

Медицинская

10 ноября 2017 г.
пятница
№ 85 (7803)

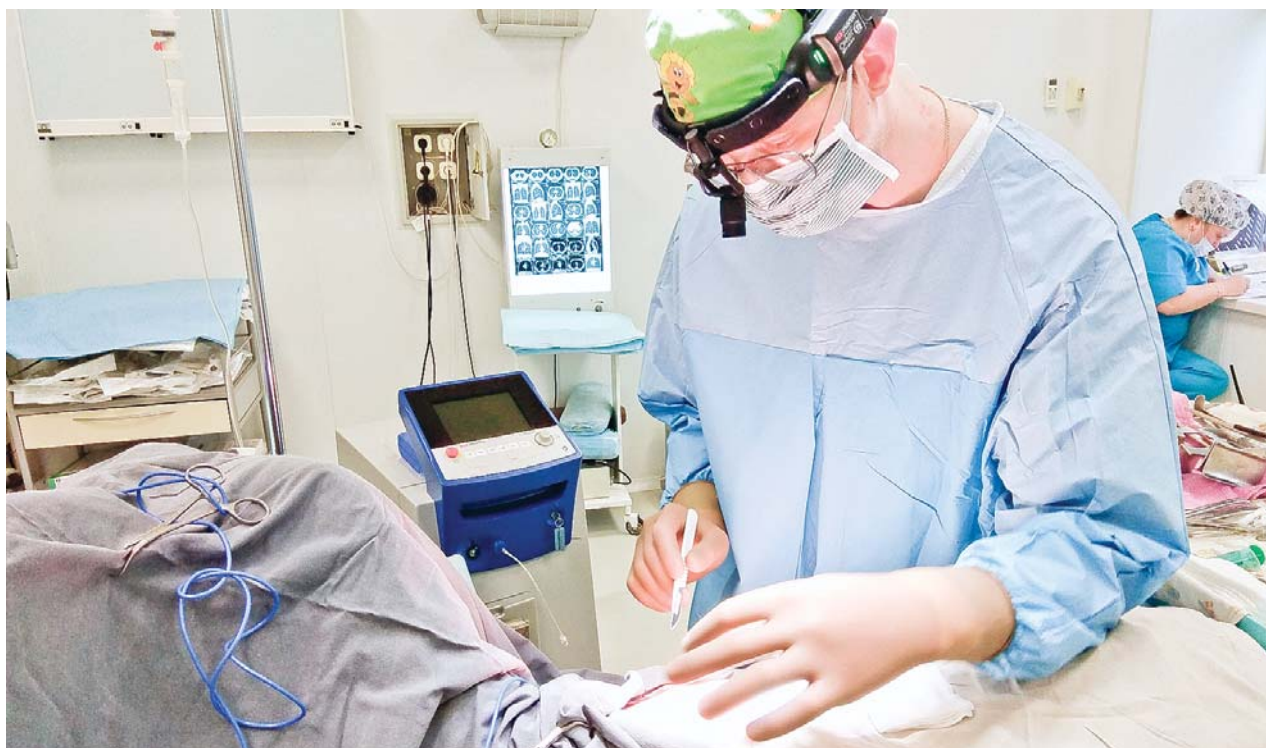
Газета®

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

События

Под знаком всеобщего оздоровления

Россия способна показать пример миру и повести за собой страны в борьбе с туберкулёзом



Нисколько не преувеличивая, следует сказать, что нынешний ноябрь в России проходит под знаком борьбы с туберкулёзом, который представляет реальную угрозу человечеству. В Москве в течение 4 дней на двух авторитетнейших международных площадках отечественные и иностранные эксперты всесторонне обсудят актуальные вопросы, связанные с обузданием смертоносной инфекции.

Большой разговор начнётся 14 ноября на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулёза». А следом – 16 ноября откроет свою работу Первая глобальная министерская конференция «Ликвидировать туберкулёз в эпоху устойчивого развития: многосекто-

Торакальный хирург из Екатеринбурга Александр Баженов, один из победителей конкурса «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века» 2017 г., во время операции

ральный подход», участие в которой, как ожидается, примут делегации большинства стран-членов Всемирной организации здравоохранения.

Туберкулёз по-прежнему занимает особое место среди всех социально значимых инфекционных заболеваний, являя собой глобальную угрозу. Разрушительное его воздействие – неизбежная реальность для многих людей, семей, целых государств. Он несёт значительные экономические и социальные потрясения. Решить вопрос только в пределах одной специальности и одного министерства здравоохранения в глобальном мире не получится.

Поэтому выработкой мер взаимодействия и межстранового сотрудничества сообща займутся мировые

и российские эксперты. Глобальная министерская конференция призвана стать той консолидирующей платформой, где будут сформулированы итоговые положения и планы, которые впоследствии представят мировой общественности на заседании высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединённых Наций.

В значительной мере реализацией мер, направленных на элиминацию туберкулёза, предстоит заниматься нынешней молодёжи, от которой старшие коллеги ждут прорывных инновационных проектов.

Материал об этом читайте на стр. 6-7.

Валентина САРКИСОВА,
президент Ассоциации
медицинских сестёр России:

Жить и работать в профессии становится всё интересней. Не легче, не проще, но, вне всякого сомнения, интересней.

Стр. 4-5



Ирина ВАСИЛЬЕВА,
главный фтизиатр Минздрава
России, профессор:

Российская Федерация намерена сохранить свои лидирующие международные позиции в сфере борьбы с туберкулёзом.

Стр. 6



Христо ТАХЧИДИ,
проректор по лечебной работе
РНИМУ им. Н.И.Пирогова,
член-корреспондент РАН,
заслуженный врач РФ:

В значительной степени врачевание и мастерство в медицине – это интуиция, базирующаяся на предельных знаниях.

Стр. 10-11



Тенденции

Пересадка сердца скоро будет привычной?

Её успешно выполнили челябинские кардиохирурги

Первая операция по пересадке сердца в южноуральском регионе выполнена кардиохирургами Челябинской областной клинической больницы 54-летнему жителю Миассе Александру Обухову. Ему был поставлен диагноз «дилатационная кардиомиопатия с застойной сердечной недостаточностью».

К моменту операции сердце мужчины увеличилось почти в 2 раза и весило уже более килограмма, занимая большую часть грудной клетки, и продолжало расти. Мужчину с трудом передвигался, не мог подняться по лестнице и жил только благодаря кардиостимулятору и постоянному приёму лекарств.

Операция с искусственным кровообращением продолжалась в течение 6 часов. Всё это время организм пациента функционировал без сердца. Операционная бригада состояла из 10 человек, в которую, кроме заведующего кардиохирургическим отделением больницы Михаила Нуждина, вошли специалисты из Екатеринбурга – руководитель Центра сердечно-сосудистой хирургии Константин Кондрашев и врач этого центра Игорь Лагутенко. Одновременно в соседней операционной шло изъятие органов.

«Сердце в отличие от тех же почек гораздо проще подобрать, потому что не требуется такого количества совпадений по параметрам, – пояснил главный трансплантолог Минздрава

области Алексей Барышников. – Основное требование – чтобы орган был полностью здоров и соответствовал по размеру и расположению основных артерий».

Показательно, что в больнице уже пересажено с отличным результатом 40 почек и 4 печени. Все операции проходят без привлечения специалистов со стороны. Челябинские врачи прошли обучение в Москве, в Национальном медицинском исследовательском центре трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова и стажировались в Свердловской областной клинической больнице.

«Мы ставим перед собой цель: сделать такие операции не исключительными, а обычными, рядовыми вмешательствами, – делится планами главный врач челябинской больницы Дмитрий Альтман. – В ближайшей перспективе – дойти до уровня Свердловской областной клинической больницы, где таких операций проводится 4-5 в год. А потом приступим к мультиторганной пересадкам, когда сразу несколько органов от одного донора одновременно пересаживаются нескольким пациентам».

Первого пациента с пересаженным сердцем сегодня переводят в обычную палату кардиохирургического отделения, где ему предстоит ещё пару недель побыть под контролем врачей.

Наталья МАЛУХИНА,
внест. корр. «МГ».

Челябинск.

Профилактика

Оценка пациентов очень важна

Общественный совет при Министерстве здравоохранения Омской области подвёл итоги независимой оценки качества оказания услуг в лечебно-профилактических учреждениях столицы Прииртышья.

В ходе анкетирования омичам предлагали оценить открытость и доступность информации о медицинской организации, комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения, время ожидания предоставления медуслуги, доброжелательность и вежливость

медработников, их компетентность, а также удовлетворённость оказанными услугами.

Лидирующие места среди поликлиник заняли 11 бюджетных учреждений здравоохранения, набравшие максимальное количество баллов.

По результатам этой независимой экспертизы члены общественного совета подготовили для каждого медучреждения рекомендации по повышению качества обслуживания горожан, проведению мероприятий, которые бы улучшили условия пребывания пациентов в учреждении.

К слову, совсем недавно Омск попал в топ лучших в федеральном социологическом опросе оценки качества бесплатного медицинского обслуживания, проведённого специальным отделением агентства ZOOMMARKET среди жителей 40 городов России. В опросе приняли участие 8 тыс. респондентов в возрасте от 20 до 61 года. По итогам анкетирования Омск занял третье место, уступив лишь Москве и Краснодару.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Новости

В планах — «чистое помещение»

В Курском государственном медицинском университете открылась лаборатория экспериментальной хирургии и онкологии, которая является подразделением Научно-исследовательского института экспериментальной медицины.

Интересы учёных, работающих в лаборатории, включают абдоминальную, сосудистую хирургию, нейрохиргию, герниологию, урологию, онкологию. Главная их задача — разработка и экспериментальная апробация новых методик диагностики, лечение и профилактика хирургических и онкологических заболеваний. Будут проводиться доклинические исследования эффективности и безопасности нового оборудования, инструментальных и лабораторных диагностических тестов, лекарственных препаратов и изделений медицинского назначения. В планах — оборудование «чистого помещения». Это позволит работать с иммунодепрессивными животными для моделирования онкологических процессов.

Большая часть лабораторного оснащения отечественного производства. Вместе с новым оборудованием стали доступны и современные методы исследований. Университет планирует приобрести рентгенографическую установку, позволяющую получать высококачественные изображения с десятикратным увеличением без затрат на расходные материалы.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Курск.

От избыточного веса
недалеко до диабета

В Ханты-Мансийском округе — Югре начался месячник под девизом «Избыточный вес и сахарный диабет — прямая связь».

Врачи напоминают, что вслед за увеличением числа полных людей растёт и количество больных сахарным диабетом. У каждого четвёртого человека с лишним весом развивается диабет 2-го типа, что напрямую связано с полнотой. Более 3,5 млн людей страдают «диабетом тучных», более 80% из них имеют лишний вес. Поддержание нормальной массы тела даёт отличный шанс на хорошее самочувствие, имеет большое значение в контроле над болезнью.

«Именно этой актуальной теме будет посвящён ноябрьский месячник, — поясняет главный врач Центра медицинской профилактики Алексей Молостов. — Населению во время лекций, тематических бесед и профилактических акций напоминают о необходимости вести здоровый образ жизни, соблюдать рекомендации врачей и своевременно посещать специалистов».

По его словам, недостаток или чрезмерная масса тела могут лишь усугубить негативное влияние диабета и спровоцировать раннее появление осложнений.

Алёна ЖУКОВА.

Ханты-Мансийск.

Опять двойка?

В Красноярском государственном медицинском университете им. В.Ф.Войно-Ясенецкого разработали систему родительского контроля успеваемости студентов. Соответствующий модуль появился на сайте университета. Во вкладке «сессии» отображается информация об итоговой успеваемости, а во вкладке «занятия и лекции» — журнал посещений и текущей успеваемости, то есть оценок на лекциях и практических занятиях.

Как пояснили в ректорате КрасГМУ, этот ресурс разработан с той целью, чтобы папы и мамы могли в любой момент увидеть, как на самом деле учится их дочь или сын, не полагаясь только на рассказы самих детей-студентов, и при необходимости строго вмешаться в дело. Увы, бывает так, что родители узнают об «успехах» своих детей, только когда тем грозит отчисление за неуспеваемость.

Конфиденциальность информации тоже предусмотрена. Чтобы иметь доступ к разделу «контроль успеваемости» на сайте вуза, родители должны получить в деканате пароль, а для этого необходимо лично прийти в университет и предъявить паспорт. Иными словами, посторонним вход запрещён.

Елена СИБИРЦЕВА.

Красноярск.

«Скорая» набирает обороты

Станции скорой медицинской помощи Владивостока исполнилось 94 года!

По этому случаю в торжественной обстановке из рук главного врача учреждения Дмитрия Чурилова получили грамоты и благодарности почти 50 заслуженных специалистов.

С каждым годом работа «скорой» Приморского края совершенствуется. В минувшем году служба пополнилась 33 новыми санитарными машинами. Обновляется и медицинское снаряжение автомобилей СМП. В ближайшие дни более 30 кардиографов для проведения теле-ЭКГ установят в «скорых» Владивостока. Данные с аппаратов будут передаваться в консультационно-диагностические центры, где врач уже поставит точный диагноз, назначит оперативное лечение и обеспечит правильную маршрутизацию.

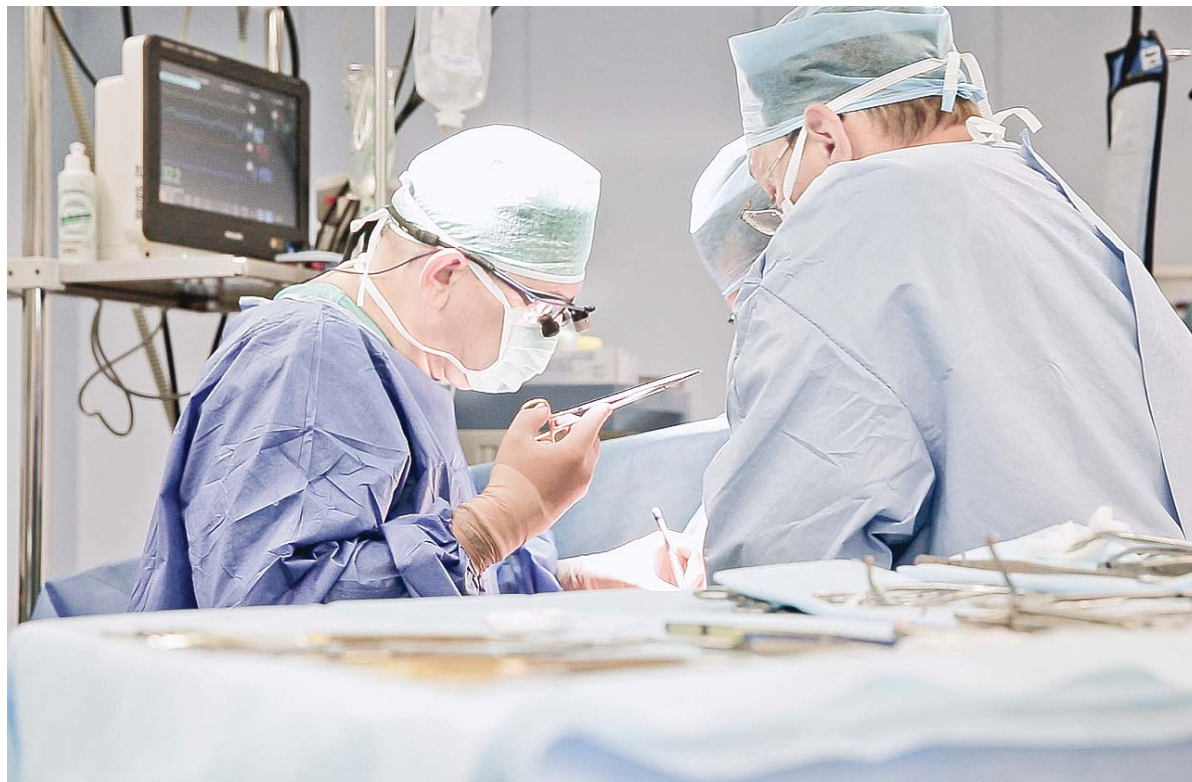
Это позволит оказывать людям квалифицированную и своевременную медицинскую помощь до госпитализации и в конечном итоге снизить смертность от острых сердечно-сосудистых заболеваний.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

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

Работают мастера

Перекроив внутренние
органы, спасли жизнь

В операционной — напряжённая тишина

Пациент, история благополучного излечения которого, несомненно, войдёт в историю отечественной кардиохирургии, попал в Национальный медицинский исследовательский центр им. Е.Н.Мешалкина в жизнеугрожающем состоянии: у 22-летнего молодого человека на фоне острого инфекционного эндокардита развился абсцесс корня аорты, были разрушены аортальный клапан и подклапанные структуры сердца. Воспалительный процесс начал распространяться на митральный клапан, межжелудочковую перегородку.

— В нашем центре пациенты с инфекционным эндокардитом не редкость, но септический процесс такого объёма я не встречал за всю свою хирургическую практику. В ситуации, как у этого парня, когда разрушены почти все струк-

туры сердца, больные погибают практически в 100% случаев, — комментирует директор центра им. Е.Н.Мешалкина академик РАН Александр Караськов.

Именно академик А.Караськов возглавил бригаду, которая оперировала этого больного. Как пояснили в клинике, первым этапом специалисты радикально удалили гнойные массы, поражённый корень аорты, часть восходящего отдела аорты, подклапанные структуры и основание передней створки митрального клапана сердца. Следующим этапом химически обработали сохранившиеся структуры и окружающие ткани во избежание распространения воспалительного процесса. На этапе протезирования аортального клапана пациенту была выполнена модифицированная процедура Росса: кардиохирурги провели забор лёгочного аутографта (ствол и клапан лёгочной артерии, межже-

лудочковой перегородки и выходного отдела правого желудочка), который затем имплантировали в аортальную позицию вместо разрушенного аортального клапана и восходящего отдела аорты пациента.

Сердце, «сшитое по новой выкройке», работает без перебоев. То, что операция прошла успешно, объясняется вовсе не чудом, а большим опытом новосибирских сердечно-сосудистых хирургов по выполнению процедуры Росса. На сегодняшний день НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина — единственный центр кардиохирургии в России, где применяют эту технологию в лечении пациентов с острым инфекционным эндокардитом.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Фото представлено НМИЦ
им. Е.Н. Мешалкина.

Дословно

Странные исследования

Заместитель министра иностранных дел России Сергей Рябков заявил, что объяснения Пентагона по поводу сбора биоматериалов россиян очень сомнительны.

«Мы видели комментарии Пентагона, который говорил, что повторное, коммерческое приобретение проб связано с необходимостью вести исследования по лечению болезней опорно-двигательного аппарата», — цитирует РИА Новости С.Рябкова. По его словам, он с недоверием относится к врачам.

«Но даже мне, дилетанту, такого рода объяснения кажутся весьма надуманными и сомнительными», — заявил он.

С.Рябков отметил, что в любом случае при «отборе биопроб требуется согласие государства, на территории которого осуществляется такая деятельность».

30 октября Президент РФ Владимир Путин на заседании Совета по развитию гражданского общества и правам человека заявил, что в стране по неизвестным причи-

нам целенаправленно собирают биологический материал граждан.

Учебно-авиационное командование (АЕТС) ВВС США на сайте государственных закупок разместило тендер на покупку образцов рибонуклеиновой кислоты и синовиальной оболочки граждан РФ европеоидной расы. Тендер был опубликован 18 июля. ВВС США нужны образцы молекул РНК, участвующие в реализации генетической информации человека, и синовиальная жидкость, которая обеспечивает подвижность суставов. Как отмечается в сопровождающих документах к тендеру, при передаче образцов в распоряжение Учебного авиационного командования поставщик обязан предоставить информацию о состоянии здоровья доноров. Все свежемороженые образцы синовиальной ткани и РНК должны поступать от нормальных доноров без травм опорно-двигательного аппарата. Образцы синовиальной ткани и РНК могут не соответствовать друг другу, то есть быть от различных доноров. Все образцы должны поступать от

людей с отрицательным анализом на ВИЧ, гепатит В, С и сифилис. В момент доставки подрядчик обязан представить образец удостоверения личности, указать пол, возраст, национальность, диагноз, дату хирургической операции, дату диагноза, симптомы, стаж курения, принимаемые лекарственные препараты, рост, вес.

19 июля в тендер были внесены изменения. Одним из основных стало пояснение о том, что «образцы тканей с Украины не принимаются».

Недавно руководство центра выступило с разъяснением, что сбор биоматериала россиян для нужд США связан с изучением болезней опорно-двигательного аппарата.

Между тем ряд экспертов высказали сомнение, что с помощью РНК можно разработать вирусы, которые смогут выборочно действовать на людей, превратившись в страшное биологическое оружие.

Подготовил
Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

Решения

Пресс-служба Минздрава России распространила официальный комментарий о внедрении информационно-аналитической системы (ИАС) мониторинга и контроля в сфере государственных и муниципальных закупок лекарственных препаратов.

– Министерством здравоохранения РФ совместно с государственной корпорацией «Ростех» разработана и внедрена в опытную эксплуатацию система ИАС, – говорится в заявлении. – Для создания новой схемы управления закупками Минздравом разработан структурированный справочник-каталог лекарственных препаратов на основе государственных реестров, зарегистрированных лекарственных средств и предельных отпускных цен. Совместно с заинтересованными федеральными органами проведена интеграция созданной информационно-аналитической системы с единой информационной системой в сфере закупок.

Каталог лекарств встроен в систему закупок и даёт возможность вносить туда структурированную информацию, которая автоматизировано обрабатывается и передаётся уже системе мониторинга закупок. Это позволяет оперативно анализировать информацию на уровне планирования закупок и по результатам конкурсных процедур. Также система автоматизировано рассчитывает средневзвешенные рыночные цены на аналогичные закупки по международным непатентованным и торговым наименованиям лекарств и объективизирует все отклонения от них.

Ошибочное, неполное понимание

Для функционирования единой информационной системы в сфере закупок с момента начала тестовой эксплуатации ИАС Минздравом России совместно с заинтересованными ведомствами Российской Федерации ведётся унификация сведений о международных непатентованных наименованиях лекарственных средств, их формах и дозировках в едином справочнике-классификаторе лекарственных препаратов (ЕСКЛП), выработаны единые принципы ведения и передачи структурированных сведений из Государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения. При этом объём сведений, содержащийся в этом реестре, закреплён нормативным актом – порядком ведения государственного реестра лекарственных средств для медицинского применения. Информация о том, что единый справочник-классификатор носит разнородный характер, не соответствует действительности.

По состоянию на 1 ноября 2017 г. унифицировано 99,5% записей ЕСКЛП.

Таким образом, к моменту промышленной эксплуатации информационно-аналитической системы с 1 января 2018 г. все государственные и муниципальные заказчики будут иметь возможность вносить информацию о контрактах на закупку лекарственных препаратов в структурированной форме с ис-

пользованием унифицированного ЕСКЛП.

В настоящее время информационная аналитическая система работает в тестовом режиме. Она наполняется данными, при этом отрабатываются её технические параметры и процессы. В промышленную эксплуатацию система будет введена с 1 января 2018 г.

Более того, государством регулируются цены на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты, что исключает возможность роста цен на них. Как показывает ежемесячный мониторинг Росздравнадзора, в сентябре 2017 г. по отношению к августу 2017 г. в среднем по России розничные цены на ЖНВЛП амбулаторного сегмента снизились на 0,2%, закупочные (оптовые) цены – на 0,1%, уровень фактических отпускных цен производителей остался прежним.

Таким образом, утверждение, в том числе со стороны отдельных органов исполнительной власти, о том, что внедрение ИАС может привести к росту цен на лекарства, не соответствует действительности и, вероятно, основано на неполном понимании ими существа проводимой работы, к которой они активно привлекаются Минздравом России.

Алексей ПИМШИН.

Ситуация

Виноват? Объясни почему

Итоги работы отрасли за 9 месяцев года подвела коллегия министерства здравоохранения Республики Тыва. В числе главных достижений республиканской медицины - снижение показателей смертности по всем основным причинам, за исключением туберкулёза. В целом же смертность населения Тувы за 9 месяцев 2017 г. оказалась на 10% ниже данного показателя за аналогичный период прошлого года.

