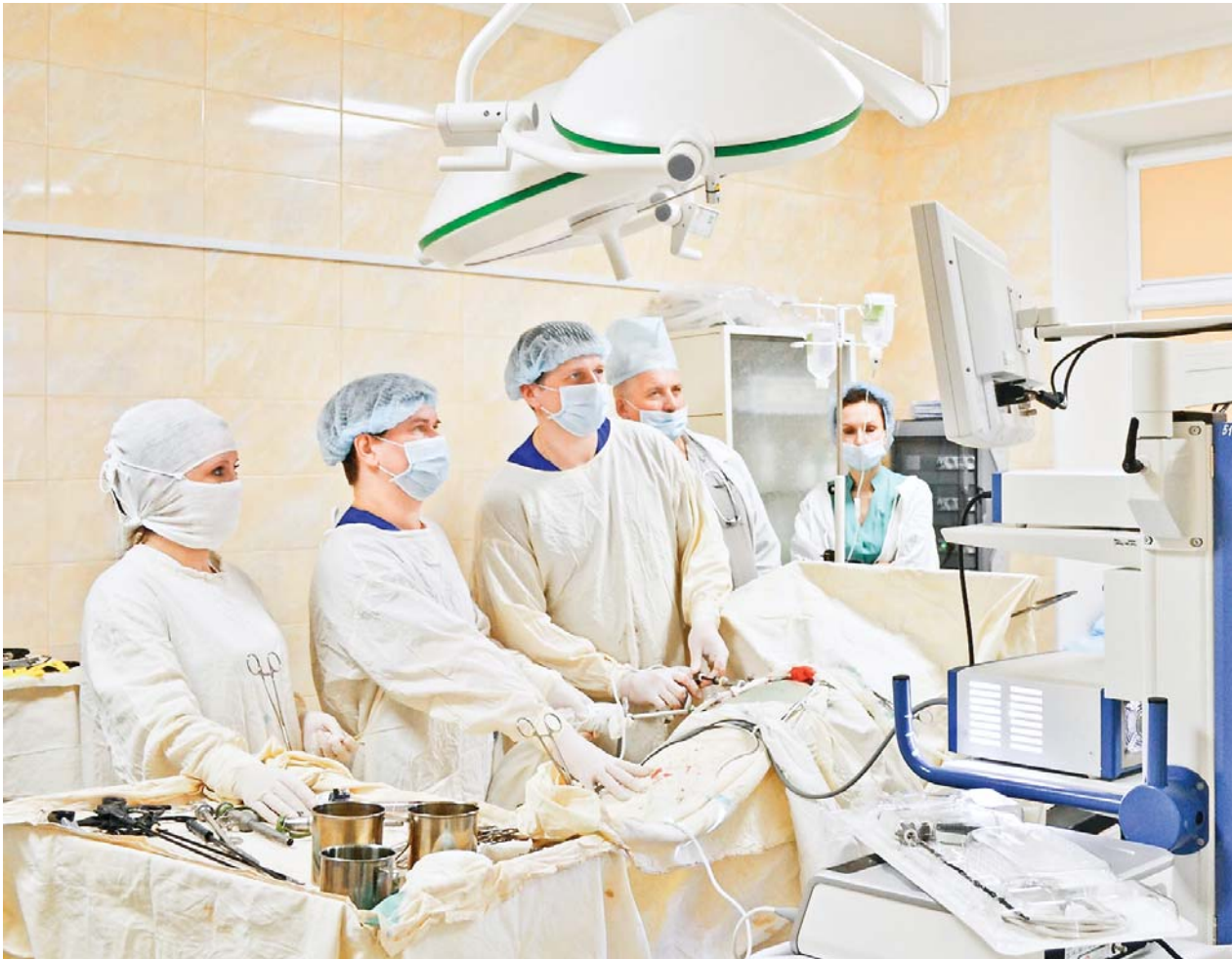


Тенденции

Лучший подарок

Это – слова благодарности врачам от пациентов



Отделение портальной гипертензии, созданное в Омске почти три десятилетия назад, отмечает своеобразный юбилей: минуло ровно 10 лет, как оно стало структурным подразделением Западно-Сибирского медицинского центра ФМБА России, базирующегося в городе на Иртыше.

