру, что мы ещё вернёмся на родину. И сыновья всегда хотели быть полезными своей стране и вот, слава Богу, уже много лет работают здесь.

– Фамилия Солженицына продолжаете во внуках?

– Да, у нас с Александром Исаевичем их уже восемь!

Беседу вел
Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

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

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

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Т. КОЗЛОВ.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-10-00445 Тираж 31 102 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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