Парадоксально, отметили участники коллегии, что даже показатель смертности от новообразований удалось снизить на 5%, а вот положительной динамики по тубер-

кулёзу достичь никак не удаётся: здесь не просто стабильно плохая картина, а ухудшение ситуации. По данным Минздрава Тувы, во многих районах республики, включая столицу Кызыл, в нынешнем году произошёл рост смертности от туберкулёза от 1,2 до 2,2 раза.

Как прозвучало на заседании коллегии, большинство случаев гибели от туберкулёза обусловлено поздним обращением больных к врачу. Высокий уровень запущенности заболевания, как отметили участники заседания, говорит о слабой организации работы медиков с населением по профилактике и ранней диагностике туберкулёза. И снова, как и в прошлые годы, произносятся стандартные

фразы о необходимости усилить межведомственную работу, в том числе по информированию населения об опасности заболевания туберкулёзом, повысить «охват» ФЛГ-обследованием.

«Досталось» и участковой службе, особенно тех районов, где показатели смертности населения от разных причин выше, чем в остальных. Минздрав представил членам коллегии информацию, к жителям каких терапевтических участков чаще всего выезжают бригады скорой помощи, при этом были названы имена участковых врачей. Теперь эти доктора должны предоставить в министерство анализ причин такого положения дел на своих участках.

Елена ЮРИНА.

Кызыл.

100 строк на размышление

В начале года Минздрав России подготовил концепцию по борьбе с курением с 2017 до 2022 г. Проект был разослан на согласование в 18 ведомств, включая Минфин, Минэкономразвития и МВД России. После этого концепцию должно было утвердить правительство. И вот на днях появились сообщения о том, что Правительство РФ вернуло в Министерство здравоохранения проект антитабачной концепции. На доработку. Как следует из материалов СМИ, печатных и электронных, сделано это по настоянию ассоциации «Табакпром». Лоббисты направили в инстанцию письмо, в котором предлагается дополнительно обсудить документ, где прописаны меры противодействия курению на ближайшие 5 лет. Интересная складывается ситуация – всеильный хвост опять виляет безвольной собакой? И почему вообще при решении витальных вопросов здоровья нации должно учитываться мнение табачников?

Телега впереди лошади

К слову сказать, ещё в период обсуждения концепции критических стрел в её сторону было выпущено немало. Во многом заслуженно. К примеру, согласно замыслам, планируется увеличить количество мест, в которых нельзя курить. Запрет должен распространиться на коммунальные квартиры, все виды общественного транспорта, остановки и прилегающую территорию в радиусе 3 метров. Под запрет попадала такая же зона у входов в здания торговых центров, подземные и наземные переходы и даже личный транспорт, если в нём находятся дети.

А теперь сами догадайтесь, кто будет рисовать и закрашивать эти радиусы. Да ещё в масштабах самой большой на планете страны. Или, быть может, выберут совсем простой путь: пусть курильщик носит рулетку в кармане. И мелок в придачу. И во всех общественных местах самочинно отмеряет и очерчивает границы своей резервации перед тем, как закурить? И главное – кто и как будет контролировать, не заступил ли курильщик, случайно или со злым протестным умыслом, хоть одной ногой за запретную черту. И почему – в радиусе 3 метров? А не 2,5, или, скажем, 4? И уж если какое-то научное объяснение цифре всё же найдётся, то почему не сочинили таблицу поправок на ветер с учётом розы ветров конкретных территорий? Или их составление доверят местным властям? Чтобы тоже не скучали.

Кроме того, концепция предусматривает, что курильщик будет обязан потушить сигарету в присутствии любого человека, возмущающего против курения. Легко представить, какое любопытное пешее путешествие будет незамедлительно рекомендовано таким возражающим. И хорошо, если в парламентских выражениях.

Поскольку лечение табачной зависимости лежит в сфере моих профессиональных интересов, за перипетиями по теме слежу давно и с пристрастием. И вот какой возникает вопрос. А почему Минздрав с таким рвением и с завидной регулярностью соглашается выполнять антитабачные поручения, далёкие от логически понятных профильных функций? Как то: подготовка статистической информации для Кабмина о заболеваемости и смертности, связанных с курением, в динамике; медицинская, подчёркиваю, профилактика курения (а это многоуровневая санпросветработа в первую голову, а не высчитывание радиусов разведения по разные стороны баррикад курильщиков и сторонников пресловутого ЗОЖ); и нормативно-методологическое сопровождение собственно лечебных практик этого вида зависимости.

Наверное, у Минздрава есть какие-то мотивы ввязываться в роли Пересвета в подковёрную битву с Челубеем табачного лобби. Кто знает. Хотя итог мифологизированного исторического поединка никак не оптимистичен.

Сделаем попытку понять логику правительства в постановке задач. Вопрос: курение является фактором высокого риска преждевременной смерти? Да, доказано мировой статистикой ВОЗ. А что именно чаще всего приво-

дит к печальному исходу? Опять же статистически – онкология. А онкология – это что? Это – нездоровье. А кто отвечает за борьбу с нездоровьем? Ему, выходит, и карты в руки.

Следуя такой парадоксальной парадигме, можно предложить и другие умозрительные параллели. Так сказать, на будущее. Например, глобальное потепление климата имеет место быть? Да, не даром же всемирные конференции об этом бьют тревогу. Тепловые удары и обезвоживание в жару – опасные состояния для здоровья? Да, подчас до летальных исходов. Значит, кто должен заняться вплотную климатом? Ответ напрашивается сам собой. А тут тебе и парниковый эффект, и озоновые дыры, и охлаждение Гольфстрима в купе с катастрофическим таянием Антарктиды... Представляете, какое открывается пространство для полёта творческой мысли, случись Минздраву на деле озадачиться проблемой? Трёхметровые разделительные радиусы вокруг автобусных остановок детским лепетом покажутся. Так, глядишь, ведомство станет самым могущественным и тотально за всё в стране отвечающим министерством. Первым среди остальных на подхвате. Локомотивом на конной тяге с задним приводом. Ибо нет в окружающей человека действительности чего-либо, что прямо или косвенно не влияло бы на его здоровье.

Если без иронии, Минздраву не позавидуешь. С одной стороны, существует рамочная конвенция Всемирной организации здравоохранения по борьбе против табака. Казалось бы, чего уж лучше, бери – пользуйся. Но то ли силёнок, то ли желания у отечественного истэблшмента оседлать этот гоночный велосипед не наблюдается. Вот и юлят, кустарным способом изобретают свой трёхколёсный, пониже да пожже. Дескать, для наших социальных почв более адаптированный. Да чтоб, не дай бог, не разозлить «международную транснациональную табачную мафию (по выражению первого заместителя председателя Комитета Госдумы РФ по образованию и науке Геннадия Онищенко), глумящуюся над здоровьем россиян».

Вместе с тем отнюдь не Минздрав является регулятором оборота табачной продукции, вейпов и их дериватов. Есть богатыри пошире и в плечах, и в административном ресурсе. Чиновники же ведомства, будучи поставлены в неловкое положение некорректными, мягко говоря, заданиями свыше, выкручиваются как могут. Действуют по принципу, звучащему в простонародье резковато и жёстко, но по существу верно: прокукарекал, а там хоть не рассветай. И дальше, очевидно, уповают на притчу о Ходже Насреддине, султани и осле дехканина, которого Ходжа обещал научить через 20 лет говорить. Мораль литературного опуса, надеюсь, никому не надо напоминать.

Юрий СУПРУНОВ,
врач-психотерапевт
высшей категории.

Московская область.

Подписка-2018

Идёт подписная кампания

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.



Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

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

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

Ассоциация медицинских сестёр России (РАМС) отмечает свой 25-летний юбилей. И медицинские сёстры страны могут поздравить друг друга с этой датой. Кто знает, как бы сложилась их судьба, если бы четверть века назад они не объединились в общественную организацию, мощную, деятельную, устремлённую вперёд. По этому поводу в Санкт-Петербурге состоялся крупнейший конгресс, где в ходе церемонии открытия звучали поздравления, прошёл парад региональных отделений ассоциации, состоялось награждение лучших специалистов. Вслед за этим стартовала двухдневная деловая часть конгресса – настоящее торжество науки, знаний, передовых технологий в сестринском деле. Свыше 750 человек из 50 регионов России собрались в городе на Неве, чтобы обменяться опытом, поделиться успехами, обсудить проблемы, наметить ориентиры на будущее.

На площадке конгресса, объединяющая идея которого – «Лидерство и инновации – путь к новым достижениям», помимо пленарных заседаний, прошли многочисленные симпозиумы, мастер-классы, «круглые столы», постерные сессии. С докладами выступили 160 специалистов сестринского дела! Ещё пару десятилетий назад такое и представить невозможно было. Но российские сёстры очень хотели перемен, и они их добились.

– Мы стали другими, – отметила президент РАМС Валентина Саркисова, находящаяся у руля ассоциации с первых дней основания.

Впрочем, это, как говорится, видно невооружённым глазом. А особенно остро почувствовалось, когда на сцене выстроилась целая шеренга специалистов сестринского дела, защитивших кандидатские диссертации, посвящённые совершенствованию сестринской помощи.

– Восхищена тем, как много диссертационных работ выполнено медицинскими сёстрами, – выразила общее мнение присутствующих представитель Европейского регионального бюро ВОЗ Галина Перфильева. – Если раньше, выступая перед российской сестринской аудиторией, я просила: «Поднимите руки, кто имеет высшее сестринское образование», и рук год от года становилось всё больше, то теперь впору спрашивать: «Кто имеет степень кандидата наук?».

Выросло новое поколение медицинских сестёр-исследователей, которые вносят свой вклад в науку, в развитие сестринского дела, в повышение статуса профессии. Исследования ведь проводятся не ради степеней и званий, а ради улучшения качества сестринской помощи. Возникают новые направления деятельности медицинских сестёр, новые услуги, меняется кадровая структура сестринского персонала. Как отметила президент Кемеровской общественной организации Тамара Дружинина, постепенно сестринская практика трансформируется в самостоятельную профессиональную деятельность, базирующуюся на теоретических знаниях, практическом опыте, научных суждениях и клиническом мышлении.

Служу профессии!

Многие медицинские сёстры, получив образование, в том числе высшее, и возможность применить приобретённые знания, творчески подходят к своей работе, анализируют её результаты, предлагают и внедряют новшества, способствующие повышению качества услуг. Так, в больнице скорой медицинской помощи Республики Карелия по инициативе главной медицинской сестры больницы Татьяны Вирки реорганизована система ухода. Изучив ситуацию при поступлении больных с urgentной патологией, кадровое и ресурсное обеспечение, здесь разработали новую структуру – отдел по организации и обеспечению ухода. Создание такого специализированного подразделения, осуществляющего уход за пациентами во всех клинических отделениях, позволяет, по словам главной медсестры, рационально, дифференцированно и своевременно предоставлять услуги тем, кто в них нуждается, и разрабатывать индивидуальный план ухода. В составе отдела сёстры-координаторы, младшие сёстры по уходу, социальный работник. Введение должности медсестры-координато-

Ориентиры

Лидерство и инновации — путь к новым достижениям

Под таким девизом прошёл Всероссийский конгресс специалистов сестринского дела

ра ухода помогает согласовать действия персонала различного уровня в интересах пациента, определять тактику ведения, обучать персонал, больного и его родственников.

Но прежде чем приступить к уходу, ещё в приёмном отделении пациентов оценивают с помощью соответствующих шкал (шкала боли, риска падений, возникновения пролежней и т.д.) и надевают идентификационные разноцветные браслеты. Лицам, имеющим аллергические реакции на лекарственные средства, – красный; лицам с высоким риском падения – жёлтый; пациентам с нарушениями интеллектуально-мнестического статуса – белый. Это предупреждает возможные риски. Такой подход оказался эффективным: сократилось количество дней пребывания на койке, снизились жалобы пациентов на качество ухода.

Кстати, выступление Т.Вирки на конгрессе вызвало прямо-таки фурор. Интерес у коллег был необычайный. Профессор сестринского дела из США Джудит Весси призналась, что её очень впечатлили браслеты, и что это – отличный пример, который можно реализовать во всех больницах.

Старшая медицинская сестра отделения неврологии для больных с острым нарушением мозгового кровообращения городской клинической больницы им. С.С.Юдина Москвы у себя в отделении построила работу по принципу «универсальная медицинская сестра», фактически отказавшись от услуг процедурной. Поводом для таких изменений послужило недовольство пациентов тем, что процедурная сестра последнему больному ставила капельницу в обед. Теперь каждая медицинская сестра полностью обихаживает своих 12 пациентов, делая всё: от ухода до капельниц и инъекций. Результат превзошёл ожидания. Сейчас речь идёт о том, чтобы внедрить опыт в других отделениях стационара.

Анна Скотти, медицинская сестра кабинета медико-социальной помощи городской поликлиники № 1 Петрозаводска, внедрила специальную оздоровительную программу «Сити-танс» («Танцы на стульях») для людей старшего возраста и ослабленных пациентов (люди, сидя на стульях, под музыку выполняют движения руками, ногами, туловищем). Опираясь на технологию норвежских коллег, создала ряд собственных программ по активному долголетию, среди них «Движение и общение – профилактика старения».

Таких примеров можно привести немало. Медсёстры внедряют инновации в повседневную практику, делятся друг с другом наработками. Им есть о чём рассказать, ведь в каждом регионе имеется своя изюминка.

Как отметила директор Департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава

России Татьяна Семёнова, за последние 3-4 года роль специалистов сестринского дела сильно возросла. Медсёстры во многих территориях ведут доврачебный приём, имеют возможность выдавать рецепты на лекарственные средства хроническим больным, выдавать справки, особенно если пациент недавно прошёл диспансеризацию.

На протяжении всех дней конгресса залы были заполнены, столь острой оказалась жажда знаний.

фессионализма специалистов. Ассоциация тесно взаимодействовала с представителями высшей школы, понимая, что более высокий уровень образования сформирует новое поколение медицинских сестёр, сестёр-руководителей, которые смогут наладить работу в клиниках и реализовать на местах столь нужные практические преобразования. Шаг за шагом добивалась решения отдельных вопросов, готовила специальные обращения в адрес Минздрава России о

ранению Ленинградской области Сергей Вылегжанин, приветствуя присутствующих от имени руководителей департаментов здравоохранения всех субъектов РФ, где сегодня действуют региональные ассоциации, входящие в РАМС. – Вы гораздо больше, чем врачи, вовлечены в процесс перемен. Вам хочется меняться. И это здорово!

РАМС быстро достигла признания и на международной арене. Сегодня она является одним из ключевых участников Международного



Валентина Саркисова

Видеть такое количество людей с горящими глазами нечасто приходится. Всё это ещё раз подтверждает тезис, что медсёстры стали другими. А путь им к знаниям, совершенствованию открыла РАМС.

Немного истории

Теперь уже в далёком 1992 г. небольшая группа главных медицинских сестёр из нескольких регионов пришла к мысли о необходимости создания профессионального объединения. Идея встретила поддержку в Минздраве России. И вскоре, после учредительной конференции, начала претворяться в жизнь.

– Мы обсуждали цели и задачи новой организации, много встречались и дискутировали, пытались охватить необъятное, – вспоминает В.Саркисова. – Нас волновало абсолютно всё. Мы видели, что медицинские сёстры за рубежом имеют другой уровень образования, и сами, невзирая на возраст, сели за парты, пошли на контакт с зарубежными коллегами. Тогда почти никто из российских медсестёр не общался с зарубежными специалистами, поэтому их опыт был так интересен. Мы стремились к тому, чтобы оказание сестринской помощи было организовано по-новому; мы хотели, чтобы медицинские сёстры были обеспечены всеми необходимыми ресурсами, что в условиях катастрофической нехватки бюджета казалось невыполнимым; мы надеялись научить медицинских сестёр работать иначе, приобрести новые знания и развивать практику и сестринский уход во всех отраслях медицины; мы осознавали, что специалисты могут сыграть огромную роль в улучшении здравоохранения, но тогда для этого не было ровным счётом ничего, кроме огромного желания, энтузиазма, решимости и готовности работать вместе. Как показала дальнейшая история, это и стало самым главным – готовность работать вместе.

Усилия были направлены в первую очередь на повышение про-

введении новых управленческих должностей – главной акушерки, заместителя главного врача по сестринскому делу. Это содействовало формированию нового статуса профессии, участию руководителей сестринских служб в обсуждении и принятии решений относительно организации помощи.

– В самом начале своего пути мы ещё не знали, каким трудным он будет, но точно знали, к чему он должен нас привести, – говорит В.Саркисова. – Мы стремились не только научить медицинских сестёр чему-то новому, но и сформировать большую группу лидеров. Ассоциация издавала методические рекомендации, проводила учебные мероприятия, претворяла в жизнь новаторские идеи и проекты в ряде областей медицины (психиатрии, онкологии, фтизиатрии). Мы многое сумели сделать, так как искренне любим свою профессию, пациентов. Роль медицинской сестры в больнице стала другой. Раньше сестра считалась помощником врача. Он сказал – она исполнила, даже если знала, что надо иначе. Не было у неё права голоса. Сейчас мы думаем, говорим, проводим исследования, спорим, отстаиваем свою позицию, если знаем, что она правильная и принесёт пользу пациентам. И наши руководители смотрят на нас уже совсем другими глазами.

Так за четверть века из никому неизвестного объединения Ассоциация медицинских сестёр России выросла во влиятельную, авторитетную организацию, представляющую профессиональные интересы большинства специалистов сестринского дела страны. Как отмечается в поздравлении ЦК Профсоюза работников здравоохранения, ассоциация смогла не только объединить усилия в деле защиты медицинских сестёр, но и активно влиять на изменение их статуса в системе российского здравоохранения.

– Вы действительно лидеры, во многом определяющие политику здравоохранения, – сказал председатель Комитета по здравооо-

совета медсестёр, Европейского форума сестринских и акушерских ассоциаций, Альянса сестринских ассоциаций стран БРИКС.

«Мы высоко ценим интенсивное и плодотворное сотрудничество с РАМС, – говорится в приветственном адресе директора Европейского регионального бюро ВОЗ Жужанны Якаб участникам конгресса, – в частности вклад ваших сотрудников и коллег в выпуск европейского сборника «Примеры передовой сестринской и акушерской практики», проведение обучающих семинаров по сестринскому делу в Республике Молдова, Приднестровье, Туркменистане, Белоруссии и ряде других стран СНГ. Отдельно хотели бы отметить выдающиеся лидерские качества и огромный личный вклад госпожи В.Саркисовой на должности председателя Европейского форума национальных ассоциаций медицинских сестёр и акушерок».

Стоит пояснить, что уже 4 года Валентина Антоновна возглавляет объединение национальных сестринских и акушерских ассоциаций Европы (которое носит название Европейского форума) и, как отметила Г.Перфильева, является его безупречным лидером.

Приведу один небольшой штрих. На церемонии открытия конгресса при появлении на сцене В.Саркисовой зал встал в знак глубокого уважения к ней (а это – около тысячи человек) и приветствовал горячими аплодисментами.

Полезный обмен

На конгрессе, как и подобает научному мероприятию, много внимания уделялось основам профессии, освещению результатов исследований в сестринском деле и доказательной практике. Причём доклады российских медицинских сестёр ни в чём не уступали зарубежным коллегам, коих было не мало (гости приехали из США, Франции, Германии, Великобритании, Нидерландов, Польши, Белоруссии, Латвии, Донецка, Луганска и других стран. Кстати, самой многочисленной зарубежной делегацией оказалась команда из Латвии – более 30 человек!).

«Пациентоориентированная модель медицинской помощи», «Современные технологии профилактической и реабилитационной медицины», «Образование XXI века», «Этика взаимодействия», «Безопасная больничная среда» – это лишь часть симпозиумов, на которых рассматривались наиболее актуальные проблемы. Каждый участник выбирал, что ему ближе. Но всех одинаково интересовали вопросы внедрения профессиональных стандартов (между прочим, их ассоциация разрабатывала с 2008 г.) и предстоящей аккредитации.

Как сообщила Т.Семёнова, профессиональные стандарты согла-



К Татьяне Семёновой – много вопросов

сованы, осталось только утвердить, после чего начнётся аккредитация. Но в следующем году она коснётся лишь выпускников колледжей и медицинских училищ, тех, кто впервые получает право заниматься медицинской деятельностью. А работающие медицинские сёстры будут её проходить, начиная с 2021 г.

– Если медицинский работник хорошо трудится, повышает свой образовательный уровень, у него нет профессиональных ошибок, отсутствуют ятрогенные осложнения, то в этом случае пролонгация допуска к профессиональной деятельности должна быть максимально комфортной, безо всяких стрессов, дополнительных проверок и т.п. Единственное условие – человек должен профессионально развиваться. Поэтому не стоит бояться перспективы 2021-2025 гг. Никаких дополнительных экзаменов не будет, – завершила Т.Семёнова.

Огромный интерес у участников конгресса вызвало выступление директора Департамента сестринского дела правительства Уэльса Джин Уайт. В 2016 г. принят закон Уэльса о кадровом обеспечении, где говорится, что в любом учреждении необходимо иметь достаточное число медицинских сестёр для оказания качественного ухода, и это число определяется по специальной методологии. Более того, больницы обязаны раскрывать данные и рассказывать пациентам, достаточно ли в учреждении трудятся медицинских сестёр. Джин Уайт поведала, какие меры предпринимаются для привлечения кадров. Если правительство оплачивает учёбу, то подписывается контракт со студентами, с тем чтобы они 2 года отработали в системе здравоохранения Уэльса. Это помогает привлечь и закрепить молодых специалистов на рабочих местах. В то же время в Уэльсе уважительно относятся к пенсионерам, идут им навстречу, предлагают гибкие схемы трудоустройства.

– Мы говорим: «Получайте вашу пенсию, но вернитесь на работу. Работайте меньше часов, но, пожалуйста, работайте», – рассказала Джин Уайт, чем вызвала большое оживление в зале. По её словам, профессия медицинской сестры в Уэльсе имеет очень высокий престиж, её образ сформирован в обществе как привлекательный, чему способствовали многие факторы, в том числе и публикации в СМИ.

О расширенной роли медицинской сестры в ряде стран говорила в своём выступлении Клаудия Майер (Германия). Она подчеркнула, как важно укрепление доверия между врачами и медицинскими сёстрами, а также законодательное регулирование нового статуса медсестры.

Эта тема нашла отражение и в выступлении Тамары Дружининой.

Взгляд в будущее

Конечно же, несмотря на большие перемены, не всё благополучно в сестринском «королевстве» России. Нерешённых вопросов предостаточно. Да, у современных медицинских сестёр много ролей в самых различных направлениях медицины: от узкоспециальной до расширенной, многофункциональной. Обучение позволяет получить

таких специалистов. Но, по словам Т.Дружининой, проблема в регионах состоит в том, что ни врачи, ни руководство медицинской организации психологически не готовы к такой трансформации роли медицинского персонала. Мешает неадекватность, недостаточная информированность о том, что происходит в профессиональной жизни и образовании медицинских сестёр, стереотипы, нежелание меняться и менять.

– Сестринское дело не конкурирует со сферой врачебной деятельности, оно занимает те ниши, которые не представляют область интереса врачей, но требуют профессионального сестринского участия, – подчеркнула Т.Дружинина. – К ним в первую очередь относятся дома сестринского ухода (где ведётся наблюдение и осуществляется уход за пожилыми, престарелыми, пациентами с хронической патологией), создание служб консультативной помощи матерям и детям, хроническим больным, организация школ здоровья и т.д.

Успешно реализованные пилотные проекты подтверждают возможность автономии профессии медицинской сестры. Но возникает необходимость пересмотра её статуса, законодательного закрепления распределения полномочий между медицинской сестрой и врачом. Для осуществления изменений требуется в первую очередь внедрение профессиональных стандартов деятельности специалистов сестринского дела. С ними, надеются медицинские сёстры, всё встанет на свои места, будет создана нормативно-правовая база, определяются компетенции и ответственность специалистов сестринского дела.