– Сегодня мы выполняем все виды операций на брюшной полости, но в приоритете хирургия печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, – рассказывает заведующий отделением, хирург-гепатолог высшей квалификационной категории Евгений Подольский. – Врачами отделения разработано более 50 уникальных методик диагностики и

В ближайшем будущем трансплантация печени для этих врачей станет обыденным делом

лечения больных с различной патологией печени. Сейчас, после первой успешной пересадки печени, в перспективе нашего развития – трансплантология и теперь мы готовимся к родственной трансплантации печени. На следующий год запланировано немало трансплантаций.

...Из письма жительницы Алтайского края Ольги Зеленской: «После неэффективного лечения в своём городе я искала другие варианты решения моих серьёзных проблем с печенью. Обратилась в Западно-Сибирский медицинский центр ФМБА России. Врачи откликнулись на моё письмо. В итоге меня прооперирова-

ли, удалили большую часть печени. Я больше не сижу на гормональных препаратах. Впереди предстоит ещё длительный процесс восстановления и лечения, но на все процедуры я езжу только в этот центр, преодолевая каждый раз 1000 км. Это моя больница...»

Такие письма, приходящие врачам центра, не редкость и для коллектива отделения портальной гипертензии, отмечающего 10-летие в его составе, – лучший подарок.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Профилактика

107 тысяч человек привились против гриппа

На Кубани за первые недели массовой вакцинации против гриппа привились 107 тыс. человек. За всю кампанию планируется охватить иммунизацией около 2 млн жителей края.

Как сообщили в Минздраве Краснодарского края, в этом году количество вакцинируемых лиц увеличено, плани-

руется привить более 40% от численности населения края в рамках национального календаря профилактических прививок. Этого более чем достаточно, чтобы создать так называемую иммунную прослойку и избежать эпидемии.

Национальным календарём определён перечень лиц, которые имеют право на бесплатную вакцинацию

против гриппа: дети с 6 месяцев до 18 лет, школьники и студенты, медработники, учителя, люди старше 60 лет, работники общественного транспорта и коммунальной сферы. Также в данном списке беременные, призывники, люди с хроническими соматическими заболеваниями лёгких, сердечно-сосудистой системы, метаболическими нарушениями и ожирением.

Вакцинация продлится до середины ноября.

Аревик ТАМРАЗЯН,
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения
Российской Федерации:

Число россиян, которые воспользовались оздоровительными программами на территории нашей страны, существенно увеличилось.

Стр. 4



Алексей ИВАНОВ,
заместитель директора по науке,
руководитель отдела клеточной и
молекулярной патологии Института
молекулярной медицины Первого
МГМУ им. И.М.Сеченова, профессор:

Чтобы сделать интересную для международного научного сообщества публикацию, надо минимум год хорошо поработать...

Стр. 6

Аркадий ВЁРТКИН,
заведующий кафедрой терапии,
клинической фармакологии
и скорой медицинской помощи
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
профессор:

Маломобильные пациенты – наиболее трудноурабельная группа больных.

Стр. 10-11



Сотрудничество

Реабилитация по-японски

В рамках второго Восточного экономического форума две влиятельные японские корпорации и администрация Приморья подписали меморандум об инвестиционном сотрудничестве на российском Дальнем Востоке. В дальнейшем, компании из Японии намерены стать резидентами Свободного порта Владивосток и развивать медицинские услуги в Приморье.

Как сообщил первый заместитель губернатора края Василий Усольцев, подписав документ, стороны договорились продолжить исследование возможности инвестирования в Японский амбулаторный реабилитационный центр для выздоравливающих пациентов.