– Но прежде всего нужно работать над восполнением кадрового дефицита, заниматься привлечением в нашу профессию молодых, поскольку без укомплектованности ни профессиональный стандарт, ни охрана труда невозможны, – считает Т.Дружинина.

Следует подумать и о расширении номенклатуры должностей специалистов с высшим и средним сестринским образованием, использовании потенциала образовательных учреждений для опережающего профессионального обучения.

Словом, впереди масса забот. Как сказала В.Саркисова, жить и работать в профессии становится всё интересней. Не легче, не проще, но, вне всякого сомнения, интересней.

Конгресс глазами его участников

Интервью, взятые корреспондентом «МГ» в перерывах между заседаниями.

Татьяна Кудряшова, участковая медицинская сестра противотуберкулезного кабинета центральной городской больницы города Вельска Архангельской области:

– Колоссальный путь проделан в последние десятилетия, за которым стоит огромный труд лидеров сестринского дела. Могу об этом судить потому, что работаю в медицине более 20 лет. Возвращаясь с конференции РАМС всегда воодушевлённой. Общение с коллегами,

обмен опытом окрыляет, хочется работать, чувствуешь нужность и важность своей профессии.

Я восхищена не только деловой частью форума, но и юбилейным вечером, посвящённым 25-летию РАМС, и теми великими людьми, что награждены на нём нагрудными знаками, грамотами, дипломами Минздрава России и ассоциации. Преплонаясь перед ними и горжусь тем, что медицинские сёстры проводят такую значимую для всех нас работу во благо пациентов, во благо нашей страны. Организовать столь представительный форум с участием зарубежных коллег, да ещё на столь высоком уровне – огромный труд. Большой поклон сотрудникам офиса РАМС. Всё было великолепно! Мы увидели, какие у нас красивые, талантливые, пытливые медицинские сёстры.

В ходе конгресса постаралась взять для себя максимум информации, исписала 2 блокнота, присутствуя на секциях интересующего меня профиля. Хотя побывать хотелось везде, но всё просто физически не охватить. Очень любопытно было послушать сообщения иностранных коллег об их опыте, особенно по поводу расширенной роли медицинской сестры. У нас во фтизиатрии она уже потихоньку внедряется. И от этого, честно говоря, испытала гордость.

Галина Долбня, старшая медицинская сестра отделения микрохирургии Коми республиканской больницы:

– Впервые участвую в таком конгрессе. Впечатлений – море. Я знала, что РАМС – большая

разовательном, учебном плане. Они дают возможность проанализировать, правильную ли ты политику ведёшь как руководитель службы.

На конгрессе в Брянщины пришло 30 человек, и все говорят, что узнали здесь очень много нового для себя, хотя вроде бы и так стараются не отставать от жизни. Благодаря РАМС наши сёстры участвуют в конференциях, конгрессах, совещаниях – вся информация доводится до непосредственных исполнителей на местах. Это дорогого стоит. Да, сейчас активно используются дистанционные, компьютерные технологии, но живое человеческое общение ничто не заменит. Мы спорим, обмениваемся мнениями, делимся друг с другом тем, что волнует. Вот сейчас у нас в регионе в связи с оптимизацией произошло существенное сокращение сотрудников. Большое количество санитарок переведено в ранг уборщиц. Санитарские обязанности будут возлагаться на медицинских сестёр. А ведь от этого как раз всегда хотели уйти. Не представляю, как медсестра, (в ночное, вечернее время, когда нет процедурной сестры) будет успевать и капельницу поставить, и желудок промыть, и посмотреть, как больной себя ведёт, и судно вынести, и покормить пациента, и гигиенические мероприятия провести. Это нереально (особенно в таких отделениях, как реанимация и хирургия) и в корне неправильно.

Татьяна Ёжикова, главный специалист по сестринскому делу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики,



Во время конгресса

организация, но что настолько авторитетная (причём и в стране, и в мире) – не представляла. Поражена увиденным и услышанным.

Российские медсёстры выступали с такими прекрасными докладами и на таком высоком уровне, что диву даёшься. Восхищает та колоссальная работа, в том числе исследовательская, которая проводится на местах. Выходит, не только доктора, но и мы, обычные сёстры, можем многое сделать для своих пациентов, для своей профессии. Это очень заряжает, вызывает желание действовать, развиваться.

Я участвовала в заседаниях секций по безопасной среде, пациентоориентированной модели, посетила мастер-класс по забору венозной крови, расскажу коллегам обо всех новостях. Считаю, рядовым медсёстрам тоже надо бывать на таких мероприятиях, чтоб пополнять свою копилку знаний, да и чтоб ощутить себя не просто каким-то винтиком, а полноценным членом сестринского сообщества.

Конгресс вызвал бурю ярких эмоций. А каким красивым, душевным было его открытие! Один парад региональных ассоциаций чего стоит!

Альвина Сковпень, экс-главная медицинская сестра Клиновской центральной городской больницы Брянской области, отдавшая 46 лет медицине, 30 из которых возглавляла сестринскую службу:

– Сюда попала уже будучи пенсионеркой (с сентября не работаю). Но душа радуется, глядя вокруг. Нам завидуют доктора, что у нас есть ассоциация, профессиональные встречи, праздники. Такие мероприятия очень полезны в об-

стандарт поликлиники» вызвал неподдельный интерес и получил высокую оценку.

Вера Рябова, главная медицинская сестра Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования (Смоленск):

– Ассоциация медицинских сестёр России в нашей жизни играет огромную роль, вселяет в нас гордость за профессию. Мы можем получить у неё любую поддержку и самую последнюю информацию. Это особенно важно сейчас, когда внедряется система непрерывного профессионального образования. Мы чувствуем плечо друга и старшего товарища.

Наш лидер В.Саркисова – пример для подражания, человек очень мужественный, целеустремлённый, энергичный. Она для нас словно подзарядка для батареек. Имея такие титулы, такой вес, в том числе на международной арене, она всегда доступна, отзывчива, терпима. Считаю её медицинской сестрой с большой буквы. И мы рядом с ней чувствуем себя самостоятельными личностями, умеющими и решения принимать, и новшества внедрять, и исследования проводить.

В нашем Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования много медицинских сестёр с высшим сестринским образованием, есть и с экономическим, психологическим, искренне любящих свою профессию. Мы не боимся экспериментировать, творить, что-то внедрять, хотя приходится сталкиваться с подводными камнями и юридическими препятствиями. Но, как говорил Оскар Уайльд, лучше иногда падать, чем никогда не летать. Важно, что главный врач центра Анатолий Овсянкин в этом поддерживает.

РАМС позволяет нам ощутить чувство единения с коллегами со всей России. На конгрессе, кстати, великолепно организованном, была возможность и пообщаться, и поделиться опытом, и порадоваться друг за друга. Здесь собрались лидеры. Но за 25 лет медицинские сёстры изменились в массе своей. Выросла самооценка, ответственность. Сёстры научились разговаривать с пациентом, объяснять все свои действия. И к этому нас тоже ассоциация сподвигла.

Сделано много для развития сестринской профессии. Опыт РАМС надо использовать. Взять те же проекты профессиональных стандартов – это ж глобальный труд. А сколько методической литературы издано! Вполне можно её подкорректировать и утвердить для всей страны, чтобы был единый стандартизированный подход. А то нередко каждая медицинская организация, как говорится, изобретает свой велосипед, тратя ресурсы и время.

Любовь Аносова, главная медицинская сестра городской детской больницы Оренбурга:

– Благодаря РАМС в жизни моих коллег и моей личной многое изменилось. Считаю, что я сохранила должность главной медицинской сестры больницы потому, что многому научилась, посещая форумы, конференции, обучающие семинары, проводимые РАМС. Не представляю, где бы ещё мы могли получить те знания, которые получаем сегодня.

Вот здесь на конгрессе присутствует наша делегация из 10 человек. Одну из наших медицинских сестёр вчера наградили. Мы были счастливы, что она оказалась на одной сцене с лучшими профессионалами России.

Татьяна Зорина, вице-президент РАМС, президент Омской профессиональной сестринской ассоциации:

– Такие конгрессы позволяют нам увидеть, как люди реагируют на те или иные начинания, востребован ли наш опыт. И когда получаем благодарности от коллег, медицинских сестёр, хочется ещё больше сделать и отдать. Мы становимся сильнее, увереннее от осознания того, что идём по правильному пути.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

– Ирина Анатольевна, почему мир обратил пристальное внимание на проблему туберкулёза и какие причины побудили провести глобальную министерскую конференцию в нашей стране?

– Министерство здравоохранения РФ, которое проводит целенаправленную политику сотрудничества с Всемирной организацией здравоохранения и другими международными партнёрами, выступило с инициативой проведения в Москве Первой глобальной министерской конференции ВОЗ по проблеме туберкулёза в контексте глобального здравоохранения и Целей развития тысячелетия.

Как известно, Цели развития тысячелетия, установленные к 2015 г., достигнуты. В отношении туберкулёза цель звучала так: «Остановить эпидемию туберкулёза и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости». Теперь ООН делает новые установки, получившие название Цели устойчивого развития. В них обозначены ещё более амбициозные задачи, связанные с сохранением здоровья населения мира. И подпунктом – положить конец эпидемии туберкулёза. Это созвучно с Глобальной стратегией ВОЗ, которая провозглашена Всемирной ассамблеей здравоохранения как стратегия End TB, суть которой в том, чтобы ликвидировать заболевание во всём мире как проблему общественного здравоохранения. Реализация программы стартовала в 2016 г.

В нашей стране уделяется большое внимание проблемам, связанным с социально значимыми заболеваниями, в числе которых и туберкулёз. Чтобы нам действительно ликвидировать его, как это определено задачами ВОЗ, нужно принципиально изменить подходы. В этом нам, как и другим государствам мира, призвана помочь Первая глобальная министерская конференция «Ликвидировать туберкулёз в эпоху устойчивого развития: многосекторальный подход». Она проводится впервые в мировой истории, прежде подобных не было.

До недавнего времени во многих странах туберкулёзом занимался узкий круг специалистов. Бессспорно, привлекались общественные организации, но работа велась несистемно, отчего и была недостаточно эффективной. Практически нигде не было межведомственного взаимодействия. А без этого рассчитывать на положительный результат не приходится.

В России успешно реализовывался и реализуется комплекс мероприятий по профилактике, диагностике и лечению заболевания, однако имеются нерешённые проблемы. Например, недостаточно мер социальной и психологической поддержки, позволяющих, в частности, больным туберкулёзом избавиться от социальной стигмы. Информационные кампании не несут пациентам и окружающим понимание, что же такое туберкулёз. Несмотря на успехи, пока мы не достигли полного взаимодействия пенитенциарной системы и гражданского сектора здравоохранения. Как и для многих стран мира, для нас крайне остро стоит проблема роста миграционных потоков, что связано с опасностью неконтролируемого распространения заболевания. Тревожит рост числа сочетанных с туберкулёзом болезней, как неинфекционных, так и инфекционных, в частности ВИЧ-инфекции. Все эти и множество других вопросов требуют быстрого решения, а поэтому будут активно обсуждаться на той платформе, которую предоставляет глобальная конференция.

– Российские фтизиатры регулярно обсуждают перечисленные вами вопросы на своих форумах и впоследствии воплощают новое в практику, что, кстати, способствует достижению хороших результатов в обуздании смертоносной инфекции. В чём свежий под-

Авторитетное мнение

Глобальное наступление на глобальную проблему

Туберкулёз как реальную угрозу человечеству можно одолеть только всем миром

Решению проблемы туберкулёза в России уделяется большое внимание. На протяжении более 10 последних лет реализуются федеральные программы со стабильным финансированием, что даёт положительные результаты. Сейчас смертность от туберкулёза снизилась на 60%, заболеваемость – более чем на 30%. Столь впечатляющие успехи, активность России заметны не только на страновом, но и на мировом уровне. Вот почему РФ избрана площадкой для международного обсуждения проблемы, животрепещущей не только для стран с высоким бременем туберкулёза, но и всего мира.

Об этом мы беседуем с директором Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, главным фтизиатром Минздрава России, экспертом ВОЗ по туберкулёзу от РФ, президентом Российского общества фтизиатров/Ассоциации фтизиатров России, доктором медицинских наук, профессором Ириной ВАСИЛЬЕВОЙ.

ход, который продемонстрирует глобальная конференция?

– Новизна подходов конференции в том, что это взгляд на туберкулёз как на проблему целого комплекса системных и межсекторальных вызовов обществу. Мы обязаны рассматривать его в контексте, в первую очередь, междисциплинарного взаимодействия, если это касается непосредственно медицинских вопросов. Поскольку если это социально значимое заболевание, то для его ликвидации недостаточно усилий только Министерства здравоохранения, нужно ещё внимание и других министерств – социального развития, труда, Главного управления по вопросам миграции Министерства внутренних дел. И самое главное – Министерства финансов, которое также должно осознать всю важность проблемы. Врачебное сообщество осознаёт это, но оно ограничено в своих возможностях. Очень важно, чтобы все, кто принимает решения, также понимали, что туберкулёз – это глобальная медико-социальная проблема.

– **Расскажите, пожалуйста, конкретнее о тех актуальных темах, которые предполагается рассмотреть на предстоящем форуме.**

– Вопросы скомпонованы в 8 блоков, которые признаны экспертами как наиболее важные. Во-первых, на конференции будет рассмотрен блок, касающийся всеобщего охвата медицинской помощью и профилактикой всех, кто нуждается в этом. Речь идёт о глобальной доступности для людей. Во-вторых – устойчивость финансирования противотуберкулёзных мероприятий, социальная поддержка всех нуждающихся, помощь общественных организаций. В-третьих – этический компонент и права человека, как они обеспечиваются в аспекте каждого пациента. Четвёртый блок касается научных исследований и инноваций. Для того чтобы нам действительно элиминировать туберкулёз, нужны принципиально новые методы профилактики, диагностики и лечения. Их не будет без развития фундаментальной медицины и клинических исследований. То есть фундаментальная наука, учёные должны предложить новейшие методики, а клиницисты апробировать их и транслировать в практику. Пятый блок – мониторинг и оценка прогресса, что предполагает выработку системы оценки эпидемиологии, учёта, отчётности. В разных странах она разнообразная, хотя есть общий свод отчётов, которые собираются ВОЗ. Тем не менее это требует пересмотра, чтобы правильно определить нынешнее положение вещей и вы-

строить эффективную политику и планы на будущее. Следующий блок – проблема антимикробной резистентности, которой в нашей стране уделяется пристальное внимание. Седьмой блок – это адекватный, оперативный ответ на туберкулёз, сочетанный с ВИЧ-инфекцией. В стране немало количество больных ею, а они более всего подвержены туберкулёзу. И восьмой блок – это междисциплинарный ответ на сочетанные с туберкулёзом неинфекционные заболевания. Мы знаем, что туберкулёз часто сопутствует, например, сахарному диабету и другим системным и респираторным заболеваниям.

Особо подчеркну, что эти темы станут основными для экспертного обсуждения в ходе двухдневной Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулёза», которая пройдёт в преддверии Первой глобальной министерской конференции. Цель российских и международных экспертов в том, чтобы на профессиональном уровне всесторонне обсудить все вышеуказанные темы, разработать и принять обращение международного экспертного сообщества к участникам глобальной конференции, на которой будут присутствовать министерские делегации более ста государств-членов ВОЗ.

В ходе преконференции пройдёт 10 симпозиумов, сопредседателями каждого из которых станут российский и иностранные эксперты. В симпозиумах предусмотрено равное количество докладов отечественных и зарубежных учёных, представителей организаций, в том числе общественных, пациентских и т.д. То есть конференция выходит за рамки сугубо медицинской и фтизиатрической тематики. Цель экспертного обращения – призвать министров сконцентрировать своё внимание на общей беде. Основной наш профессиональный посыл в том, чтобы руководители стран и министерств осознали, что эта глобальная проблема не может быть решена только медицинскими средствами, необходимо комплексное взаимодействие. Достичь успеха можно лишь тогда, когда эффективно функционируют все компоненты огромного механизма.

– **Накоплен ли Россией такой позитивный опыт, которым мы можем поделиться с другими?**

– Безусловно. ВОЗ выделила нашу страну благодаря тому, что за последние годы мы достигли очень хороших результатов по темпам снижения бремени туберкулёза. Средние темпы снижения смертности составляют 9,7%, в то время



как в других странах мира они не превышают 2-6% в год. Именно поэтому мировая общественность, ВОЗ обратили своё внимание на опыт России. Наше традиционное видение туберкулёза всегда было таким, что это не изолированная проблема, а межсекторальная. При оказании пациенту медицинской помощи врачи обязательно придавали большое значение и социальному фактору.

Также, начиная с 2015 г., в стране эффективно действует инициированная Правительством РФ программа снижения смертности от ведущих причин, в числе которых туберкулёз. В ней определены целевые точки и проблемные места. Она успешно внедрена во всех регионах. Благодаря этому мы достигли успеха – уверенных темпов снижения смертности и заболеваемости.

В настоящее время у нас есть абсолютно все возможности, чтобы справляться с туберкулёзом. Имеется государственная поддержка, помощь на федеральном уровне. Из нашего штаба – Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава России – мы курируем работу всех 85 регионов. Они согласовывают с нами свои программы, обращаются за методической помощью. Мы и сами активно выезжаем в территории, помогаем. В общем, наработан богатый багаж. Если в 90-е годы мы нуждались в международном опыте, воевских программах, то сейчас ситуация изменилась. Теперь ВОЗ просит нас поделиться российским опытом, ведь он уникален, аналогичных ему нет в других странах мира. У нас создана и эффективно функционирует уникальная фтизиатрическая служба, насчитывающая богатую историю. Централизованная фтизиослужба выстраивалась десятилетиями, она отличается рядом преимуществ. Среди них – хорошая система скрининговых осмотров (мы их называем профилактическими) для выявления заболевания на ранних стадиях у взрослых, а у детей – выявления инфицирования и проведения профилактических мероприятий, чтобы они не заболели. Этого нет нигде в мире. Кроме того, у нас множество других приобретений, которые мы можем записать себе в актив. И к этому бесценному опыту сейчас обращаются другие страны.

– **Какие проблемные места остаются?**

– Проблемы, конечно же, имеются, и мы их преодолеваем. В первую очередь они касаются антибиотикорезистентности и туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. И с их решением нам

также не справиться в одиночку, нужен межсекторальный подход. В частности, для недопущения развития антибиотикорезистентности одними медицинскими возможностями не обойтись. Тут важно задействовать иные меры – социальные, психологические, просветительскую работу – и направить их на адекватный поведенческий подход, чтобы не происходило потенцирования лекарственной устойчивости.

Особую проблему представляют больные туберкулёзом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфицированные болеют многими заболеваниями, а туберкулёз у них протекает остро, непривычно для его типичного развития. И здесь при проведении качественной и своевременной диагностики существенно возрастает роль не фтизиатров, а узких специалистов и врачей первичного звена. Подчас они, к сожалению, забывают о туберкулёзе и не проводят тех диагностических мероприятий, которые необходимы. В результате иногда диагноз при ВИЧ-инфекции ставится после того, как больной умер.

– **Как вы полагаете, послужит ли глобальная конференция своеобразным трамплином для дальнейших действий всемирного масштаба?**

– Несомненно. Собственно, это уже нашло отражение в резолюции Генеральной ассамблеи ООН, которая была принята в декабре 2016 г. В ней зафиксировано решение провести в 2018 г. заседание высокого уровня Генеральной ассамблеи ООН по проблеме туберкулёза. Прежде обсуждение данного вопроса никогда не выносилось на столь авторитетный уровень. Это одно из самых важных последствий министерской конференции. Вне сомнения, она станет консолидирующей платформой, которая объединит усилия всех стран и поднимет проблему туберкулёза на глобальный уровень.

– **Какое значение она будет иметь для нашей страны?**

– Российская Федерация намерена сохранить свои лидирующие международные позиции в сфере борьбы с туберкулёзом и после проведения конференции. Наши коллеги, фтизиатры, по большей части, являются членами Российского общества фтизиатров. Лучшие из них вместе с международными экспертами будут привлечены к процессу формирования обращения к делегатам конференции. Всё это возлагает повышенную ответственность. Уже сегодня мир смотрит на Россию глазами ВОЗ, а после глобальной министерской конференции все страны с высоким бременем туберкулёза начнут ориентироваться на наших фтизиатров как на лидеров, способных показать пример и повести за собой. Поскольку мы служим примером, это налагает дополнительную высокую ответственность, и мы обязаны совершенствоваться во всех аспектах своей деятельности. Для этого нам предстоит ещё больше сплотиться и оперативно реализовать принятые решения.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Для молодых очень важно, когда наставники доверяют им, помогают, предоставляют свободу. Свежие подходы, незамысленные взгляды способствуют движению вперёд, приводя порой к прорыву в той или иной области.

Особенно это важно для такой специальности, как фтизиатрия. В современной медицине туберкулёз остаётся одной из актуальнейших проблем. Его ликвидация стала насущной задачей отечественного здравоохранения, тем более теперь, когда Россия присоединилась к глобальной стратегии ВОЗ, цель которой – положить конец эпидемии.

Реализовывать стратегию предстоит нынешним энергичным учёным и практикам. Только вот фтизиатрия пока не является престижной для многих. Поэтому одним из путей привлечения в специальность, начиная ещё со студенческой скамьи, стал организованный Российским обществом фтизиатров/Ассоциацией фтизиатров России совместно с Минздравом России, Всемирной организацией здравоохранения и «Медицинской газетой» конкурс научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века». Недавно экспертный совет определил победителей конкурса 2017 г. и постановил поощрить их возможностью опубликовать работы в рецензируемом ВАК журнале «Туберкулёз и болезни лёгких».

Следует отметить, что Министрство здравоохранения РФ стремится создавать благоприятный климат для реализации перспективных молодёжных про-

ликают актуальность, высокий научный уровень, доказательность. У автора имеется большое количество публикаций.

Досье. *Е.Богодухова окончила педиатрический факультет Читинской ГМА. Прошла интернатуру по фтизиатрии на кафедре туберкулёза. По совместительству трудится фтизиатром в Забайкальском краевом клиническом фтизиопульмонологическом центре. Соискатель учёной степени*

центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава России. Соискатель учёной степени кандидата медицинских наук, лауреат конкурсов молодых учёных, участник научных конференций, в том числе с международным участием, автор научных публикаций.

В работе впервые представлены лабораторные критерии, позволяющие сделать предположение об активности туберкулёз-

Уральского филиала Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Александр Баженов. В 2015 г. ему был вручён диплом «За актуальность исследования». И вот в нынешнем году он оказался на почётном третьем месте. Его работа – это большой коллективный труд совместно с Петром Хольным, Анной Цвиренко, Игорем Мотусом, Львом Кардапольцевым, Рауфом Басыровым.

ботанного и предназначенного для транскатетерного закрытия дефектов межжелудочковой и межпредсердной перегородок сердца. Манипуляцию хирурги осуществляли при фибробронхоскопии под местной анестезией на спонтанном дыхании больного. Автор подробно описал технику установки сосудистого ASD-окклюдера, свой первый опыт его применения для лечения хронических свищей культёй главных бронхов после пневмонэктомии

Перспективы

На пути во фтизиатрию будущего

Победители конкурса «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века» отвечают на новые вызовы и предлагают свежие решения

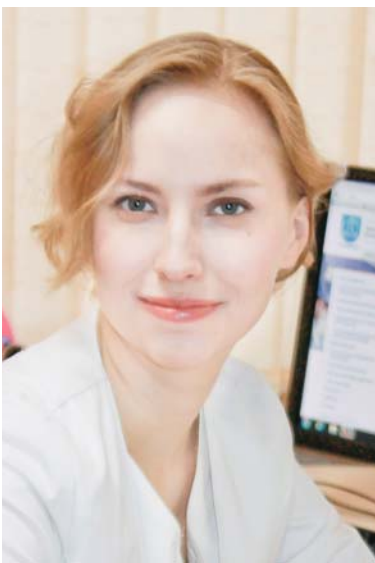
кандидата медицинских наук. В специальности 4 года. Среди увлечений – занятия спортом. Вместе с мужем и сыном катается на коньках, велосипеде, любит плавать, прекрасно готовит.

В соавторстве со своим научным руководителем, заведующим кафедрой туберкулёза Читинской ГМА, кандидатом медицинских наук Евгением Байке Е.Богодухова оценила вклад полиморфизма генов TLR2, TLR3, TLR4 и TLR6 в формирование туберкулёза органов дыхания у жителей Забайкальского края.

Исследователь показала, что полиморфизм TLR2 практически не влияет на развитие заболевания. Наличие гомозигот Leu/Leu по аллелю гена TLR3 (Phe412Leu) может оказывать протективный эффект. А исследованные полиморфизмы TLR4 и TLR6 ассоциированы с повышенным риском развития туберкулёза органов дыхания. Вклад полиморфизмов генов неспецифического иммунного ответа, в том числе генов TLR, в чувствительность/резистентность к туберкулёзу – «горячая тема» в мировой литературе. Однако их влияние на варианты и тяжесть течения туберкулёзного процесса никогда ранее не исследовались. Е.Богодухова использовала в своей работе современные молекулярно-генетические методы, соответствующие целям и задачам исследования, переработала большой фактический материал, сделала интересные и оригинальные выводы.

Работа, удостоенная второго места, касается выявления критериев для оценки активности малых остаточных туберкулёзных изменений (ОТИ), обнаруженных лучевыми методами диагностики у детей. Её выполнила ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Уральского государственного медицинского университета Алёся Мезенцева. Научный руководитель – доктор медицинских наук Татьяна Тюлькова.

Досье. *А.Мезенцева окончила педиатрический факультет Уральской ГМА. Прошла интернатуру на базе Уральского НИИ фтизиопульмонологии по специальности «Фтизиатрия». Фтизиопедиатр, сотрудник лаборатории консервативных и хирургических технологий лечения туберкулёза Уральского филиала Национального медицин-ского исследовательского*



А.Мезенцева

ной инфекции при наличии малых ОТИ, уточнена давность раннего периода первичной туберкулёзной инфекции (РППТИ), характерная для лиц с неактивными ОТИ. Предложена тактика ведения таких пациентов. Оригинальность исследования в том, что изучение белкового спектра крови у детей с малыми ОТИ в фазах неясной активности позволит косвенно судить о состоянии иммунного ответа и МБТ. В совокупности с данными эпидемиологического анамнеза будет разработан алгоритм определения активности туберкулёзного процесса для оптимизации тактики ведения пациентов. В результате выполненной работы определены критерии активности малых ОТИ. Это представляет научно-практическую значимость проекта. Обнаружение у пациента малых ОТИ без бактериовыделения и признаков интоксикации при наличии давности РППТИ около 4 лет или неизменённого уровня α-2-фракции глобулинов позволяет предположить неактивность туберкулёзного процесса и повторить комплекс диагностических процедур через 3-6 месяцев без проведения химиотерапии.

Одним из достоинств конкурса является то, что в нём можно участвовать неоднократно. Некоторые номинанты, не добившись победы, не останавливаются, но продолжают разрабатывать свои темы и подают заявки вновь. Так поступил и торакальный хирург туберкулёзного лёгочно-хирургического отделения, старший научный сотрудник лаборатории консервативных и хирургических технологий лечения туберкулёза

Научный руководитель – доктор медицинских наук профессор И.Мотус.

Досье. *А.Баженов окончил Уральскую ГМА по специальности «Лечебное дело». Кандидат медицинских наук. Стаж работы 8 лет. Сфера интересов: торакальная хирургия, туберкулёз лёгких, рак лёгкого, GGO, хирургические методы диагностики заболеваний органов грудной клетки, резекции лёгких, малоинвазивная хирургия лёгких и средостения, лазерные резекции лёгких, хирургическое лечение бронхиальных свищей, реконструктивно-восстановительные операции при бронхиальных свищах и эмпиеме плевральной полости. Участник научных конференций, в том числе международных, автор научных публикаций. За последние 2 года, прошедшие с получения диплома конкурса, стал выполнять более сложные оперативные вмешательства.*



А.Баженов

Работа посвящена актуальной теме лечения бронхиальных свищей после пульмонэктомий, выполненных по поводу туберкулёза лёгких, с применением сосудистых окклюдеров. Проект направлен на поиск возможностей лечения наиболее сложных для фтизиатрической практики пациентов, которым выполнена пульмонэктомия. В послеоперационном периоде возникает грозное для пациента осложнение – бронхиальный свищ. Автор предлагает оригинальное решение – применение устройства, изначально разра-

по поводу туберкулёза лёгких и показал, что этот метод надёжен, малотравматичен, безопасен и не имеет противопоказаний. Важно подчеркнуть, что в ходе выполнения данной работы получено решение на выдачу патента.

Экспертный совет также отметил дипломами ещё несколько наиболее достойных проектов. Победителями в специальной номинации «За оригинальность идеи исследования» стали торакальный хирург Новосибирского научно-исследовательского института туберкулёза Кирилл Авдиенко за работу «Перибронхиальное введение противотуберкулёзных препаратов – новый перспективный метод предоперационной подготовки больных тяжёлыми формами туберкулёза лёгких с множественной и широкой лекарственной устойчивостью» и уролог этого института Сергей Шевченко за работу «Экстракорпоральное ударно-волновое воздействие в диагностике инфильтративного туберкулёза предстательной железы». Студентка 5-го курса лечебно-профилактического факультета Уральского ГМУ Алёна Ткачёва представила проект «Моя законодательная инициатива: совершенствование выявления групп риска при БЦЖ-вакцинации», получив диплом «За исследовательский поиск».

Все проекты перспективны, зрелые, оригинальны, хотя некоторые (особенно студенческие работы) порой выполнены на недостаточно высоком методическом уровне, не содержат солидной доказательной базы. Но это не беда, главное – исследовательский поиск, который необходим в любом важном большом деле.

Сегодня настало время более активных действий молодых. Общество ожидает от них инициативы, предприимчивости, мотивированности на серьёзные преобразования и улучшение качества жизни соотечественников. Вполне возможно, что победители конкурса «Туберкулёз-минус» совместно с всё более притекающей в профессию новой сменой, опираясь на богатый российский опыт и используя достижения мировой медицины, уже в ближайшем будущем успешно реализуют стратегию ВОЗ по элиминации туберкулёза.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.
МИА Сито!



Е.Богодухова

ектов. Минздрав России, Национальная медицинская палата с самого начала всемерно поддерживают конкурсные испытания среди начинающих свой путь во фтизиатрии. Российское общество фтизиатров/Ассоциация фтизиатров России, равно как и вся медицинская общественность, надеется, что дерзкие подходы юной смены способны генерировать смелые инновационные проекты, которые повысят эффективность противотуберкулёзной службы страны. Надёжным тылом для победителей являются научные руководители, наставники. Опытные старшие коллеги предоставляют молодым учёным широкое поле для научных изысканий.

Бесспорным лидером признан проект ассистента кафедры туберкулёза Читинской государственной медицинской академии Екатерины Богодуховой «Роль полиморфизма генов TOLL-подобных рецепторов в развитии туберкулёза органов дыхания». По итогам голосования членов экспертного совета ей присуждено первое место. Работу от-

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 82 (2112)

(Продолжение. Начало в № 84 от 08.11.2017.)

Синдром отмены
Непосредственно в структуре синдрома зависимости облигатно присутствует абстинентный синдром, его сформированность является клиническим признаком второй стадии.
В динамике болезни синдром отмены утяжеляется и усложняется. Могут наблюдаться присоединение судорожных припадков, психозов (чаще всего – алкогольный делирий), обратимые психоорганические расстройства.

Алкогольный абстинентный синдром возникает в пределах от 6 до 48 часов после последнего употребления спиртного и длится от 2 дней до 2 недель.

Постабстинентное состояние возникает после нивелирования алкогольного абстинентного синдрома, проявляется психопатологическими расстройствами: общей слабостью, недомоганием, сниженным настроением, депрессивными расстройствами, порой устрашающими или тревожными сновидениями, влечением к алкоголю. Длительность постабстинентного состояния – 2-3 недели.

Дифференциальный диагноз
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ. Интоксикация барбитуратами, бензодиазепинами.

Синдром зависимости, вызванный употреблением опиатов

Сроки формирования заболевания зависят от наркогенности применяемого препарата и способа его введения. Наиболее наркогенным является героин, вводимый внутривенно, при его введении становление наркомании наблюдается уже через 3-5 инъекций. Также быстро формируется зависимость при внутривенном употреблении препаратов, приготовленных путём химической обработки опия-сырца, сухой маковой соломки или семян пищевого мака.

Основными признаками *начальной (первой) стадии* зависимости от опиоидов являются: болезненное стремление непрерывно или периодически принимать опиоиды с тем, чтобы испытать определённые желаемые ощущения либо снять явления психического дискомфорта; оно нередко формируется в сжатые сроки (после 2-3 инъекций наркотика). Наступает также перестройка всей функциональной деятельности организма в ответ на хроническое употребление опиоидов. Для этого иногда достаточно 1-2 недель систематического употребления наркотика опийной группы. Выраженные физические и психические нарушения проявляются, когда действие опиатов прекращается или их действие нейтрализуется блокаторами опиоидных рецепторов. Развивается толерантность – состояние адаптации к опиоидам, характеризующееся уменьшенной реакцией на введение того же самого количества наркотика. Для достижения прежнего эффекта требуется более высокая доза вещества. Данный механизм лежит в основе изменений толерантности. Увеличение толерантности отмечается, как правило, уже через 2 недели – месяц после начала систематического приёма опиоидов. Характерен систематический приём опиатов.

В отсутствие наркотика или в перерыве между его введениями больные испытывают неудовлетворённость, ухудшение настроения, состояние психического дискомфорта, которое исчезает сразу же после употребления наркотика. В этот период абстинентный синдром может быть ещё не сформирован, сохраняется физиологическое действие наркотика – уменьшение количества мочи, задержка стула, угнетение кашлевого рефлекса, нередко ещё сохраняются неприятные ощущения при употреблении опиоидов. Уже на этом этапе все мысли больных, их интересы сосредоточены на наркотике, а прочие

выраженными, могут ограничиваться общим мышечным дискомфортом. С другой стороны, абстинентный синдром имеет затяжной характер, сопровождается большим количеством сердечно-сосудистых осложнений, в результате чего может стать состоянием, опасным для жизни. У больных постоянно сохраняется пониженный фон настроения, очень часто отмечаются суицидальные мысли. Продолжительность абстинентного синдрома достигает 5-6 недель. Но и по прошествии нескольких месяцев у больных сохраняется вялость, слабость, общее недомогание. Работоспособность снижена. Наблюдаются отчётливые колебания настроения. Всё время выражено влечение к наркотикам.

Синдром отмены
Синдром зависимости от опиатов возникает после прекращения длительного интенсивного употребления наркотика или резкого уменьшения его дозы. Развивается через 6-24 часа после последнего употребления наркотика.

Диагностика и лечение синдрома зависимости

Федеральные клинические рекомендации

жизненные проблемы отступают на второй план. Вся жизнедеятельность наркоманов подчиняется только одному: поискам наркотика и возможности его введения.

Возникновение абстинентного синдрома при опийной наркомании свидетельствует о формировании качественно нового этапа заболевания – *второй (средней) стадии зависимости от опиоидов*. Абстинентный синдром формируется примерно через 2 недели – 1,5 месяца после начала систематического употребления опиоидов. К этому времени сформировано влечение к наркотику, выработан определённый, свойственный данному больному ритм употребления наркотика. Толерантность на этом этапе имеет тенденцию к росту, но уже может достигать максимальных цифр. В целом переносимость наркоманами опиоидов значительно превышает летальные дозы здорового человека дозы. Характер острой интоксикации меняется по мере развития толерантности к опиоидам. В этот период ослабевают и исчезают физиологические эффекты опиоидов, значительно видоизменяется эйфория. Длительность средней стадии зависимости от опиоидов различна и составляет в среднем 5-10 лет.

Затем наступает *конечная (третья) стадия заболевания*, которая значительно изменяет действие наркотика. Наркотики вводятся больными только для поддержания работоспособности, нормального настроения, для предотвращения развития абстинентного синдрома. Эйфория после введения наркотиков почти не наблюдается, и полностью начинает преобладать стимулирующее действие опиоидов. Толерантность имеет тенденцию к снижению. При введении прежней высокой дозы у больных наблюдается вялость, слабость. Существенно видоизменяется характер абстинентного синдрома. Алгические симптомы становятся менее

Основными клинические проявления синдрома отмены опиоидов включают в себя вегетативные, алгические и психопатологические расстройства.

Максимальной выраженности абстинентные расстройства при употреблении опиоидов достигают на 2-3-и сутки, а их продолжительность зависит от вида наркотика, длительности заболевания, проводимого лечения. Острые абстинентные расстройства при героиновой зависимости в условиях лечения редко продолжаются более 7-10 дней.

Постабстинентный период
В этот период на первый план выступают психопатологические расстройства, являющиеся клиническим оформлением патологического влечения к наркотику. Постабстинентное состояние характеризуется постепенным восстановлением метаболизма и соматического состояния. Психическое – снижением настроения, дисфорией, ощущением психического дискомфорта, астенией, стойкими нарушениями сна. Актуализация влечения к наркотику отражается на поведении больных. Они становятся злобными, требуют под любым предлогом выписки, дезорганизуют работу в отделении (если они находятся в стационаре). По незначительному поводу у них ещё больше снижается настроение, возникают суицидальные тенденции, что требует своевременных терапевтических мероприятий. Влечение к наркотику может принимать непреодолимый характер. В это время крайне высок риск рецидива заболевания. Очень часто отмечается аффективная лабильность с инвертированными суточными колебаниями, когда ухудшение настроения отмечается в вечернее время. Постабстинентное состояние может продолжаться от 2 до 6 недель после исчезновения острой симптоматики.

Дифференциальный диагноз
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ. Острые респираторные заболевания грипп.

Вертеброгенный болевой синдром. Острый, хронический панкреатит. Язвенные поражения ЖКТ. Бактериальные и вирусные гастроэнтериты.

Интоксикация барбитуратами, бензодиазепинами.

Сепсис. Панические атаки.

Синдром зависимости, вызванный употреблением каннабиноидов

Течение зависимости от каннабиноидов прогрессивное, как и вообще при синдроме зависимости. Существуют отличительные особенности: темп развития заболевания часто бывает медленным, соответственно, и рост толерантности также достаточно медленный; психические признаки зависимости преобладают над физическими. Осложнения

наступают медленнее, чем при других видах зависимости от наркотиков.

Эпизодическое употребление препаратов конопли может быть достаточно длительным. Даже в течение нескольких лет оно может не сопровождаться формированием зависимости.

В подростковом возрасте употребление каннабиноидов практически всегда происходит в компании сверстников, может носить нерегулярный характер. Основной опасностью употребления каннабиноидов в подростковом возрасте является переход к злоупотреблению другими ПАВ (опиоиды, алкоголь).

При формировании систематического употребления изменяется действие наркотика – нет гиперемии, тахикардии, тревоги.

При ежедневном или почти ежедневном курении препаратов конопли в среднем через 3 месяца появляются признаки зависимости. Влечение к наркотику сопровождается вялостью, сонливостью, снижением настроения.

Толерантность при злоупотреблении каннабиноидами нарастает крайне медленно. Признаками её роста могут служить следующие: гашиш перестает употреблять вместе с алкоголем, курят уже без примеси табака, в одиночку, употребляют тёплое питьё для усиления эффекта.

Формирование *второй стадии* происходит в среднем через 3-5 лет систематического употребления гашиша. Снижается эйфоризирующее действие наркотика, преобладает тонизирующее.

Абстинентный синдром имеет отличительные особенности в виде преобладания психопатологических расстройств над физическими нарушениями. Он характеризуется раздражительностью, ощущением недомогания, усталости, разбитости, выраженной тревогой, потерей аппетита, бессонницей, похуданием, ознобом, тремором, потливостью, сердцебиением. Характерными являются сенестопатические ощущения в разных частях тела (тяжесть и стеснение в груди, затруднённое дыхание, боли и сжатие в области сердца, сжатие и сдавление головы, особенно в темени и висках). На коже и под кожей – ощущение жжения, неприятного покалывания, дёргания.

Конечная (третья) стадия зависимости от каннабиноидов встречается редко, может наступать через 10 и более лет систематического злоупотребления. Падает толерантность, наркотик оказывает только тонизирующее действие. Абстинентный синдром носит затяжной характер. Часты психозы с шизофреноподобной галлюцинаторно-бредовой симптоматикой как на высоте интоксикации, так и в абстинентном синдроме; изменения в нравственной, интеллектуальной, волевой и аффективных сферах.

При длительном употреблении препаратов конопли, как правило, развивается так называемый *амотивационный синдром*, который проявляется апатией, пассивностью, снижением уровня побуждений, неспособностью заниматься деятельностью, требующей со-

Таблица 7

Динамика синдромов алкогольной зависимости

Симптомы и синдромы	Бытовое пьянство	Алкоголизм		
		I стадия	II стадия	III стадия
Синдром изменённой реактивности				
а) толерантность	растёт	растёт	растёт, плато	снижается
б) защитный рвотный рефлекс на передозировку алкоголя	сохранён	исчезает	отсутствует	отсутствует
в) изменённые формы алкогольного опьянения	отсутствуют	отсутствуют	появляются	наблюдаются
г) амнезии опьянения	наркотические	наркотические палимпсесты	палимпсесты, тотальные	тотальные
д) изменение характера употребления алкоголя	систематическое	постоянное на фоне высокой толерантности	постоянное псевдозапой перемежающееся	постоянное на фоне низкой толерантности
Абстинентный синдром (ААС)	отсутствует	отсутствует	абортивный целостный	целостный
Синдром патологического влечения	отсутствует	появляется	есть	есть
Изменения личности	отсутствуют	заострение преморбидных черт	алкогольный характер	алкогольная деградация

средоточенности и внимания. Снижаются интеллектуальные способности, ослабевает память; психическая и физическая истощаемость становится практически постоянным признаком. Больные становятся вялыми, пассивными, апатичными, замкнутыми, угрюмыми. Характерны неразбериха в мыслях, разочарованность, депрессия и ощущение изолированности, нарушение координации движения. Это всё обусловлено органическими изменениями в головном мозге.

Люди, употребляющие каннабис, могут испытывать кратковременные острые состояния тревожности, иногда сопровождающиеся параноидными идеями. Тревожность может быть такой сильной, что достигает выраженности панических реакций. Панические реакции (на сленге потребляющих марихуану – «измена»), являются наиболее частой формой адверсивных (нежелательных, вредных) реакций на умеренное курение марихуаны.

Синдром отмены

Абстинентный синдром характеризуется раздражительностью, ощущением недомогания, усталости, разбитости, потерей аппетита, бессонницей, похуданием, ознобом, тремором, потливостью, сердцебиением. Часто в клинической картине преобладает интенсивная тревога – состояние, схожее с паническими реакциями. Возможны суицидальные попытки. Характерными являются сенестопатические ощущения в разных частях тела (тяжесть и стеснение в груди, затруднённое дыхание, боли и сжатие в области сердца, сжатие и сдавление головы, особенно в темени и висках). На коже и под кожей – ощущение жжения, неприятного покалывания, дёрганья.

Выраженность влечения к наркотику весьма вариабельна, компульсивное влечение встречается редко. Своего пика абстинентные расстройства достигают на 3-5-е сутки, их продолжительность в среднем – 7 дней.

Судорожные синдромы в структуре абстинентного состояния встречаются крайне редко. В отдельных случаях синдром отмены опиоидов осложняется развитием делириозных состояний, которые развиваются остро в период отмены наркотика. В клинической картине психозов отсутствуют выраженное психомоторное возбуждение и наплывы галлюцинаций; как правило, не развиваются неврологические нарушения, а развитие делирия не сопровождается видимым ухудшением соматического состояния больного.

Постабстинентный период характеризуется астенией и ипохондрическими расстройствами.

Дифференциальная диагностика

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления других ПАВ. Пароксизмальная тахикардия.

Панические атаки.

Эндогенные психозы.

Органический амнестический синдром, органическое бредовое расстройство, расстройство личности и поведения органического генеза.

Синдром зависимости, вызванный употреблением седативных и снотворных средств

По механизму формирования зависимости можно выделить две основные группы пациентов. Первая категория включает в себя больных, которым данные препараты были назначены врачом при лечении различных психических расстройств. Риск возникновения зависимости высок, особенно при наличии сопутствующей алкогольной или наркотической зависимости и при назначении данных препаратов более месяца.

Ко второй категории относятся пациенты с сопутствующим злоупотреблением алкоголем и наркотиками, начавшие употреблять седативно-снотворные средства самостоятельно с различными целями: самолечение синдрома отмены, уменьшение тревоги или бессонницы, для усиления эффекта наркотиков и редко при синдроме отмены кокаина. Приобретённая толерантность к алкоголю или наркотикам оказывается перекрёстной к транквилизаторам или снотворным, поэтому больные начинают быстро повышать дозу, открывая опьяняющие, стимулирующий и эйфоризирующий эффекты седативно-снотворных препаратов.

В результате систематического приёма дозы барбитуратов, необходимые для достижения желаемого эффекта, возрастают. Своеобразным рубежом, за которым можно искать признаки зависимости, служит дневной приём снотворного.

Первая стадия длится от 2 до 6 месяцев систематического приёма барбитуратов. Он характеризуется потребностью в увеличении доз препарата, отсутствием снотворного эффекта от терапевтических доз, нарушениями сна вне его приёма. При воздержании от барбитуратов выявляется психический дискомфорт, чувство неудовлетворённости, пониженное настроение, навязчивое желание принять препарат. Появляется потребность в утреннем и дневном приёме барбитуратов.

Вторая стадия барбитуровой зависимости длится от 6 месяцев до 3 лет и более. Обычная суточная доза – 1 г, но возможны дозы и 1,5-2 г барбитуратов. На этом этапе толерантность стабилизируется. Заметно меняется характер опьянения: расторможенность и болтливость выражены не сильно, движения становятся координированными, но возрастает склонность к дисфорическим реакциям. На этом этапе утрачивается количественный контроль над дозой препарата. Лишь в состоянии барбитуровой интоксикации ощущается комфорт, активность и работоспособность.

В связи с рано возникающими тяжёлыми осложнениями данного типа зависимости *третья стадия* заболевания у лиц, злоупотребляющих снотворными, наблюдается редко. Её достигают, как правило, больные, употребляющие снотворные небарбитуровой группы. В этой стадии наглядны снижение толерантности, утрата способности ощущать эйфорию в интоксикации. Больные начинают комбинировать привычный наркотик с алкоголем и даже нейролептиками; многие переходят на преобладающий приём спиртных напитков. Снотворные принимают дробными дозами, вызывая лишь некоторую активацию психики и способность двигаться, выполняя простую работу. Примечательно, что умеренная интоксикация делает больного внешне более здоровым, чем он казался, будучи трезвым. Наступившие к этому времени соматоневрологические осложнения хронической интоксикации крайне тяжелы.

По мере прогрессирования болезни появляется медлительность, замкнутость, подавленность, что нередко сменяется вспышками злобы и гнева. Речь становится невнятной, монотонной, манера говорить отличается медлительностью. Внешне больные выглядят утомлёнными, измождёнными. Кожные покровы бледные с землистым оттенком, пастозны. При осмотре выявляются множественные неврологические расстройства: ослабление реакции зрачков на свет, мидриаз, стойкий горизонтальный нистагм, снижение поверхностных и глубоких рефлексов, признаки орального автоматизма, тремор рук, нарушения координации. Выявляется также нарушение глотания, ухудшение почерка, вялая мимика, мышечная гипотония, нарушение тонких движений и походки.

Прогрессирующее снижение интеллекта, грубые неврологические расстройства приводят к утрате трудоспособности больного и инвалидности. Нарастание слабоумия приводит к морально-этическому распаду личности. Высока частота смертельных исходов при злоупотреблении барбитуратами. Причиной смерти служат самоубийства, несчастные случаи в состоянии опьянения, передозировка барбитуратами.