– Японские бизнесмены рассчитывают, что с учётом возможностей, которые предоставляет режим Владивостока, в дальнейшем смогут учредить в Приморье реабилитационную клинику со стационарным лечением и передовыми японскими медицинскими услугами – такими как малоинвазивная хирургия или геномный диагноз, – отметил заместитель главы региона.

Японские компании, выступившие сторонами меморандума, имеют опыт ведения бизнеса на территории Дальнего Востока. Первое русско-японское совместное

медицинское предприятие «ХОКУТО» открылось во Владивостоке в мае 2013 г. Его акцент на диагностику и профилактику болезней в сочетании с самым современным техническим оснащением сразу сформировал уникальное предложение на рынке медицинских услуг Дальневосточного региона.

– Владивосток пользуется повышенным вниманием Правительства России и других стран мира и стремительно развивается, – заявил соучредитель ООО Медицинская корпорация «ХОКУТО» Норико Ямада. – Нам кажется, что россияне и японцы хорошо понимают друг друга. Поэтому, мы решили открыть диагностический центр корпорации именно здесь, во Владивостоке.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Новости

На учёбу в медицинский класс

Главный врач ямальского Центра медицинской профилактики Сергей Токарев в качестве официального гостя и социального партнёра посетил открытие первого в Надыме профильного медицинского класса.

«На протяжении последнего года мы вели довольно активную работу в этом направлении: специалисты центра подготовили и реализовали ряд профориентационных экскурсий для надымских школьников, – рассказал Сергей Токарев. – Теперь мы стали частью масштабного образовательного проекта, в который, помимо нашей организации, вошли Департамент образования Надымского района, Центральная районная больница и медико-санитарная часть «Газпрома». Таким образом школьники и, надеюсь, будущие студенты-медики смогут своими глазами почувствовать специфику работы надымской системы здравоохранения: профилактическую и клиническую медицину, деятельность ведомственной организации, обеспечивающей охрану здоровья работников вахтового метода».

Учениками медицинского класса стали ребята из разных школ города, показавшие лучшие результаты по итогам специального тестирования. Занятия будут проводиться раз в неделю, поочерёдно в каждом из учреждений-партнёров.

«Внедряя этот проект, мы планируем в недалёком будущем решить острую проблему кадрового дефицита», – добавил в заключение главный врач.

Александр ИВАНОВ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

В первую очередь – школьники и пенсионеры

В Воронежскую область поступило 309 тыс. доз гриппозных вакцин для иммунизации детей и взрослых. Это примерно половина от запланированных поставок. В целях снижения интенсивности распространения гриппа и ОРВИ, предупреждения тяжёлых осложнений и летальных исходов в Воронежской области в этом году планируется привить не менее 40% населения. В первую очередь, это дети с 6-месячного возраста, школьники и студенты, беременные, работники медицинских и образовательных учреждений, а также люди пенсионного возраста и лица с заболеваниями бронхолегочной и сердечно-сосудистой систем. Для проведения прививочной кампании и на закупку гриппозной вакцины из областного бюджета выделено порядка 1,6 млн руб. На данный момент в поликлиники и больницы города и области передано 8 тыс. доз вакцин.

Оксана КОЗЛОВА.

Воронежская область.

Корейцы дошли до Камчатки

Губернатор Камчатского края Владимир Илюхин и президент Института развития индустрии здравоохранения Республики Корея Ли Ёнг Чан подписали меморандум о намерениях сотрудничества в сфере здравоохранения. Об этом сообщили в правительстве региона. Документ, в частности, предусматривает проведение совместного технико-экономического обоснования для проекта строительства новой краевой больницы в рамках модернизации государственных медицинских учреждений.