При злоупотреблении бензодиазепинами также формируется дефект личности, напоминающий органический, сопровождающийся выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями. Лицо становится маскообразным, мимика бедная. Нарастает вялость. Резко падает работоспособность. На этом этапе характерны депрессивный фон настроения, попытки самоубийства.

Синдром отмены

Как правило, абстинентный синдром развивается на 1-2-й день после последнего приёма, достигает максимума на 1-2-е сутки, длительность 3-4 недели. Сроки наступления синдрома отмены зависят от периода полувыведения принимаемого лекарственного препарата.

К «малым» клиническим проявлениям, которые возникают через 12-16 часов после последнего употребления барбитуратов, относятся: тревожно-тоскливое настроение, жажда, страх надвигающейся катастрофы, раздражительность, обидчивость, слезливость. Поверхностный, непродолжительный тревожный сон вначале с кошмарными сновидениями сменяется полной бессонницей. Отменяются неустойчивость АД, мышечные подёргивания, потливость, тахикардия, тремор рук, тошнота и рвота, психомоторное возбуждение.

«Большие» клинические проявления синдрома отмены проявляются судорожными припадками и психозами. Нередко в структуре синдрома отмены отмечаются переходящие зрительные, тактильные или слуховые галлюцинации или иллюзии.

К вариантам течения синдрома отмены можно отнести «Синдром риколета» – обострение симптоматики, которая явилась показаниями для приёма седативно-снотворных средств при прекращении их приёма – например бессонницы и т.д. Может длиться несколько недель, но стихает со временем.

Симптоматическое обострение – не является проявлением синдрома отмены, но прекращение приёма приводит к аффективным или тревожным расстройствам, не утихающим со временем.

Постабстинентные проявления весьма схожи с таковыми при алкогольной зависимости.

Дифференциальный диагноз

– Психические и поведенческие расстройства при употреблении других психоактивных веществ (алкоголизм, синдром зависимости от стимуляторов, кокаина)

Тревожные расстройства.

Болезни мозжечка.

Дегенеративные заболевания ЦНС.

Алкогольный делирий.

Расстройства настроения.

Феохромоцитома.

Шизофрения.

Судорожные расстройства.

Тиреотоксикоз.

Отравление антихолинэргическими или симпатомиметическими веществами.

Гипертиреозидизм.

Синдром зависимости, вызванный употреблением кокаина

Особенностями синдрома зависимости от кокаина являются быстрое формирование психической зависимости, нерезко выраженные проявления физической зависимости, а также преобладание периодической формы употребления наркотика.

Эпизодический приём кокаина короткий, систематическое употребление формируется через 2-6 приёмов. Систематическим приёмом считается употребление кокаина от 2 до 3 дней в неделю с перерывами по 4-5 дней. При доступности наркотика наблюдается быстрое учащение приёма наркотика в течение дня до 2-3 раз и более. То есть наблюдается стремительный рост толерантности: разовая толерантность увеличивается в 2-3 раза от начальной, то есть на приём уходит целая «дорожка» длиной и шириной со «спичку», что приблизительно составляет 16-20 мг. На *начальных стадиях* зависимости сохраняется стимулирующее действие кокаина. Средняя длительность интоксикации до 4-5 часов, однако она индивидуальна для каждого пациента. В течение 3-5 дней после интоксикации сохраняется энергичность, общительность, самоуверенность, что является привлекательным особенно для подросткового возраста и может служить мотивом к продолжению употребления.

Абстинентный синдром проявляется выраженным влечением к наркотику, дисфорической депрессией, расстройствами сна и знаменует становление *второй стадии* зависимости. При сформировавшемся патологическом влечении приём кокаина учащается до 4-5 раз в неделю, со светлыми промежутками 2-3 дня. Некоторые переходят на внутривенные инъекции кокаина, но большая часть пациентов продолжает интраназальное употребление. В течение второй стадии толерантность возрастает. Продолжительность опьянения сокращается до 3-4 часов. Наблюдается качественное изменение картины опьянения: стимулирующий эффект исчезает, начинает преобладать тонизирующее действие с улучшением настроения, ясностью и чёткостью мыслей в интоксикации, но психомоторное возбуждение отсутствует.

Через 2-3 года употребления тонизирующий эффект начинает уменьшаться, нарастает выраженность влечения, что ведёт за собой повышение толерантности с сокращением светлых промежутков и учащением приёмов наркотика в течение дня. В интоксикации начинает преобладать внутреннее возбуждение, возбуждёженность, симптоматика тревоги, раздражение, злость. Наблюдается нарастание психопатологической симптоматики: мысли путаются, «прыгают», появляется забывчивость: пациенты могут повторять одно и то же, братья сразу за несколько дел, бесконечно звонить по телефону и задавать одни и те же вопросы. Развивается психоорганический синдром. Критика у больных отсутствует. *На этой (третьей) стадии* заболевания могут развиваться кокаиновые психозы. Чаще всего – это кокаиновый делирий.

Синдром отмены

Возникает после прекращения длительного интенсивного потребления наркотика или резкого уменьшения его количества. Клиника синдрома отмены проявляется преимущественно психопатологическими расстройствами. Синдром отмены возникает через 24 часа после последнего употребления наркотика, максимальной выраженности расстройства достигают на 3-4-е сутки. Острые проявления исчезают в течение 10-14 дней, в тяжёлых случаях проявления сохраняются до месяца.

Существование явлений постинтоксикационной дисфории свыше 24 часов уже может рассматриваться как абстинентный синдром или синдром отмены, который в основном характеризуется депрессивно-дисфорическими расстройствами в сочетании с бессонницей или сонливостью, повышением аппетита, психомоторным возбуждением и реке заторможенностью. На фоне синдрома отмены могут вспыхивать отдельные идеи отношения и преследования, появляться

суицидальные мысли. Резко выражено компульсивное влечение к наркотику.

Вслед за этим периодом, как правило, начинается период хронической дисфории и ангедонии. Больные отчётливо ощущают неполноценность собственного существования, безысходность, испытывают чувство внутренней пустоты, безрадостность и т.д. При этом влечение к наркотику имеет отчётливое психопатологическое оформление в виде стойкой ангедонической депрессии и может принимать непреодолимый характер, что приводит к рецидиву. В *постабстинентном периоде* депрессивные расстройства продолжительностью от 2 недель до 2 месяцев имеют тенденцию к ослаблению и исчезновению. Однако даже если полная ремиссия продолжается в течение нескольких месяцев, нередко наблюдается периодическое возобновление влечения к наркотику, сопровождаемое дисфорическими и депрессивными расстройствами, характерными для фазы постинтоксикационной дисфории. Влечение может проявляться и само по себе как воспоминание об отчётливой эйфории, вызываемой кокаином, без сопутствующих депрессивных симптомов.

Дифференциальный диагноз

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением амфетаминов.

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением галлюциногенов.

Биполярное аффективное расстройство.

Делирий.

Бредовые расстройства.

Панические расстройства.

Шизоаффективные расстройства.

Шизофрения.

Расстройства сна.

Синдром зависимости, вызванный употреблением стимуляторов

Психостимуляторы употребляют, как правило, циклически, периодически. Больные вводят наркотик круглосуточно в течение нескольких дней, затем наступает «отдых», после которого цикл повторяется. Количества дней употребления наркотика и дней отдыха индивидуально. На фоне возникающего психического и физического истощения циклы редко продолжаются более 5-7 дней. На исходе таких циклов появляется отвращение к наркотику.

Для снятия постинтоксикационных проявлений, сопровождающихся бессонницей, больные часто прибегают к употреблению седативно-снотворных препаратов или к приёму алкоголя.

Фаза «отдыха» длится в среднем 3-4 дня. В этот период «отдыха» от психостимуляторов отмечается выраженная сонливость, повышенный аппетит, дисфория.

Признаки зависимости к амфетаминам формируются обычно через 2-4 недели регулярного употребления наркотика. При регулярном употреблении амфетаминов стимулирующее действие ослабляется и для получения приятных ощущений больные вынуждены повышать дозу. Толерантность нарастает в основном за счёт кратности приёма.

Непрерывное употребление психостимуляторов встречается реже. На начальном этапе зависимости у этих больных так же, как и у употребляющих наркотики циклически, наблюдается отсутствие сна и аппетита, что побуждает их прибегать к употреблению седативно-снотворных препаратов. В дальнейшем наступает адаптация к наркотику, появляется аппетит, восстанавливается ночной сон. Толерантность при непрерывном употреблении нарастает медленнее. В ряде случаев может наблюдаться переход с циклического злоупотребления на непрерывное. Обратного перехода обычно не наблюдается.

Синдром отмены

Синдром отмены возникает через 12-24 часа после последнего употребления амфетаминов, максимальной выраженности расстройства достигают на 2-4-е сутки. Абстинентный синдром характеризуется усталостью, ощущением разбитости, заторможенностью, нарушениями сна – бессонницей или сонливостью с кошмарными сновидениями. Нередко отмечаются раздражительность, злобность, истерические реакции со склонностью к аутоагрессии. Выраженное астеническое или астено-депрессивное состояние может сопровождаться идеями самообвинения и суицидальными попытками. Могут отмечаться отдельные идеи отношения, преследования. Острые проявления абстинентных расстройств исчезают в течение 7-14 дней, в тяжёлых случаях проявления сохраняются до месяца. При отнятии стимуляторов могут наблюдаться психозы в виде помрачения сознания по типу делириозного с речевым и двигательным возбуждением хронические амфетаминные психозы, продолжающиеся от 2-3 недель до нескольких месяцев.

(Продолжение следует.)

Мой собеседник, имя которого широко известно в нашей медицине, кажется, смотрит на вещи и людей особым видом зренья – зрением души. Христо ТАХЧИДИ, проректор по лечебной работе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, директор Научно-исследовательского центра офтальмологии, руководитель научно-клинического отдела офтальмологии и нейрохирургии Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, член-корреспондент РАН, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники, заслуженный врач РФ.

За более чем 40 лет в профессии он сделал многое, причём кое-что раньше и лучше других. После трагической гибели его великого учителя-первопроходца, врача с мировым именем, академика Святослава Фёдорова именно Тахчиди доверили на протяжении 10 лет руководить необычным для российской медицины явлением – МНТК «Микрохирургия глаза». Христо Периклович непрерывно развивал и наращивал начатое С.Фёдоровым, пестовав коллектив специалистов, внедрявших передовые хирургические методы лечения болезней глаза.

А потом случился захват этой уникальной индустрии высоких технологий. Успешную в экономическом плане клинику, в которой почти две трети пациентов лечились бесплатно, обезглавили за... слишком хорошую работу и высокое качество услуг. Тогдашними чиновниками от медицины это не принималось всерьёз, как и мнение врачей-сообщества, вступившего за коллегу. Уже тогда люди понимали, что отставка Тахчиди носила заказной характер, и существенных претензий к нему не было. Человек, предназначение которого возвращать людям зрение, вынужден был через суд вступить в борьбу с Минздравсоцразвития России. Во время одной из наших тогдашних встреч президент Национальной медицинской палаты, доктор медицинских наук, профессор Леонид Рошаль заявил, что с руководителем МНТК «расторгли контракт неправильно, и во главе комплекса поставили не специалиста-офтальмолога. Позорная история! Мы дошли по Президенту и премьер-министра РФ, доказывая, что Тахчиди – это тот ценнейший профессионал, которого надо охранять».

Хотя Христо Перикловича по суду восстановили в должности, всё же он вынужден был уйти. Но, будучи человеком твёрдой воли и обладая «фёдоровским стилем», не сдался. Нашёл себя в науке, клинике, преподавании, воспитании молодого поколения врачей. А 30 июня 2017 г. начался новый знаковый этап в его профессиональной биографии, когда он во главе бригады специалистов впервые в нашей стране выполнил слепоглохому пациенту уникальную операцию по имплантации киберсетчатки (так называемого бионического глаза). Таким образом, оказался у истоков абсолютно нового направления современной медицины.

Три месяца спустя мы встретились с Х.Тахчиди, чтобы узнать, как изменилась жизнь этого пациента. Христо Периклович достал гаджет, показал небольшой видеосюжет, который прокомментировал:

– Передо мной был ещё недавно незрячий человек, который не видел на протяжении последних 20 лет. У него дистрофическое заболевание сетчатки – пигментный ретинит, а также пониженный слух. Его поставили перед зеркалом, хотя он не знает об этом. Голос за кадром: «Опишите, что видите». Пациент всматривается и отвечает, что видит фигуру человека, а потом восклицает: «Это же я! О, зеркало!». И после восторженно удивляется, смеётся.

Таков результат. Собственно, это свидетельство восстановления зрения. Наш пациент «видит» мозгом.

Прежде всего, воспринимает объект и показывает на него, ощущает движение. Когда его просят описать увиденное, он с помощью микрокамеры, установленной в очках, проводит сканирование. Камера фиксирует изображение, направляет на преобразователь, где картинка трансформируется в информационный поток, который передаётся на антенну, установленную на дужке очков. Вторая часть конструкции расположена непосредственно на глазу. На поверхность глазного яблока имплантированы трек-

чески всю оптику – выполнить пересадку роговицы, имплантировать искусственный хрусталик, заменить стекловидное тело. Это не является фантастикой или каким-то пижонством в хирургии, такова наша реальность. И, безусловно, для этого надо иметь хорошую клинику, оборудование, профессионалов и т.д.

Что касается операций на сетчатке, здесь успехов существенно меньше, так как это высококодифференцированная нервная ткань, которая соответствует серому веществу мозга. Порой даже говорят,

Беседы с корифеями

Возвращая людям

В этом офтальмологу Христо Тахчиди помогают мастерство, интуиция, базирующиеся

микропреобразователь и принимающий сигналы ресивер, внутри глаза находятся имплантированные на сетчатку электроды. Поступающую информацию преобразователь превращает в биологические токи и передаёт по микрокабелю внутрь глаза. В центре сетчатки установлен микрочип из 60 электродов, доставляющий картинку в оставшиеся клетки сетчатки и нервные волокна. Посредством зрительного нерва сведения поступают в головной мозг. Так человек различает очертания предметов, при этом зрение у него чёрно-белое и контурное. Но уже это колоссальный прогресс для данного пациента. Сейчас он адаптирован, в состоянии обслуживать себя, передвигаться по улице.

– Как родилась идея проведения такой операции? Является ли ваш путь продолжением начинания С.Фёдорова, внедрившего микрохирургические операции?

– Несколько лет назад в одном популярном журнале я прочёл о бионическом глазе. В статье приводилось поверхностное описание этой конструкции и вообще самой идеи. В целом это не произвело на меня впечатления, ведь подобная информация появляется достаточно часто.

Но потом состоялась встреча с директором Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России членом-корреспондентом РАН Николаем Дайхесом. В тот период он собирался возродить свой центр оториноларингологии. И вот Н.Дайхес познакомил меня со своей идеей создания института головы и шеи, предложив объединить усилия. Я согласился. Нас поддержали руководитель ФМБА Владимир Уйба, ректор РНИМУ Сергей Лукьянов. Начинание благословила и оказала помощь министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. И дело пошло. Сегодня наш центр становится одним из наиболее перспективных новаторских специализированных медицинских учреждений России. Огромная роль в нём отводится микрохирургическому направлению.

Но, конечно, основным новатором и пропагандистом микрохирургических технологий в стране явился С.Фёдоров, открывший микрохирургическую эру. Покойный шеф разработал и предложил технологический производственный цикл, когда вся операция – от начала до конца – выполнялась под микроскопом.

С.Фёдоров совершил прорыв в офтальмологии. Пока мало кто понимает, что тогда была осуществлена технологическая революция в медицине, ведь микроскоп с 40-кратным увеличением – это «предбанник» микромира. Я абсолютно однозначно убеждён, что будущее медицины – в нём, в микромире.

В результате с оптикой глаза мы научились делать очень многое. Сегодня в ходе одной операции можем заменить человеку практи-



что это и есть серое вещество, вынесенное за пределы головного мозга. И в такой тоненькой оболочке толщиной от 250 до 750 микрон находятся 3 ключевых нейрона зрительной системы. Это нервная ткань, предельно спрессованная по своей морфологической и функциональной значимости. Первый нейрон воспринимает зрительную картинку в виде преобразования энергии светового кванта через фотохимический процесс, сопровождающийся распадом родопсина, и трансформирует её в нервный импульс, вырабатывая своеобразный биологический ток. Второй нейрон «упаковывает» огромную картинку и передаёт третьему, который эту упаковку ещё больше сжимает и конкретизирует. И конечная информация от параболической антенны под названием сетчатка должна пройти через 1,5 мм зрительного нерва в виде закодированной информации в головной мозг. Здесь она расшифровывается и превращается в видимый нами мир.

...Так вот, когда стал понятен принцип действия бионического глаза, мы начали интенсивно готовиться к операции, которую успешно выполнили. Подготовка, включавшая в себя очень жёсткое тестирование, в общей сложности заняла около года. Пациенту установили модифицированное изделие «Аргус II». По порядковому номеру оно стало 41-м, имплантированным в мире, и первым в России. В ближайшее время запланировано проведение ещё одной подобной операции.

– Но наладить прочную связь техники с мозгом человека, думается, не удастся ещё достаточно долго. Пока это сродни фантастическим проектам...

– Точно так же думал я, когда прочёл статью о бионическом глазе. Дело в том, что нас с вами, всё человечество научили мыслить инженерными мозгами. Мы убеждены, что любое изделие состоит из элементов, которые должны быть точно подогнаны. И в случае малейшего сбоя механизм не работает. Но здесь имеется небольшой нюанс. В биологии ничего подобного не происходит, она не работает по принципу жёстких конструкций.

Биологическое существо обладает колоссальной пластикой, вариативностью. Достаточно вспомнить знаменитую формулу Германа Гельмгольца о том, что лучи в оптической системе преломляются, отражаются, попадают в фокус, фокус на сетчатку – и человек замечательно видит. Конструкция глаза в функциональном плане построена именно таким образом. Но когда мы стали имплантировать искусственный хрусталик, вспомнили знаменитые работы Огюстена Френеля, французского

существования. Главное, чтобы роботизированные механизмы не причиняли вреда человеку. Нам следует заранее предусмотреть это. Не зря уже сегодня говорят о законодательном регулировании робототехники.

– К счастью, пока человек остаётся человеком. Далеко несовершенным, подчас тяжело болеющим, смертным. Неужели уникальность каждого индивида скоро станет плюсквамперфектом, то есть давно прошедшим временем?

физика, одного из создателей волновой теории света, который создал линзу своего имени. Он придумал ребристые поверхности линз, которые преломляли лучи не в один, а в несколько фокусов. Если грамотно, по симметрии, построить эту ребристость, то в зависимости от количества кривизн можно получить соответствующее количество фокусов. Мы изучили эти работы, изготовили искусственный хрусталик с тремя фокусами: через один человек смотрит вдаль, через второй – в середину, и через третий – вблизи.

Что интересно: по теории Гельмгольца это невозможно, а в реальной жизни – получается! Почему? Потому что на самом деле в мозг посылается информация не из точки, а из зоны. И существует некий диапазон, в котором происходит фокусирование. Мозг сам выбирает из предложенных ему фокусов наиболее нужные. По аналогии с этим я предполагаю, что и наше биологическое существо не работает в точке, оно работает в диапазоне. С точки зрения инженерного мышления, это утопия, но с точки зрения биологии – реальность.

Бионический глаз служит заменой оптической конструкции и части сетчатки, то есть её воспринимающей части. Сейчас уже ведутся работы над тем, чтобы имплантировать электроды в мозг и посылать информацию не через глаз, а непосредственно на кору головного мозга. В этом случае мы сможем помочь вернуть зрение даже тогда, когда у человека в силу обстоятельств нет глаз.

Ещё одно направление, о котором пока ещё никто не говорит. С помощью конструкции «Аргус II» мы начинаем разговаривать с мозгом, и он нам отвечает. По сути, мы распознаём язык мозга, начинаем понимать, как функционирует этот великий и загадочный орган.

– Увенчавшаяся успехом ваша попытка скрестить человеческий организм и сложный механизм зримо расширяет горизонты медицины. Но не появятся ли в результате среди нас в скором будущем человеко-роботы, или киборги? Имеется ли скрытая угроза, что возможное генетическое программирование человека по заданным характеристикам может оказаться похлеще ядерного оружия. Важны при этом этические вопросы?

– Хотим мы или нет, но таковы направления будущего. Технологии стремительно развиваются во всём мире, непрерывно совершенствуются интеллектуальные способности техники. Вне сомнения, люди уже в ближайшей перспективе создадут более совершенное медицинское оборудование, мозгом которого станет в том числе квантовый компьютер. С развитием новых технологий безгранично расширятся наши возможности в лечении болезней. Но, согласусь, нельзя забывать и об обратной стороне. Человечество стоит накануне сложного периода своего

– Одно дело – вектор и основная философия фундаментальной науки или фундаментальной медицины, углубляющаяся в тонкости механизма конкретной биологической реакции. Её идеалом является изучение предельно очищенного от окружающих воздействий этого механизма. Другое дело касается прикладной медицины. Реализация такого механизма в конкретном организме – это абсолютно иная философия. Нельзя забывать, что на результат любой реакции в организме влияют десятки и сотни тысяч параллельно идущих процессов, состояний. Именно они определяют конечный ответ. Универсальность человеческой природы в том, что множество связей между системами организма обеспечивают возможность многочисленных вариантов ответа, направленных на основную цель, – его сохранение. Отсюда основная доктрина медицины – философская.

Мой великий «предок», отец медицины, провозгласил старейший принцип медицинской этики: «Не навреди!» В чём его суть? Существует устойчивое заблуждение, что пациента излечивает врач. Нет, он лишь помогает ему бороться с болезнью. Именно в этом – философский и практический смысл медицины. Биология жизни умещается во временной промежуток от рождения до смерти. И врач сопровождает человека на этом отрезке пути, помогая ему преодолевать различные болезни. Однако в судьбе каждого однажды наступает момент, когда доктор оказывается бессильным. Таков биологический закон, и исключения нам неизвестны. Но помощь должна оказываться всегда.

В последние десятилетия мы увлеклись лекарственной терапией, считая её панацеей от всех хворей. Конечно, в экстренных, кризисных состояниях организму нужно помогать. Также я ни в коей мере не умаляю роли высокотехнологичной медицинской помощи. Но при этом недопустимо забывать о самых, казалось бы, простых и полезных вещах, о тысячелетней истории медицины, которая успешно работала. Недавно я был на Пелопоннесе, в Эпидавре. Этот древний город известен лечебницей и храмом в честь древнегреческого бога медицины и врачевания Асклепия. Там до сих пор сохранились остатки храма, стадиона для занятий физической культурой, руины бассейнов с термальными водами, в которых принимали пациентов, развалины фимены – круглого строения, предназначенного для исполнения музыки. Я бродил и думал: где тут медицина, где врачевание?

Если задуматься, что такое человек, первое, что приходит на ум, – биологическое существо. Лишь четырёхмиллиметровая мантия коры делает нас Homo sapiens, существом социальным. Каковы они, инструменты древних в борьбе за здоровье человека? А они осно-

ваны на естественных потенциях организма. Стадион необходим для поддержания физического состояния. Если мышечная, костно-суставная системы в порядке, организм оздоравливает остальные системы, принимая на себя функции повреждённых или болящих. Почти на 90% человек состоит из воды, и баня, бассейны незаменимы для оздоровления. Храм – место для молитвы, медитации, а это психологическое здоровье. Именно в этом месте, во время общения с Всевышним, человек

как их по аналогии называли. Место соответствовало названию, кругом солончаки. Солёная вода выходила на поверхность и под палящими лучами солнца выжигала всё живое. Но ссыльные пробурили несколько скважин, удалили поверхностную воду, избавились от соли и стали развивать земледелие. Так выжили. В нашем посёлке, где я появился на свет, не было, пожалуй, только узбеков и казахов, все остальные национальности были – греки, корейцы, немцы, финны, молдаване, иранцы и т.д. Выстоять

– Я очень хорошо знаю образовательный процесс, студенческую среду. Молодёжь во все времена похожа. Есть позитивные ребята, знающие, есть средние, инертные, есть слабо разбирающиеся и случайные. Я охотно учусь у своих юных учеников, студентов, аспирантов. У многих совершенно другая теоретическая база, подчас гораздо мощнее моей. Они более подготовлены, располагают большим объёмом информации, например, в генной инженерии, молекулярной биологии, в то время как у меня знания фрагментарные, заточенные на мой интерес в специальности. У них же они ёмкие, платформенные, философские. Да, им недостаёт опыта, знания жизни, но это дело наживное, и мы их этому учим. Ещё одно колоссальное их преимущество – это энергия. Современных ребят отличают собственные взгляды, принципы, которые они умеют отстаивать. И, конечно, все они прекрасно владеют компьютером, иностранными языками.

Во все времена важно заниматься воспитанием новых поколений врачей. В вузах они овладевают багажом знаний, знакомятся с будущей профессией, а вот воспитываются, как традиционно повелось, в клинических школах, где, по сути, становятся врачами. Но, к сожалению, сегодня мы потеряли и продолжаем терять много клинических школ. Увлёкшись некоторыми западными системами образования и пытаясь внедрить их, утрачиваем то ценное, что было. Клиническая школа – это своего рода лестница, поднимаюсь по которой каждый врач осваивает новые знания, умения, навыки, растёт, совершенствуется и достигает своей вершины.

Возвращаясь к образовательному процессу, хочу подчеркнуть, что изучать опыт других стран необходимо. Но при этом стоит вычлнять те рациональные зёрна, которые вписываются в нашу конструкцию. Да и преобразования проводить поэтапно. Негоже нам отрекаться от отечественной образовательной системы, которая формировалась в университетах, в Царскосельском лицее, когда с отобранными ребятами занимались отобранные преподаватели. Цель и смысл обучения на Руси заключались в том, чтобы развить у ребят инструмент под названием мышление.

Западная накопительная система, которая нацелена на формирование хорошего среднего врача, предполагает, что студент обязан сохранить в памяти определённый объём знаний и подтвердить это сдачей, например, тысячи тестов. Поэтому не прошедшие тестирование отсеиваются. Остаются лишь те, кто способен запоминать. Дальше начинаются стандарты, протоколы лечения, это тоже запоминание. Вот почему такая система лучше нашей, но лишь в том случае, когда мы говорим о среднем уровне. Когда в 90-е годы мы договорились с Мюнхенским университетом об обмене студентами, я отметил, что немецкая молодёжь выше нашей в теоретической подготовке, но вот делать что-то руками практически не умеет. А мои уже оперировали и оперировали классно.

Так что, интегрируясь в мировую образовательную систему, нужно не отрекаться от своего лучшего, а трансформировать его. Наша медицина всегда отличалась своей эффективностью, лучшие наши врачи котировались на Западе. И пускай в среднем мы уступаем западным коллегам, но зато рождаем некоторые идеи, которые оказываются прорывными. А ещё более готовы к работе в нестандартных условиях. Медицина – это зачастую нестандартность.

Хочу коснуться ещё одной проблемы высшего медицинского образования. Клиническая часть подготовки специалистов строится на клинических базах, которые, к сожалению, сегодня не соотносятся с университетами. Раньше специальное положение регламентировало нахождение кафедр в клинике, что предоставляло кафе-

дральным работникам полный доступ к медицинской деятельности. Более того – клинические кафедры всегда были предпочтительнее для врача, поскольку оплата там была в 2 раза выше, было больше возможности заниматься наукой, там сосредотачивалось новейшее оборудование, современные технологии, туда отфильтровывались в принципе лучшие кадры, ведущие специалисты. Кафедры составляли элиту клиник. Кафедральные сотрудники давали более высокое образование. Студенты учились у самых лучших и хотели походить на них.

Сегодня ситуация изменилась. Кафедры не приоритетны. Не будучи юридически закреплённой за клинической базой, кафедра становится ненужным элементом. Выход я вижу один: каждый университет должен иметь собственную клиническую базу, как на Западе. Сейчас мы пытаемся работать в этом направлении. В структуре нашего вуза, например, три обособленных подразделения.

– Многие, в том числе сами врачи, подчас сетуют, что нынешнее поколение врачей сегодня «не то». Дескать, доктора меньше думают о нуждах пациента, а больше о своём кармане.

– Если мы хотим призвать в отрасль лучших, то обязаны давать им лучшее. Человек, выбравший медицину, должен получать доступ к самому новому, передовому, свежему. Рекрутируя в отрасль лучших своих представителей, понимающих, что самое ценное – это здоровье человека, общество обязано обеспечивать им доступ к современным технологиям. Отсюда и работа в парадигме «врач – пациент» изменится. Чтобы человек безусловно доверял своё драгоценное здоровье врачу, тот должен быть мастером высшей категории, прежде всего в профессиональном плане. Но кроме этого, обладать высшими человеческими качествами, в том числе моральными, нравственными. Хорошей медицины не бывает без человечности и сострадания.

К сожалению, в рыночных отношениях часть врачей начинает превращаться в деляя, что абсолютно противопоказано для профессиональной медицины. Доктор не должен заглядывать в карман больного, ибо тогда его интеллект занят не болезнью, не помощью, а решением проблемы, как получить прибыль или очередной «довесок» к заработку.

Говоря о частной и «нечастной» медицине, следует признать, что мы живём в обществе, которое не в состоянии обеспечить полного лечения больных. Можно продолжать спокойно жить, делая вид, что нехватка средств не является проблемой. Но это нечестно. Поэтому часть пациентов, у которых есть возможность, должны своими средствами поучаствовать в этом процессе. И мы, врачи, обязаны привлечь этот ресурс. Вопрос заключается лишь в том, в каком объёме. Если ровно в таком, что необходимо для излечения, по минимуму, – это гуманно, если же вместо рубля берётся два – это подло. Делать деньги на человеческой боли, наверное, и есть грех.

Многое зависит от личности врача. Во все времена к нему относились с почтением, уважали, доверяли. А что сейчас? Выпуская «ширпотреб», мы получаем ширпотребную медицину. Если врачу платят то, что он имеет сегодня, что остаётся от него ожидать? Многие вынуждены трудиться на нескольких работах, дежурить ночами, но даже при всей их совестливости, суперчеловеческом отношении к пациентам они не в состоянии соответствовать предъявляемым к ним требованиям. Профессионалы просто вымирают. На Западе это понимают, оттого там это одна из самых высокооплачиваемых профессий. Поэтому и жёсткость отбора выше, поэтому туда притекают достойные мозги.

– Помогают вам жизненные уроки?

– Несомненно! Их было немало, и этот опыт очень ценен. Порой жизнь круто разворачивала, но при этом открывала новые горизонты, предоставляла совершенно новые предпочтения и возможность посмотреть на себя со стороны. В такой ситуации очень важно не жить старым. Если ты умеешь отстраниться, встать в третью позицию, которая в психологии формулируется как бесконфликтная позиция стороннего наблюдателя с возможностью объективной оценки, всё очень быстро раскладывается по полочкам. И ты оказываешься не в проигрыше, а выигрыше. В жизни мне представился шанс в течение 25 лет вести проект, причём 10 лет в роли первого лица вместо покойного шефа. Конечно, это подарок судьбы, богатейший опыт, оперевшись на который, можно двигаться дальше.

Но 21 ноября 2011 г. я был вынужден уйти из МНТК. На моё место пришёл депутат из Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, ни дня не работавший в офтальмологии. Сейчас вся работа держится на управленческой команде, которую я сформировал. Но надо развиваться, а развития нет уже на протяжении шести лет. К сожалению, система, которая не развивается, разрушается. Это беда. Поэтому единственное, о чём приходится сожалеть, – о неопределённых перспективах ещё недавно прекрасного проекта, которому были отданы профессиональные жизни не одной тысячи людей.

Знаете, некоторые люди во всём видят минусы, другие же во всём находят плюсы. Мне всегда хотелось более глубоко заняться наукой, однако из-за управленческих забот такой возможности не было. И вот с уходом из комплекса она представилась. Хотелось подготовить несколько работ, а тут появилось время, и я написал несколько интересных вещей.

И всё это благодаря неоценимым урокам жизни. Можно познавать мир по учебникам, а можно по жизни. Мой учитель – жизнь. Когда учишься у неё, интересно абсолютно всё. Я думаю, пока человек существует в такой парадигме, он развивается. А вот без изрядной доли оптимизма начинается увядание. Мой философский вывод таков: если человек живёт – он оптимист. И ко всем людям надо относиться уважительно. Беседуя с человеком, недопустимо думать о нём как о недостойном, падшем. Задача управленца – понять своего сотрудника, мотивировать. Таково искусство управления. Равно как и врачевание – это тоже искусство.

В значительной степени врачевание и мастерство в медицине – это интуиция, базирующаяся на предельных знаниях. А ещё это каждый раз решение научной задачи. Тонкое понимание сути того или иного явления – и есть переход из зоны знания в зону неизвестности. Мы ведь владеем информацией лишь до определённого уровня. А дальше – огромная зона незнанного. На этой границе с помощью интуиции рождаются идеи, которые вы начинаете всесторонне исследовать и развивать. Отщипнули кусочек, потом ещё, ещё по кусочку... Так удаётся отвоевывать пространство у тёмной зоны неизвестности, приближаясь к свету. На этом строится поиск в науке.

Мы должны понимать это, когда лечим. Конечно, не всё удаётся расшифровать, но включать интуицию необходимо всегда, руководствуясь заповедью Гиппократов: «Не навреди!» Если видишь, что твои действия имеют вредные последствия, остановись, подумай. То, что не вредит, возможно, помогает. Значит, в этом направлении продолжай поиск оптимального пути помощи человеку. Таков философский замысел. Таково искусство врачевания.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

зрение

на предельных знаниях

освобождается от стрессов, от психологических сшибок и т.д. Театр, музыка воздействуют на вторую мощнейшую систему организма – эмоциональную сферу.

Мы позабыли это и собственными руками нещадно эксплуатируем биологическое существо под названием человек. Мы – я имею в виду мозг, четырёхмиллиметровую мантию, которая является нашим диктатором. Лишь сейчас начинаем возвращаться на круги своя, черпая лучшее из былого, чтобы мобилизовать свой организм, причём во всех сферах – физической, психологической, душевной, духовной.

Духовность – особая сфера нашего мыслительного аппарата. Если эта сфера засорена, человек негативен, не в состоянии думать о высоком, гуманитарном. Когда человек приходит в храм, духовник возвращает его к базовым ценностям – к гуманизму, добру, любви, которые дают жизнь, наполняют смыслом, одухотворяют. Очень важно разгрести мусор в своей душе. Но если физическим своим состоянием мы худо-бедно занимаемся, в плане духовности практически ничего не делаем. Что касается религии, думается, каждый человек – верующий, даже если не ходит в церковь или бывает там редко. Религиозная культура закладывается с рождения, но в нашей стране это пресекалось. И тем не менее внутренняя духовность всё же передавалась генетически от родителей детям. Она есть у всех, поскольку нравственные категории – не убий, не укради, понятия добра, чести, любви, милосердия и т.д. – в большей или меньшей степени формируются в семье.

– Семья повлияла на ваш выбор профессии?

– До меня в нашем роду был только один медик – дядя по материнской линии, со школьной скамьи мечтавший стать врачом. Желание-то было, но учиться было не на что. И тогда мой отец взял на себя эти обязательства. Дядя получил образование, стал одним из знаменитых урологов Батуми. Был феноменальной личностью, фанатом от медицины, великолепным человеком. Именно он повлиял на мой выбор.

Мои родители – совершенно обычные люди, работяги. Отец считался лучшим в городе мастером по женской обуви. Но в 1949 г., во время самой массовой депортации греков, родителей выслали в Среднюю Азию. Там не было никаких «врагов народа», переселяли исключительно по национальному признаку. Возможно, задумывалось это с целью удержания в повиновении общества, подавления инакомыслия и оппозиционности, укрепления единоличной власти. Так заложниками политических игр стали простые люди. А вот дяде повезло не попасть под разнарядку НКВД, и он остался в Батуми. До Голодоморского района Южно-Казахстанской области мы добирались в «столыпинских теплушках»,

в тех условиях, в которых нам пришлось оказаться, было сложно. А там, где сложно, люди выживают за счёт человеческих отношений. Не скрою, проявляются и обратные вещи, но это – самоуничтожение. Лишь скооперировавшись можно выжить. Моя семья и улица, на которой я воспитывался, исповедовали такую мораль.

У нас были достойные учителя, которые преподавали нам основы наук, давали глубокие знания. Неизгладимый след оставили физик Виктор Утц, кандидат физических наук, высланный из Подмосковья, и математик Эрвин Бланк из Тбилиси. По национальности оба немцы, феноменальные люди! У нас была цель получить высшее образование. Для всех родителей это было святым настолько, что даже не обсуждалось. Поэтому, когда мой брат оканчивал школу, у них в классе было 10 золотых медальстов, у нас – чуть поменьше.

Я был призёр республиканских олимпиад по математике и физике, поэтому собирался встать на техническую стезю, серьёз увлеклся авиацией. Но когда учился в 8-м классе, серьёзно заболел отец. Лечить его приехал мой дядя, он жил у нас, дежурил у постели умирающего. И за полтора месяца личным примером сумел переформатировать меня на медицину. В 9-м классе я стал дополнительно изучать физику, химию и по окончании школы поступил в Свердловский медицинский вуз.

– Почему своей профессией избрали офтальмологию?

– Опять же сказалась тяга к математике. По своему складу я не гуманитарий. Офтальмологию выбрал на 3-м курсе, тогда же стал старостой офтальмологического кружка, хотя эту дисциплину мы изучали лишь на пятом году обучения. Так что это был аналитический выбор. Я понимал, что хирургия – наиболее престижная область медицины, и интересна она тем, что даёт гораздо более быстрые и точные знания. Когда тыходишь, например, в брюшную полость, подбираешься к органу, видишь, что и как изменено, манипулируешь, то получаешь колоссальную информацию. Хирургия предоставляет возможность увидеть, понять, действовать, поэтому и привлекательна. Терапевтам же приходится постоянно расшифровывать, что там, внутри, происходит. Особенно прежде, когда прибегали лишь к рентгену да побочным методам медицинской диагностики – перкуссии, аускультации и т.д. Это сейчас у доктора появился целый арсенал дополнительных возможностей – эндоскопическое оборудование, УЗИ, КТ, МРТ.

– Работая сегодня в образовательном учреждении, вы ежедневно общаетесь с молодёжью, какая она? Чего недостаёт сегодняшнему медицинскому образованию, чтобы быть полноценным?

Что мы можем предложить больному с конечной стадией хронической сердечной недостаточности? До начала XXI века считалось, что единственной возможностью увеличить продолжительность жизни таких больных является пересадка сердца. Действительно, операция ортотопической трансплантации значимо улучшает прогноз и качество жизни пациентов с тяжёлой сердечной недостаточностью. В мире ежегодно выполняется более 4 тыс. таких вмешательств, в нашей стране – существенно меньше. Это связано со значительными сложностями как административно-технического, так и клинического и организационного характера. Львиная доля всех трансплантаций сердца в России проводится в трёх клинических учреждениях, а недостаток донорских органов, с одной стороны и резко возросшее количество пациентов с конечными стадиями сердечной недостаточности, с другой требуют внедрения иных подходов к ведению таких пациентов.

Согласно современному определению, сердечная недостаточность – это клинический синдром, характеризующийся наличием типичных симптомов (одышка, повышенная утомляемость, отёчность голеней и стоп) и признаков (повышение давления в яремных венах, хрипы в лёгких, периферические отёки), вызванных нарушением структуры и/или функции сердца, приводящим к снижению сердечного выброса и/или повышению давления наполнения сердца в покое или при нагрузке. Иными словами, сердечная недостаточность представляет собой именно синдром, то есть во многом унифицированный ответ на первичные повреждающие механизмы.

Крайне важно отметить, что ХСН развивается чаще всего в самом конце сердечно-сосудистого континуума. Что это означает для реальной клинической практики? Пациент с ХСН чаще всего имеет пожилой возраст, у него есть несколько сопутствующих хронических заболеваний, а адаптационные резервы его организма практически истощены. Всё это приводит к тому, что повышение выживаемости больных ХСН является крайне затруднительной задачей, и даже за короткий период «дожития» такие больные очень часто попадают в стационар и требуют привлечения различных агрессивных и дорогостоящих методов и стратегий терапии. При этом даже самая прецизионная, самая ювелирно подобранная фармакологическая терапия далеко не всегда способна улучшить прогноз или даже симптоматику заболевания, и нашему пациенту требуется привлечение немедикаментозного лечения.

Другими словами, без правильного, своевременного, зачастую крайне агрессивного лечения пациент с конечной стадией ХСН обречён на быструю и неминуемую гибель. Необходимость внедрения в клиническую практику альтернативных способов ведения таких больных не только не вызывает сомнений, но и требует очень быстрых и решительных действий!

В настоящий момент, учитывая высокую резистентность конечных стадий ХСН к современным стратегиям фармакотерапии, актуальной представляется разработка способов вспомогательного кровообращения для лечения больных данной группы. Существует несколько определений понятия «вспомогательное кровообращение». Согласно отечественным авторам, это реаниматологическое пособие, обеспечивающее совместно с сердцем минутный объём кровообращения, достаточный для питания тканей в условиях развития острой сердечной недостаточности. Однако, по нашему мнению, взгляд на вспомогательное кровообращение как на «механическую систему, производящую перемещение крови с целью снижения работы миокарда и/или увеличения его энергоснабжения», следует считать более точным, так как отражает возможность лечения пациентов с острой и хронической сердечной недостаточностью.

По данным литературы, существует 7 уровней пациентов с конечной стадией ХСН, которые различаются по функциональному статусу:

Уровень 1 – пациенты с критической гипотензией, несмотря на инотропную и вазопрессорную поддержку (bridge-to-bridge).

Уровень 2 – пациенты, зависимые от инотропной стимуляции.

Уровень 3 – пациенты с развитием полиорганных поражений при

Экспертный уровень

Испытание, но далеко не приговор

Такой можно считать конечную стадию хронической сердечной недостаточности

попытке прекращения инотропной стимуляции.

Уровень 4 – пациенты, требующие неуклонного повышения доз диуретиков вследствие задержки жидкости.

Уровень 5 – пациенты, двигательная активность которых не позволяет им выходить за пределы комнаты и лимитирована симптомами ХСН.

Уровень 6 – пациенты, у которых симптомы ХСН (преимущественно слабость) развиваются на фоне минимальной физической и/или психологической активности.

Уровень 7 – пациенты с удовлетворительной переносимостью физических нагрузок.

Кандидатами для имплантации систем вспомогательного кровообращения являются больные первых 4 уровней.

Эксперименты по созданию искусственной системы, способной заменить насосную функцию сердца, начались в 50-х годах XX века. Некоторые прототипы показали хороший результат при испытании на животных. Так, в 1958 г. модель искусственного сердца из поливинилхлорида W.Kolf и Tetsuro Akatsu поддерживала жизнь собаки в течение 90 минут. Первую успешную имплантацию искусственного сердца человеку произвёл D.Coolley в 1969 г. Пациенту, ожидавшему трансплантации, была имплантирована модель Domingo Liotta. Он прожил 3 суток с искусственным сердцем и 36 часов после трансплантации сердца.

Внутриаортальная баллонная контрпульсация – наименее инвазивный способ поддержки гемодинамики. Принцип работы: через бедренную артерию в аорту устанавливается баллон объёмом от 30 до 60 мл (в зависимости от роста больного), заполненный гелием. Самый распространённый вариант – 40 мл. Кончик баллона должен быть в идеале на 2 см ниже отхождения левой подпочечной артерии (лучше под рентгеноскопией). Во время систолы баллон находится в спавшемся состоянии и не препятствует изгнанию крови из левого желудочка в аорту. Во время диастолы баллон заполняется гелием и вытесняет кровь из аорты в дистальные отделы. Непосредственно перед систолой происходит сдувание баллона и таким образом снижается давление в аорте, облегчая работу левого желудочка. Улучшается коронарный кровоток и уменьшается работа сердца. Суммарный эффект на гемодинамику – увеличение выброса на 15%. Необходимо отметить важность синхронизации работы баллона как по ЭКГ, так и по кривой инвазивного давления. Обязательно использовать эти два канала получения информации о цикле сердечного сокращения, особенно в случае аритмий. Очень удобны в эксплуатации и лучше всего синхронизируются с сердечным ци-

клом баллоны с оптоволоконными датчиками давления.

Имплантируемые устройства механической поддержки кровообращения у больных терминальной сердечной недостаточностью могут использоваться в качестве «моста» при двухэтапной трансплантации сердца, либо в качестве альтернативы трансплантации сердца у больных с противопоказаниями (возраст, сопутствующие заболевания), или у больных с потенциально обратимыми заболеваниями миокарда (например,

новыми устройствами, которые полностью находятся в организме человека, а комплект зарядки можно расположить в поясном ремне. Эти устройства условно называют системами второго поколения. Принцип работы насосов заключается в смещении подвижной полиуретановой диафрагмы, отделяющей кровяную камеру от камеры, в которой находится механизм привода. При этом происходит забор крови из левого желудочка и выброс её в восходящую аорту. Все насосы снабжены клапанами,

Внедрение систем вспомогательного кровообращения в практику способно решить следующие задачи:

1. Повышение продолжительности и качества жизни пациентов с конечными стадиями ХСН.

2. Возможность регресса клинической симптоматики на фоне механической разгрузки поражённого органа.

3. Решение вопроса о трансплантации сердца – увеличение возможности дожидаться донорского органа, возможность замены пересадки имплантацией ИЛЖ.

получают электропитание привода либо по чрескожному кабелю, либо путём электромагнитной индукции без нарушения целостности кожных покровов. Объём рабочей камеры от 60 до 80 мл с эффективностью работы насосов от 3 до 10 л/мин, что ограничивает применение этих насосов у детей. Длительность автономной работы составляет в среднем 4 часа. Имеется также стационарный блок управления и контроля, поддерживающий работу насоса в период подзарядки батарей. К преимуществам пульсовых насосов относят синхронизацию его работы с сердечной деятельностью, высокое качество жизни, к недостаткам – наличие искусственных или ксеноклапанов, невозможность визуального контроля за тромбообразованием в системе.

Для разгрузки миокарда средняя длительность работы составляет около 6-9 месяцев. Максимальная длительность бесперебойной работы – более 5 лет. Шестимесячная выживаемость (по данным регистра INTERMACS) составляет 75%, а если из анализа исключить пациентов 1-го уровня – 80%.

Следует отметить, что внедрение в практику устройств второго поколения способно экономить ресурсы за счёт того, что при применении данной методики не является необходимой серьёзная инженерная поддержка (как в случае систем первого поколения), а также отделений для лечения полиорганной недостаточности. В частности, по данным международного регистра INTERMACS, это грозное осложнение вспомогательного кровообращения практически отсутствовало. Имеющиеся нарушения гемостаза при длительном нахождении имплантируемого устройства можно выявлять на ранних стадиях в обычных лабораториях.

Таким образом, имплантируемые системы второго поколения на данный момент являются наиболее оптимальными для имплантации пациенту с конечными стадиями ХСН, рефрактерными к проводимой фармакотерапии.

Целями имплантации устройств второго поколения служат ожидание пересадки сердца (bridge-to-transplantation), разгрузка миокарда для восстановления его функции (bridge-to-recovery). И очень существенным считаем тот факт, что такое вмешательство может рассматриваться также как средство «окончательной терапии» – аналог искусственного сердца при невозможности трансплантации (bridge-to-life).

В настоящий момент разработаны отечественные системы второго поколения (производство в Новосибирске, Зеленограде), демонстрирующие хорошие клинические результаты как при краткосрочном изучении, так и в среднесрочной перспективе.

4. Разработка алгоритмов послеоперационного ведения пациентов.

5. Создание технической базы для широкого внедрения методов искусственного кровообращения в практику.

Таким образом, системы вспомогательного кровообращения представляют собой реальный способ уменьшения затрат и повышения выживаемости больных с конечными стадиями хронической сердечной недостаточности. Внедрение данного метода в клиническую практику является длительным проектом, который требует больших финансовых и временных затрат. Тем не менее общая стоимость лечения пациента с ХСН и имплантированным ИЛЖ, особенно второго поколения, значительно ниже, чем сумма, затраченная на ведение больного после трансплантации сердца.

Однако коррекция лишь стационарного этапа оказания медицинской помощи пациенту с сердечной недостаточностью не позволяет достичь поставленных целей и задач. Ещё более значимые вызовы стоят при переходе между стационарным и амбулаторным звеном. Ключевыми следует считать такие позиции данного перехода: пациенты с острой декомпенсацией СН нуждаются в эффективном долгосрочном наблюдении для уменьшения вероятности повторной декомпенсации; использование основанных на доказательствах препаратов в соответствии с современными рекомендациями по лечению ХСН является важным фактором успеха при долгосрочном наблюдении, повышение образования пациента снижает риск повторной госпитализации и смерти, включает в себя программы самообслуживания, самоконтроля и самоуправления.

В связи с этим целесообразно создание сети специализированных отделений и кабинетов на базе имеющихся стационаров, кардиологических диспансеров, клинко-диагностических центров и учреждений первичного звена здравоохранения для создания единой службы оказания медицинской помощи пациентам с ХСН, в том числе её конечными стадиями.

Сергей ТЕРЕШЕНКО,
первый заместитель генерального
директора Национального
медицинского исследовательского
центра кардиологии Минздрава
России, доктор медицинских наук,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ.

Игорь ЖИРОВ,
ведущий научный сотрудник отдела
заболевания миокарда
и сердечной недостаточности
НМИЦ кардиологии,
доктор медицинских наук,
профессор.

Игеи

О времена! О нравы!

Чужая мораль зачастую трудно воспринимается нами, примером чего может служить недавнее сообщение «Ньюсуика» с далёкого Мадагаскара, где власти обеспокоены вспышкой чумы, унёсшей жизни более 120 человек и «уложившей» в госпитали 1200, где корреспондент журнала заснял в деревне Амбохиджафи (Ambohitjafy), что близ столицы Антанариву, процессию людей с завернутым в белую простыню трупом. Власти Антанариву связывают чуму с обычаем местного населения устраивать танцы с умершими.

Нечто подобное случилось и в далёком 1929 г., когда Л.Зильбера «бросили» на чуму в одно из сёл под Нахичеванью (чекисты полагали, что это экстремистский занос из враждебной Турции). Оказалось, однако, что родственники умершего от чумы человека, следуя обычаю, считали обязанными... съесть его печень! Такова мораль этих племён.

Стояла перед выбором (сложно сказать моральным) и героиня романа У.Стайрона «Выбор Софии» (1979, Рэндом), которую в Освенциме заставили решать, кого из двух детей отправить в крематорий. Ситуация, конечно же, романтическая, но нечто сходное решили проверить сотрудники Университета Аалто в Хельсинки. Сейчас много говорят о «социальном мозге», в ведении которого пребывает мораль. Однако вопрос о её локализации и определяющих её нейросетей не даёт покоя нейробиологам, имеющим сейчас в своём распоряжении инструментарий помимо общих рассуждений на темы этики и этического поведения.

Нервная система организмов началась с отдельных клеток по периферии медузных куполов и диффузно рассеянных клеток гидр, которые у червей и насекомых образовали брюшные парные цепочки, соединённые подобно цепям ДНК поперечными перемычками (в ней это пары «букв» ген-кода). Подобного рода примитивные нейросети не сравнить по их сложности и функциональности с тем, с чем нейробиологам приходится сталкиваться в мозгу мыши, не говоря уже о человеческом. Поэтому всякое «погружение» в переплетение сетей человеческого мозга, поставленного перед сложным этическим и моральным выбором, можно только приветствовать.

Сотрудники университета ставили 30 испытуемых женщин перед «нелёгким» выбором (moral dilemma) спасения сестры генетической (сиблинга) или приёмной сестры в раннем возрасте (генетически неродственной). Исследование активности мозговых сетей с помощью функционального МРТ (фМРТ) показало, что основной конфликт концентрировался в так называемом островке (Insula). Женщины говорили учёным, что генетическое родство для них ничего не значит (не значимо при вынесении решения), однако мозг в 90% случаев свидетельствовал об обратном, видя две ситуации по-разному.

Родство «по крови» (кровь людская не водичка) привидело к повышенной активности в сетях упомянутого островка, эмоциональной поясной извилины, срединной и боковой поверхностей предлобной коры лобных долей, а также верхних отделов височной и теменной долей. Именно эти участки коры контролируют чувства людей и их эмоции, моральные аспекты поведения как самого человека, так и его ожидания действий от других. Сходную картину активности исследователи увидели и в случае виртуального спасения кого-то – сестры, подруги или совершенно чужого человека – в



Картина Рафаэля «Суд Соломона»

случае возникновения кризисной ситуации, например спасения на водах. Опять же 905 добровольных участниц эксперимента сказали, что прежде всего, спасут генетически родственную сестру. Знание о близком родстве согласно выводу учёных максимально модулировало мозговую активность социального восприятия испытуемых. При этом вынесение решения о спасении близкого человека вступало в конфликт с присущим человеку альтруизмом. Это напонило знаменитый суд Соломона, к которому пришли две женщины со «спорным» ребёнком, и царь предложил рассечь его надвое, именно истинная мать отдала свою половинку сопернице...

Исследование можно назвать гендерно «сдвинутым» (biased) и в какой-то мере даже феминистским, чего не отрицают авторы, планирующие повторить его с участием мужчин в сходных обстоятельствах, требующих вынесения сложного решения. С другой стороны, даже фМРТ показывает некую статичную картину изменений в активности нейросетей человека и группы людей. Сейчас, однако, хорошо известно, что жизненные ситуации воздействуют на клетки, модифицируя ДНК, что может сказаться на поведении. Речь идёт о новом открытии преобразования ДНК без изменения её последовательности букв ген-кода, происходящем в предлобной коре мышей, которым длительное время не давали выбирать из воды (forced stress).

В самом же начале 2017 г. один из журналов вынес на обложку фото гидры, светящейся зелёным, у которой с помощью отравляющих веществ, например цитотоксического колхицина, сотрудники Женевского университета «удалили» все нервные клетки. Гидра, известная своим «неубиваемым» потенциалом к регенерации, использовала клетки кожи для восстановления диффузной сети нейронов, сохранив способность расти и питаться. Наука пока не знает, что происходит под действием стрессов в человеческом мозге, но выяснить это очень хочет, учитывая, что врачам приходится сталкиваться с онейроидными состояниями и шизофреническим, а также алкоголическим делирием, заставляющим людей хвататься за оружие...

Считается, что слово «мораль» ввёл в обиход «чечевичный» Цицерон, обрушивая на Катилину своё знаменитое «О времена, о нравы!» (O tempora! O mores!). У нас латинское слово mores переводили как нравы и обычаи, принятые у того или иного народа, философы же изучают их как этику (в противовес эстетике). Этику поведения животных изучает этология, противопоставляемая экологии с её условиями жизни и пищевыми цепями. Суть последней прекрасно отобразил М.Крылов в своей басне «Волк и ягнёнок»: «Ты виноват уж тем, что хочется мне кушать».

Люди постоянно встают перед нравственным выбором, пример которого мы видим в жизнеописании библейского праотца Авраама – «отца множества», – у которого поначалу не было детей, так как его сестра-жена Сара («Владычица», госпожа) была бесплодна. Не мучаясь никакими угрозами совести, она предложила мужу египтянку Агарь, которая и родила хозяину сына. В конце концов чуть ли не в 100 лет Сара сама родила «смеющегося» Исаака, которого отец без колебаний решил принести в жертву на горе Море (будущей, как считается, Храмовой). Лишь ангел-посланник удержал занесённую с ножом руку жертвователя и тем самым спас жизнь мальчику, который родил «последователя» – Иакова, имевшего 12 детей от 2 жён и 2 их рабынь. Ничего предосудительного в двоеженстве и «возведении» жёнами служанок на ложе мужа ветхозаветная мораль не видела. Не видел противоречия и сын божий, который, узнав, что для развода Моисей требовал только «разводного письма», считал, что повторный брак есть прелюбодеяние. На горе же Елеонской (Масличной) радетель новозаветной морали не осудил женщину, которая была «взята в прелюбодеянии», вопросив праведников «кто из вас без греха». Женщина была отпущена без осуждения с наказом «или и впредь не греши» (Иоанн 8 : 1, 4, 7, 11).

Считается, что зрелость цивилизации можно оценить по предоставляемой ею свободе женщинам. И если в Афинах гетера Аспазия могла себе позволить ухаживания старшего Алкивида и философа Сократа, то в заморской Ионии на берегах нынешней Турции на свободолобивую Фрину смотрели весьма косо, устроив ей суд ареопага, и лишь страстная защитительная речь, закончившаяся обнажением «обвиняемой», удержала облечённых властью мужей от расправы над молодой женщиной. Гораздо более печальную историю описал А.Куприн в своей повести «Олеся», роль которой потом исполнила обворожительная Марина Влади. Олеся побили камнями прихожане церкви, куда она пришла, чтобы приобщиться к господствующей морали того времени. После революции Н.Крупская и её подруга К.Цеткин приписали неистовой А.Коллонтай придуманную же ими «теорию одного стакана». Уже в наше время никого не смущает, что женщины идут под венец в сопровождении детей, прижитых «во грехе», не делается «хайпа» и из добранного секса.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Philosophical Transactions of Royal Society.

Гипотезы

Учёные из Университета Макгилл (Канада) и HRL Laboratories (США) нашли способ на 40% ускорить ассоциативное обучение путём неинвазивной транскраниальной стимуляции мозга (transcranial direct-current stimulation, tDCS). Примечательно, что данный эксперимент спонсировался Управлением перспективных исследовательских проектов Министерства обороны США (DARPA).

Сделать мозг умнее

Как было обнаружено, во время стимуляции префронтальной коры постоянным электрическим током происходят изменения функциональных связей между различными областями головного мозга, что значительно увеличивает скорость обучения у приматов.

Автор исследования Прэйвин Пилли, специалист в области нейробиологии и биомедицинского инжиниринга, ранее занимался изучением свойств разных типов нейронов и их влияния на внимание, память, процесс обучения и усвоения информации. В нынешнем эксперименте, проведённом на макаках, он применил неинвазивное устройство, осуществлявшее стимуляцию током участка мозга, отвечающего за когнитивные функции. Эксперимент показал, что обучение животных ускорилось после стимуляции при силе тока 2 мА в течение одной секунды.

«В ходе эксперимента мы установили электроды на кожу головы и формировали индивидуальные модели неинвазивной стимуляции префронтальной коры. Эта область мозга контролирует многие ключевые функции, включая принятие решений, когнитивный контроль и контекстную память. Префронтальная кора связана почти со всеми другими кортикальными отделами мозга, и её стимулирование распространяет эффект на другие участки коры больших полушарий. Поведенческий эффект был подтверждён, когда животные научились быстрее находить награду», – рассказал Пилли. Поведенческой задачей в этом эксперименте было ассоциативное обучение приматов. Макаки должны были сформировать произвольные ассоциации между визуальными ориентирами и местом, где они получают награду – кусочки еды. Первые попытки поиска еды по визуальным ориентирам заняли около 15 секунд. А как только животное запоминало место получения вознаграждения, ему

требовалось приблизительно 2 секунды, чтобы вспомнить ориентиры и найти цель.

Чтобы «заучить» связь между визуальными обозначениями и едой, каждому из испытуемых понадобилось в среднем 22 попытки. Однако если во время получения награды использовали tDCS, результаты менялись: под воздействием электростимуляции приматы учились распознавать визуальные обозначения всего за 12 попыток, то есть на 40% быстрее. Это исследование показало, что увеличение скорости обучения обусловлено модулированной связью между различными областями мозга, а не скоростью возбуждения нейронов, как считалось раньше.

Кроме того, исследованием было доказано, что tDCS вызывает низкочастотные колебания в ткани коры больших полушарий, которые изменяют функциональную связь не только между участками, ближайшими к очагу стимуляции, но и между удалёнными областями мозга. Эти изменения коррелируют с влиянием tDCS на поведение, управление вниманием, запоминание деталей и другие задачи, связанные с обучением. Учёные считают, что испытанное ими устройство сможет стать доступным для широкого применения уже через 5-10 лет.

Неинвазивная транскраниальная стимуляция префронтальной коры уже неоднократно использовалась в ходе предыдущих исследований в различных целях – от реабилитации после инсульта до попытки улучшения когнитивных способностей мозга. Предыдущие эксперименты показали, что tDCS может помочь в развитии словесной памяти, когнитивных функций и даже улучшить обучение математике. Другие учёные считают, что tDCS может быть полезной при лечении депрессии и болезни Паркинсона.

Ирина АНДРЕЕВА.

По материалам Current Biology.

Мнения

Онкологическая ягода

Группа североамериканских учёных установила, что арбуз может стать одной из причин развития онкологического процесса в организме. Отмечается и то, что отдельную локализацию недуга не рассматривали.

То есть речь идёт о развитии рака в любой системе организма, но желудочно-кишечный тракт в повышенной зоне риска. Так, учёные установили, что опасность представляет не тот арбуз, который был выращен в естественных для него условиях (без теплиц и добавок в виде определённых химических смесей), а та ягода, которая содержит в себе нитраты.

При этом отмечается, что количество такой добавки уже не играет особенной роли, так как организм может негативно среагировать даже на минимальное количество такой добавки. Если ранее считалось, что основная концентрация нитратов приходится именно на арбузную корку, то, согласно новым данным, наибольшее количество химикатов приходится именно на мякоть этой полосатой ягоды.

Следовательно, употребление такого арбуза даже в минималь-

ных количествах, может нанести непоправимый вред здоровью. Высокий риск развития онкологического процесса обусловлен следующим – нитраты начинают взаимодействовать с микрофлорой желудочно-кишечного тракта, что, в свою очередь, провоцирует выделение токсинов.

А уже токсины могут спровоцировать развитие ракового заболевания в организме. Конечно же, рассматривать это как прямую предрасположенность не стоит, так как для образования раковых клеток одних только токсинов в ЖКТ мало. Исключение составляет только тот случай, когда их концентрация будет высокой и такие отравления будут случаться часто.

Однако рисковать всё же не следует. Арбуз, несомненно, полезен для здоровья. Но употреблять эту ягоду лучше только «домашнего» происхождения и по сезону. Логично предположить, что те арбузы, которые появляются на рынках в начале июля, не несут в себе пользы для здоровья.

Марк ВИНТЕР

По материалам ABC News.

Почему бы и нет?

Чудо-наклейки

Учёные сделали токопроводящие «переводные татуировки» из графена

В Техасском университете в Остине (США) эксперты научились создавать наносимые на кожу графеновые сенсоры. В них слой графена скреплён со смываемым водой материалом, таким образом сенсор можно нанести на кожу так же, как наносятся «переводные татуировки»: приклеив и промыв водой.

Замеряя параметры кожи, можно многое узнать о процессах, происходящих в организме. К примеру, по ней можно судить об активности сердца или мозга – для этого на человеке обычно закрепляют металлические электроды. Но они могут сильно сдавливать кожу и заставлять пациента испытывать дискомфорт или плохо прилегать к коже и уменьшать поверхность контакта. В последнее время учёные экспериментируют именно с сенсорами-наклейками, которые наносятся прямо на кожу, как правило, для этого они используют металл – к примеру, золото.

Американские исследователи решили использовать для той же цели другой проводящий материал – графен. Поскольку просто нанести графеновый монослой на кожу или вырастить его прямо на ней невозможно, они использовали более сложную схему. Сначала графен выращивается на медной подложке, затем на него наносится полимер, а медь удаляется. Чтобы «татуировку» было легко наносить, её покрыли специальной переводной бумагой. После того, как человек прижмёт наклейку графеновой стороной к коже, её можно закрепить с помощью воды.

Суммарная толщина «татуировки» составляет менее половины микрометра, а прозрачность – около 85%. За счёт этого, а также того, что её эластичность выше, чем у кожи, такая наклей-



Так выглядит сенсор при значительном увеличении

ка практически незаметна для человека. Также исследователи показали и практические применения такого материала для снятия физиологических показателей, к примеру пульса или температуры.

Многие учёные занимаются созданием накожной электроники. Например, полимерных транзисторов-тянучек, почти не теряющих своих свойств при растяжении. Другие исследователи пробуют создавать электронику прямо на теле, печатая её с помощью специального 3D-принтера на коже.

Можно сделать и крошечную «татуировку» на зубе. Эти тончайшие линии, выполненные из графена, диагностируют заболевания и регулярно отсылают собранные данные врачу, используя технологии беспроводной связи. Некоторое время назад такое считалось чем-то из разряда научной фантастики, но сейчас это уже действительность благодаря исследованиям команды учёных Принстонского университета, возглавляемой Майком Макэлпайном. Такие «татуировки», изготовленные из углеродной плёнки, толщиной в один атом, могут быть нанесены на зубы человека и другие части тела, после чего они будут слу-

жить для того, чтобы поддержать здоровье человека. Татуировка не только определяет сам факт заболевания, но и позволяет точно определить его вид.

Особенность этого «датчика» заключается в способности точного определения видов пептидов, вырабатываемых определёнными видами микроорганизмов и бактерий. Эта технология может помочь избежать многих инфекционных заболеваний, в том числе и смертельных, поскольку своевременная их диагностика позволит применить упреждающие врачебные меры.

«Зубная татуировка» станет очень полезной в местах и районах, где проведение постоянного медицинского мониторинга является необходимым, но очень трудно реализуемым условием, к примеру в районах ведения боевых действий. Также неоценимую помощь эти устройства могут оказать в больницах и других учреждениях здравоохранения, где они смогут определить наличие микроорганизмов на множестве поверхностей и предупредить возникновение и распространение эпидемий.

Сейчас Макэлпайн и его команда работают над тем, чтобы поставить технологию графеновых «татуировок» на коммерческие рельсы. Пока они ещё признают, что в том виде, в котором технология существует сейчас, она ещё не годится для массового применения, точность работы датчика пока оставляет желать лучшего. Но исследователи считают, что это лишь вопрос времени и упорной работы, к тому же им ещё потребуется значительно уменьшить размеры сенсора, сохранив при этом все его остальные характеристики.

Подготовила
Юлия ИНИНА.

По информации ACS Nano.

Выводы

Результаты исследования, в котором учёные Университета Лафборо (Великобритания) утверждают, что супружество и близкие друзья могут защитить от слабоумия, продолжалось почти 7 лет. В нём принимали участие 6677 человек. Никто из них изначально явно не страдал деменцией, но в ходе исследования такой диагноз был поставлен 220 пациентам. Учёные сравнивали данные тех, у кого было выявлено слабоумие, и тех, кто оказался не подвержен ему, чтобы понять, как социальные связи влияют на риск возникновения заболевания. Результаты были опубликованы в *Journals of Gerontology* («Журнал геронтологии»).

Брак и близкие друзья защищают от слабоумия

У женатых людей деменция развивается реже, чем у одиноких

Одно из открытий заключалось в том, что важно «качество», а не количество друзей. «Вас может окружать большое количество разных людей, но только тесные отношения способны снизить риск развития слабоумия... Это не связано с числом друзей», – поясняет профессор Иф Хогерворст. По её мнению, близкие друзья выполняют роль буфера, предохраняя от стресса, который разрушительно сказывается на здоровье.

Девять факторов, влияющих на развитие деменции, – потеря слуха в среднем возрасте, курение, отсутствие среднего образования и своевременного лечения при депрессии, недостаточная физическая активность, социальная изоляция, высокое давление, ожирение, сахарный диабет 2-го типа.

Как считают учёные, эти факторы отвечают лишь за 35% риска. Другие 65% человеку пока неподконтрольны. Исследование также показало, что риск развития слабоумия у одиноких людей вдвое выше, чем у тех, кто состоит в браке.

По словам доктора Дуга Брауна, директора по исследованиям в «Обществе по борьбе

с болезнью Альцгеймера, речь идёт примерно об одном дополнительном случае деменции на каждые 100 человек, не состоящих в браке.

Помогут ли новые изыскания в борьбе с болезнью Альцгеймера?

Так как исследование продолжается, ещё рано говорить о том, что здесь является причиной, а что – следствием.

Известно, что слабоумие поражает мозг за десятки лет до того, как болезнь может быть диагностирована, и, возможно, эти изменения на ранних стадиях могут сказываться на способностях человека общаться. В любом случае одиночество – это серьёзнейшая проблема при слабоумии, говорит доктор Браун.

«Если люди, страдающие слабоумием, не получают должной поддержки, деменция может привести к полной изоляции, – объясняет он. – Очень важно, чтобы люди с деменцией могли поддерживать значимые социальные связи и сохранять привычный образ жизни».

Инга КАТАРИНА.

По информации ВВС.

Исследования

Группа итальянских учёных недавно пришла к выводу, что макаронные изделия, в состав которых входит цельнозерновая мука, могут быть полезны для человеческого организма, поскольку они поддерживают здоровье миокарда.

Лечебные макароны

Основателями исследований выступили специалисты из Университета Пизы, которые давали мелким грызунам, выращенным в лабораторных условиях, макароны, приготовленные только из цельнозерновой муки. После этого у подопытных искусственным путём вызывали остановку сердца. Подобный эксперимент был параллельно проведён над другой группой мышей – контрольной, им давали более распространённые среди людей макаронные изделия на основе пшеничной муки. По итогам работы стало известно, что подопытные из первой группы благополучно перенесли сердечный удар – большинство из животных остались живы. Более того, у них наблюдались меньшие повреждения миокарда. Высокая выживае-

мость животных обуславливается учёными тем, что формировалось большое количество естественных сосудистых ответвлений.

Впервые специалистам удалось получить подтверждение того, что функционирование кровеносной системы диктуется продуктами питания, а это означает, что регулярное употребление в пищу диетических сортов макаронных изделий увеличивает количество коронарных коллатералей, причём совершенно безопасно для организма. Учёные утверждают, что полученную информацию в полной мере целесообразно относить к человеческому организму.

Анастасия СВЯЖИНА.

По информации Daily Mail.

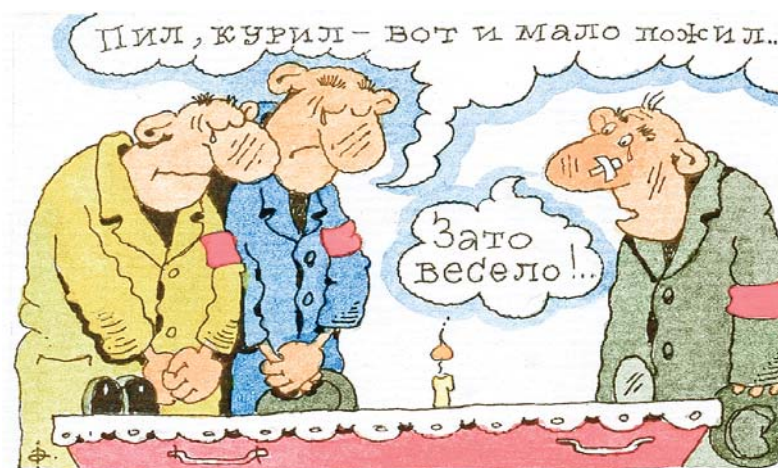
Однако

Самые нездоровые страны

Всемирная организация здравоохранения опубликовала список самых нездоровых стран. Производя анализ, эксперты смотрели на неинфекционные заболевания вроде сердечных недугов, рака и диабета, которые часто являются свидетельством нездорового образа жизни (алкоголь, сигареты, неправильное питание).

Однако при исследовании всё же основными факторами оценки были ежегодное потребление алкоголя и табака на человека, а также распространённость ожирения среди населения. И, исходя из этого, Чешская Республика попала на первое место. Чехи выпивают 13,7 л чистого алкоголя в год в расчёте на человека. К тому же страна находится на 11-м месте по количеству выкуранных за год сигарет, несмотря на проведение антитабачной политики.

В целом Восточная Европа оказалась наиболее нездоровым регионом в мире. Россия находится на 2-м месте, Словения – на 3-м, а её жители стали 6-м крупнейшим потребителем табачных изделий на



планете (2637 сигарет в год). Кстати, США – единственная неевропейская страна, попавшая в первую десятку. Причина – 35% взрослых в стране имеют ожирение.

Итак, в перечень самых нездоровых стран входят: Чехия, Россия, Словения, Белоруссия, Словакия, Венгрия, Хорватия, Польша, Люксембург, Литва и США. А вот Афганистан – самая здоровая страна с одним из самых низких уровней

ожирения в мире (2,7% населения). В год здесь потребляют всего 83 сигареты. Что касается алкоголя, то в стране действует запрет на его продажу и потребление. На 2-м месте среди самых здоровых стран – Гвинея, на 3-м и 4-м – Нигер и Непал.

Данила ДУБРОВСКИЙ.

По информации Daily Mail.

В XIX веке немецкий философ-идеалист И.Фихте, задумавшись об отношении человеческого сознания к окружающей действительности – объективной реальности, предложил концепт диады «Я» – «не-Я», описывающий эволюцию и суть развития связей между этими элементами. На 1-й стадии субъект осознаёт свою самостоительность: Я = Я. На 2-й – «Я» порождает своё отрицание – «не-Я», выступая как субъект (познающее сознание); тогда как «не-Я» начинает играть роль объекта (предмета познания).

«Я» против «не-Я»

Философская модель Фихте обозначала место человека в окружающем мире, охарактеризовав внешнюю среду, как в принципе чуждое для субъекта пространство. По сути, немецкий философ подчеркнул отчуждение человека от природы и от любого другого субъекта, раздвоив, поляризовав целостный космос библейского мироздания и религиозного мышления на две ипостаси, одна из которых была для субъекта «социально близкой», вторая – совершенно посторонней. Лигатура религии (religare – воссоединяю) расщепилась на два волокна, став менее прочной.

Первобытные люди столкнулись с этой философской идеей задолго до Фихте. В процессе эволюции, на этапе становления и начального развития Homo sapiens, качественно изменилась система, обеспечившая адаптивное поведение этого вида. Человек почувствовал (ещё не понял: вторая сигнальная система пока не развилась), что отличается от окружающего его мира, нависающего над ним, таящего угрозы в каждом своём событии и явлении. Природа была враждебной и опасной. С ней приходилось бороться за каждый день прожитой жизни. Любой шаг, сделанный по планете, был авантюрой, могущей окончиться фатально. В мистической темноте скрывались вполне реальные пещерные медведи и львы; смена времён года сулила зимнюю стужу и весенний голод...

Необъяснимые грохот грома и блеск молнии казались не менее ужасными и враждебными событиями, направленными на причинение вреда человеку, кутающемуся в шкурки и дрожащему от холода и страха. Природа таила в себе угрозы и подвохи. Человек ощутил себя слабым и беззащитным; его – только начавшее формироваться «Я» – окружал огромный и страшный мир «не-Я», готовый внедриться в бытие пещерного обитателя – войти, ворваться, вторгнуться в пещеру, в которой тот только что укрылся, схватить, вгрызться, сожрать. Любые ощущения, возникавшие в организме человека, могли быть предвестником опасности и смерти – холод, запах, звук, прикосновение.

Эта эпоха генерировала ряд психопатологических феноменов, дошедших до нашего времени почти в неизменном виде. Вторая сигнальная система ещё не оснастила их сложными ментальными конструкциями, и относителен примитивизм их содержания остался почти без изменений: цивилизация так и не раскрасила эти феномены в культуральные и этнические цвета.

Психиатрии известен симптомокомплекс, именуемый «феномен воплощённого присутствия», получивший в немецкоязычной медицине дефиницию Das Anwesenkeit (К.Ясперс, 1923). Для него характерно ощущение присутствия постороннего существа в непосредственной близости от субъекта. Это состояние возникает при непомрачённом сознании, сочетающимся с одиночеством пациента в замкнутом пространстве (реже – на открытой местности). Симптом отличается от истинных галлюцинаций отсутствием

чувственной составляющей, а от бреда – отсутствием непреложной уверенности человека в своей правоте, что заставляет его искать подтверждение своим ощущениям.

Некоторые исследователи считают феномен воплощённого присутствия «оживлением архаической психопатологии», «психиатрическим атактизмом».

Ощущение присутствия посторонних неведомых сил в окружающем мире формировало у первобытных людей убежденность в одушевлённости природы, постепенно превращаясь в систему анимизма, населившего закоулки пространства злыми и добрыми

Так или иначе, обсессивные феномены известны всем. Не все верят в приметы, но каждый знает об их существовании. Увидев чёрного кота, переходящего дорогу, человек не обязательно свернёт с пути, но непременно вспомнит эту примету русского фэн-шуй. У каждого этноса есть огромное количество национальных примет и пословиц, говорящих о порче, сглазе и кознях нечистой силы. В Великобритании, например, плохой приметой считается пройти под прислонённой к стене дома лестницей; в России беду предвещает чёрная кошка, переходящая дорогу... В каждой из культур существуют способы сакральной

и покровительства, тоже становясь частью «Я». В нём можно было не опасаться враждебного мира «не-Я», который угрожающе нависал над человеком, суля всяческие неприятности. Например, здесь можно было укрыться от нападения зверей. Но внутри нельзя было находиться всё время...

По мере развития второй сигнальной системы человека в его психопатологическую клинику вошли бредовые конструкции. Вероятно, одной из первых патологических фабул стал бред одержимости, интерпретирующий окружающий мир, который долго оставался враждебным по отношению к человеку. Опасными были

«превратиться» в любого хищника, обитающего в конкретной местности – льва, крокодила, гиену и пр. Большой ликантропией и его действия описаны в книге Шарля де Костера «Легенда о Тиле Уленшпигеле...»: «...Бывали случаи, когда хлебопашец, ранним утром выходящий работать в поле, обнаруживал волчьи следы, а затем его собака, разрывая лапами землю, откапывала мёртвое тело с отпечатками волчьих зубов на затылке, за ухом, иногда на ноге, причём непременно сзади, с раздробленными шейными позвонками, с раздробленной костью на ноге». Отголоски ликантропии узнаются и в народных сказках: «Грынул Иван-царевич оземь, обернулся серым волком...» и пр.

Обсессия и бред одержимости стали разными способами преодоления экзистенциального страха человека. В первом случае ритуал, имеющий религиозную подоплёку, усиливает персональное «Я», во втором – бред это «Я» разрушает, лишая человека, возмнившего себя божеством, здравомыслия.

Конечно, ритуалы бывают и у больных шизофренией, но в их случаях, обсессивные действия имеют хаотичный и непостоянный характер, не обладая сакральностью, освящённой веками и традициями. Они выглядят, как попытка поиска пути назад, в собственное «Я», как попытка вспомнить волшебное слово «сезам», но на ум несчастному приходят только «горох» и «ячмень»: он уже не в состоянии вспомнить верный пароль. Поистине «Если Бог хочет кого-то наказать, то он лишает такого человека разума». И в данном случае понятно, чем именно вызвано наказание: уподоблением себя божеству (хоть и тотемическому).

Различие между психопатологическими и нормативными конструкциями не всегда очевидно вне культурно-исторического контекста. Поэзия скальдов зачастую выглядит, как клиническая шизофазия, – «словесная окрошка», соблюдающая грамматику речи, но скрывающая её смысл. («Миниатюризация поездки в Таллинн – два последних раза, сюда, и как бы ещё раз внутри, но по-нашему» – реальная цитата из текста, написанного психически больным). Стихосложение скальдов регулярно применяло приём «хейти», использовавший поэтические синонимы; в качестве которых могли привлекаться лексемы, связанные с исходным словом весьма поверхностно: вместо слова «море» могли прозвучать «волна», «пучина», «устье», «ручей», «фьорд», даже «лука» или названия конкретных водоёмов и рек. Хейти допускал и применённые омонимы по типу «кров» и «кровь». Поэтическая строка порой превращалась в многочленный реbus.

Внешне выглядящий шизофреническим по форме текст содержит в себе культурный код, который может быть прочитан и понят. Психически больной, покинувший пространство «Я», не имеет такого ключа и пытается искать его, нанизывая слова друг на друга – бессистемно и почти бессмысленно, ибо тот эфемерный смысл, который был вложен им в этот меседж, ускользнет от самого безумца спустя краткий промежуток времени. И это – настоящая шизофазия, бессмысленная и беспощадная. Дверь больше не открывается, и обратно не попасть.

Мнимая шизофазия скальдической поэзии сшита путеводной нитью лигатуры культуры и истории, подобно страховочному тросу удерживающих человека на той половине мира, которая относится к его «Я», к выстроенной им цивилизации. Это та соломинка, что может спасти от безумия.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Философские беседы

Кров и кровь

Ряд психопатологических феноменов дошли из древности до нашего времени почти в неизменном виде



духами. Английский этнограф и культуролог Э.Тайлор считал анимизм первоначальной стадией развития религии.

Фобии и ритуалы

По мере усложнения анимизма возникла необходимость в появлении специалиста, который стал бы посредником между мирами – духов и человека. Так появился шаманизм. В том или ином виде он существовал у большинства народов планеты. Его принято считать древнейшей религией, хотя такая трактовка несколько условна: современные религии предполагают наличие единой мифологической базы, чего в шаманизме не было даже в пределах одного материка.

Камлание шаманов было непростой процедурой, и её следовало соблюдать неукоснительно и тщательно. Причинами для камлания становились любые потребности древних людей: каждое их деяние должно было быть угодно духам, к которым следовало обращаться в любом несчастье. Изменение или нарушение регламента шаманского действа в лучшем случае грозило неудачей предприятия, в худшем – сулило кары со стороны разгневанной природы. Процедура превращалась в обязательный и неизменный ритуал, который по формальным признакам можно считать обсессивным, то есть навязчивым. Эти ритуальные обсессии носили вторичный характер: они формировались вокруг навязчивостей первичных, которые возникали вокруг тревог и страхов человека – перед духами болезней, молнии, огня, наводнения и пр. Ритуалы имели защитный характер, снижая душевный дискомфорт. По времени исполнения они часто оказывались весьма продолжительными и имели сложную структуру.

ритуальной «защиты» от подобных неприятностей: трижды постучать по дереву – чтобы не сглазить (модификация перкуссии шаманских барабанов, прогоняющих неудачу), сплунуть (опять-таки трижды) через левое плечо – дабы не накликается... Число «три» вместе с защитным действием становится оберегом и ритуалом, который следует осуществить, чтобы разрушить планы нечистой силы. Сохранение ритуала вообще часто связано с числом: действие лишь тогда обретает защитный эффект, когда выполняется определённое количество раз («счастливые номера»); и причина этого, возможно, кроется в сакральности ритмов древних бубнов, в которые стучали колдуны племён.

Древность возникновения и религиозные истоки происхождения фобий и ритуалов, ставших частью национальных культур, обозначают также приметы, пословицы, поговорки и считалки, хотя фольклор – гораздо более поздняя, нежели шаманизм, стадия развития культуры. Кому неведомо детское ритуальное заклинание «Чурики, я в домике!»? В славянских языках «чурами» (щурами) назывались предки рода. Во фразе «Чур меня!» временем съедено слово «защиты». Произносивший сакральную формулу субъект обращался с просьбой о протекции к своим пращурам, восстанавливая непрерывность времён, связывая разорванную лигатуру преемственности и наследования культуры, реставрируя континуум бытия, времени и пространства, тем самым расширяя зону собственного «Я». Воссоздаваемая заклинанием-считалочкой общность с предками оказывалась средством усиления человека, звавшего на помощь единокровных пращуров. Дом был местом спасения, защиты

духи грозы, мороза, животных... Необходимость «покровительства» со стороны природы привела к оформлению примитивной религиозно-социальной системы тотемизма: «патронат», осуществляемый каким-то метеорологическим явлением, растением или животным, превращал этих резидентов «не-Я» в предметы особого культа. Прежде чем войти на территорию «не-Я», следовало заручиться благоволением тотемных существ, которые могли быть племенными, родовыми и личными. Бред одержимости странно преломлялся мозгом больных людей, которые из-за страха перед хищниками начинали считать себя зверями (по существу – уподоблять себя духам природы). Психика словно подсказывала им такой способ защиты: «превратившись» в волка, можно было «не опасаться» нападения волчьей стаи...

Между нормой и психопатологией

Сумасшедший считал себя хищником и вёл себя соответственно, нападая на людей. Инверсивная форма психологической защиты – самоидентификация с источником страха и подражание ему – хорошо известна современным психологам. Человек с бредом одержимости, «становясь хищником», словно восклицал, обращаясь к тотему: «Мы с тобой одной крови!», что особенно показательно кажется в русском языке, в котором слова «кров» и «кровь» выглядят однокоренными, подчёркивая возможное (хотя и сомнительное) этимологическое родство. Слово «обескровленный» непросто понять вне контекста, а «единокровный» может означать не только кровное родство.

Если для исполнителя языческого религиозного ритуала кров (дом) и кровь рода (защита пращуров) объединялись обсессивным заклинанием «Чурики, я в домике!», усиливая этим его «Я» и увеличивая пространство его хронотопа, то бред одержимости уводил человека с территории «Я» в джунгли «не-Я». Но и в этих зарослях нужна была безопасность – и психотик взывал к тотему, интегрируясь с ним, по сути, объединяясь с «не-Я», становясь «не собой», обретая «защиту» ценой утраты собственной личности – персонального «Я».

В эпоху Средневековья бред одержимости получил название «ликантропии». Описания ликантропии встречаются в фольклоре этносов всего мира (Китай, Индия, Африка, Америка), причём в зависимости от региона человек мог

Компания сложилась ещё в студенческие годы. Конечно, с годами она видоизменялась, но по духу оставалась прежней. Встречи были приятны тем, что на них царил дух интереса друг к другу, озорства, веселья, лёгкого подтрунивания и вместе с тем жажды общения, узнавания чего-то нового, неожиданного, незаурядного. Можно было позволить оказать внимание даме в застолье, во время танцев, можно было проявить себя хорошим рассказчиком или бардом, а можно было просто подвинуть всю компанию к прогулке по лесу или катанию в возках, запряжённых лошадьми. Мы уже были в том возрасте, когда каждая семья владела отдельной квартирой в городе и загородным участком, взрослые дети стремились отдыхать без нас и только ждали, когда же родители наконец оставят их полноправными хозяевами городских квартир (ну, хотя бы на время!). Самыми счастливыми для этого были новогодние праздники и новогодние каникулы. А поскольку все из компании привыкли работать много и отдавались избранному делу в охотку, с душой, редкие встречи как-то особенно запоминались.

Так случилось и в эти новогодние каникулы, которые начались уже 30 декабря. На сей раз мы собрались на даче Аристарха Проколова. Отменный хозяин и семьянин, он в своё время купил 4 участка земли по 6 соток, только что закончил строительство и отделку своего деревянного дома, походившего больше на урбанистические поиски архитекторов эпохи раннего конструктивизма. А вот внутри дом был уютным, просторным, приспособленным под любые прихоти хозяев и гостей.

Пропущу все хозяйственные хлопоты и первое застолье. Потом была небольшая прогулка и танцы. И вот, представьте себе, что все уже за сервированным столом. Конечно, как и положено по традиции, тамадой избрали Аристарха.

И вдруг с места вскочил общий любимец Михаил Подгаец и заговорил.

– Дорогие друзья, уважаемый тамада! Думаю, что после танцевального перерыва мы все встряхнулись, сняли городскую усталость и готовы снова хорошо праздновать, то есть говорить тосты, поднимать бокалы, дегустировать изысканные напитки и замечательного качества блюда. А пока вы будете наполнять бокалы, раскладывать закуску по тарелкам, ухаживать за дамами, я хочу вернуть вас к волнующей бесконечной теме взаимоотношений мужчин и женщин, к теме любви и любовных страстей. Предлагаю окунуться во времена, знакомые нам из романов Александра Дюма.

Итак, Франция, XVI век. В конце XVI века Францией правил король Генрих IV Наваррский. Его законной супругой была королева Маргарита Наваррская, знаменитая «королева Марго», одна из дочерей итальянки Екатерины Медичи.

Известно, что Генрих Наваррский очень любил женщин и совершил много подвигов на любовном фронте, причём он никогда не проявлял настырной грубости, умел выжидать и не обижаться, всегда проявлял свою страсть романтично, возвышенно и никогда не пользовался своей королевской властью для устрашения или наказания капризного или неприступного объекта своей страсти.

На литературный конкурс

Сладкие шутки короля

Историческая быль



Как-то среди других красавиц Генрих IV обратил внимание на прелестную 18-летнюю Габриэль д'Эстре, дочь генерала Антуана д'Эстре и его супруги Франсуазы. По воспоминаниям одной придворной дамы, Габриэль отличалась несравненной красотой.

Она уже успела побывать любовницей трёх мужчин: кардинала де Гиза, герцога де Лонгвиля и герцога Роже де Белльгарда. Но надо сказать, что Роже де Белльгард и Габриэль д'Эстре покорили друг друга и воспылали такой взаимной страстью, что начали мечтать о свадьбе, чтобы соединить свои судьбы в семейный союз.

Но родители Габриэль, зная безудержно рискованный характер дочери, боясь за её непредсказуемое будущее до замужества и руководствуясь меркантильными и сословными условностями, насильно выдали дочь замуж за знатного дворянина, который был значительно старше неё. После замужества оказалось, что выбранный родителями муж совершенно неспособен к полноценной семейной жизни. Муж Габриэль, извините за подробность, оказался полным импотентом.

После замужества Габриэль женился и герцог Роже де Белльгард, хотя он был абсолютно равнодушен к жене и продолжал любить Габриэль.

В конце концов настал такой момент, когда Габриэль впервые увидел король Генрих IV. И как только он увидел 18-летнюю красавицу в сопровождении Роже де Белльгарда, мгновенно зажёгся и воспыла к ней неукротимой страстью.

Как поступают в таких случаях короли? А вот как. Генрих потребовал, чтобы Белльгард немедленно оставил все свои притязания на Габриэль. Король даже настаивал, чтобы он сам уговорил свою любовницу отдаться монарху!

И что же? Роже Белльгард почувствовал себя оскорблённым до глубины души и... смирился с королевским приказом.

А вот Габриэль отказалась смириться. Она честно и бесстрашно ответила королю, что любит Роже де Белльгарда и никогда не полюбит никого другого. И уж наверняка она не полюбит его, Генриха Наваррского, потому что он ей не симпатичен и даже неприятен.

Это была неслыханная дерзость. При другом короле за подобный ответ женщина могла поплатиться головой.

Но Генрих Наваррский не был жесток. И очень любил женщин. Отказ красавицы только раздул костёр в его сердце.

...После такого разговора короля с очень понравившейся ему женщиной незаметно пролетело много времени и случилось ох как много важных, неординарных событий.

Королю пришлось достаточно долго вести политическую и военную борьбу против католиков, так как сам он был гугенотом. Члены семьи Габриэль д'Эстре пострадали от католиков: её отец и дядя потеряли посты губернаторов, а любовник тётки – управление одной из провинциальных территорий.

Поскольку неутолённая любовная страсть короля не утихла, тётка Габриэль, госпожа де Сурди, решила от имени всего семейства д'Эстре сделать Генриху недвусмысленное предложение. Если король вернёт губернаторство отцу и дяде красавицы, а любовнику госпожи де Сурди управление территорией, она обещает, что всё семейство заставит Габриэль не только отказаться от Роже де Белльгарда, но и уступить страстным желаниям короля.

В это же время военная обстановка во Франции складывалась так, что благоприятствовала походу Генриха на Руан – крупный, стратегически важный город, являвшийся пока надёжной крепостью католиков. Но для выполнения сговора с госпожой де Сурди королю было важнее взять город-крепость Шартр.

И политическая, и военная борьба для Генриха Наваррского ока-

зались делом менее важным, чем возможность (согласно сговору с родственницей Габриэль) овладеть неприступной женщиной. Король отдал приказ и развернул свои войска.

После мучительной 2-месячной осады Шартр пал. Король немедленно распорядился выполнить то, что обещал, а тётка и отец сей же час принарядили Габриэль и повезли её в Шартр в качестве изысканного дара победителю – королю Генриху IV.

Король упивался своей победой, но, разумеется, не над городом Шартром, который был ему безразличен. Наконец-то он смог овладеть вожаделенной женщиной!

Сторонники Генриха советовали ему развить военный успех и немедленно двинуться в Нормандию. Куда там! Король уехал вместе с Габриэль в её замок в Кевр.

В Кевре Генрих провёл с Габриэль несколько блаженных недель. Вот так он праздновал свою долгожданную победу, отнюдь не военную, а над женщиной, которой добивался несколько лет.

Генрих был счастлив, но Габриэль не смирилась с ролью любовницы короля. Она мечтала о другом...

Война с Католической Лигой продолжалась, и король был вынужден отлучаться из своей резиденции Сен-Дени (в ту пору Париж ещё не принял короля-гугенота, и Генрих IV оставался «королём без столицы»). В отсутствие короля Габриэль оставалась совсем одна хозяйкой роскошных королевских покоев. И не теряла времени даром. Во время отлучек короля она звала к себе герцога де Белльгарда. А надо прямо сказать, что Белльгард в этот период боялся ревности короля куда меньше, чем ревности отвергнутой женщины.

Он знал, Генрих неизменно благороден по отношению к соперникам. А Габриэль... О, упаси бог обидеть её! Разгневанная невниманием или пренебрежением, обиженная Габриэль вполне могла выкинуть каприз и отправить Белльгарда на эшафот. Ведь Генрих Наваррский исполнял все её капризы!

Вскоре королю вновь пришлось покинуть возлюбленную и двор, дабы присоединиться к войску для решающей битвы. И Габриэль снова написала герцогу де Белльгарду и пригласила его к себе в Сен-Дени.

Влюблённые провели вместе несколько прекрасных недель, когда вдруг, без предупреждения, не по-слав впереди себя глашатая, прибыл король... Курьёзная ситуация легла в основу анекдота, рассказывавшегося при дворе Франции и много лет спустя. Белльгард был в постели с Габриэль, когда послышались шаги и бодрый голос Генриха Наваррского. Перепуганный насмерть герцог нырнул под кровать и затаился там... Король вошёл в опочивальню Габриэль, увидел её – обнажённую, томную – и возжелал немедленно обладать ею. Что и свершилось прямо над головой распростёртого на полу Белльгарда.

По полу гулял сквознячок, и несчастный любовник простудился... А король имел пристращение после любовных утех съедать тарелку своего любимого сливового конфитюра. Он и сейчас позвал служанку и потребовал лакомство. И только начал есть, как Белльгард чихнул под кроватью!

Габриэль сомлела от ужаса, а Генрих Наваррский сунул под кровать тарелку с конфитюром и сказал: «Поешьте! Ведь вы любите сладкое!»

Король потом сам рассказал «анекдот» придворным в присутствии сгорающих от смущения Габриэль д'Эстре и герцога де Белльгарда. И громче всех хохотал...

Несчастный, пристыженный, осмеиваемый всеми Белльгард уехал домой к жене. И никогда больше не приближался к королевской фаворитке. Вот так Генрих Наваррский победил соперника самым страшным оружием – насмешкой.

Так вот, друзья, предлагаю поднять бокалы и выпить это замечательное искристое шампанское за любовь, страсть и сладкие шутки по-королевски!..

...Через 13 лет из совсем разных источников я узнал, что тот Мишкин тост спас от развода минимум две семейные пары.

ОБ АВТОРЕ: Василий Поляков – постоянный автор «МГ», педиатр, детский онколог, живёт в Москве. Являясь доктором медицинских наук, профессором, Василий Евгеньевич давно и успешно совмещает врачебную деятельность с литературным творчеством. Им издано несколько книг повестей и рассказов, он принят в Союз писателей России.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.
Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-10-00323 Тираж 23 973 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

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

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