– На протяжении многих лет Республика Корея является одним из основных торгово-экономических партнёров Камчатки, – отметил в ходе подписания Владимир Илюхин. – Это обусловлено нашей географической близостью, взаимными экономическими интересами и, конечно, добрососедскими, партнёрскими отношениями. Но этот меморандум наиболее значим для Камчатки. Надеюсь, что соглашение с Республикой Корея позволит нам завершить строительство больницы быстрее.

Переговоры с Республикой Корея о возможности реализации проекта по строительству краевой больницы проводились правительством Камчатского края в течение 10 месяцев. В августе на Камчатке побывала делегация Института развития индустрии здравоохранения Кореи. В итоге было принято решение о подписании меморандума.

– Это первый проект и первый шаг, который делает и Республика Корея, и наш институт. Поэтому мы чувствуем свою ответственность и хотим построить больницу по самым современным технологиям, чтобы она стала моделью для других регионов, – подчеркнул Ли Ёнг Чан.

В настоящее время строительство клиники ведётся за счёт средств краевого бюджета. В 2016 г. на эти цели направлено порядка 200 млн руб. К концу года планируется завершить работы по возведению металлоконструкций второго корпуса ЛПУ на 170 коек. В целом, больничный комплекс будет состоять из диагностического центра и нескольких лечебных корпусов. Общая площадь территории комплекса составит более 40 га. Проект оценивается в 11 млрд руб.

Николай ИГНАТОВ.

МИА Сито!

Петропавловск-Камчатский.

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

Акции

Как сказать раку: «Нет!»

Очень важно вести здоровый образ жизни

В Алтайском крае с большим успехом прошла вторая региональная акция по профилактике злокачественных образований молочной железы «Скажи раку: «Нет!»

По словам врачей Барнаула, у входа в онкологическую поликлинику «Надежда» такой длинной очереди не было давно, тем более в субботу.

По предварительным данным, в рамках акции у 8 женщин обнаружен рак молочной железы, ещё у 21 диагноз пока под вопросом, 45 женщин направили на операцию и почти трём сотням посоветовали пройти срочное амбулаторное лечение.

Всего за 5 часов акции врачи осмотрели больше 2 тыс. жительниц региона. Помимо барнаульских больниц, впервые в это же время приём вели в Рубцовске, Бийске и ещё в 4 ЦРБ края. Приём специалистов и все обследования были бесплатными.

Напомним, сегодня около 10% женского населения нашей планеты страдают от этой опасной болезни. Ранние признаки забо-



В онкологических учреждениях идут доверительные беседы

левания протекают бессимптомно. Образованию опухоли наиболее подвержены женщины в возрасте старше 40 лет. За последние 20 лет рост заболеваемости составил 40%. При этом прослеживается угрожающая тенденция к «омоложению» рака. Сейчас на каждые 100 тыс. женщин в возрасте до 30 лет приходится до 30 больных раком молочной железы. Важно

обнаружить его на ранней стадии, тогда лечение будет более щадящим.

И очень важно вести здоровый образ жизни. Об этом специалисты напоминали каждой своей пациентке.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Сотрудничество

Индусы полюбили Ставрополь

Мы предлагаем новый «товар»: образовательные услуги

Доподлинно неизвестно, есть ли в языках, на которых говорят индусы, слово «сарафан», но само «сарафанное радио» в Индии существует точно. Судите сами: в 2015 г. в стенах Ставропольского государственного медицинского университета обучалось 400 индусов, при общем количестве студентов 6 тыс.

Такого количества иностранцев, причём, из одной страны, нет ни в одном медицинском вузе России. Молва, тем более хорошая, разносится быстро, вот люди и потянулись. Наплыв такой, что вуз в силу своей «нерезиновости» вынужден отказывать примерно 20% из числа желающих учиться здесь и это при том, что каждый иностранный студент – это гарантированные деньги. Чем же приглянулась ставропольская alma mater выходцам с берегов Ганга? Ответ знает Карэн Амлаев, профессор, доктор медицинских наук, проректор по международной деятельности, заведующий кафедрой медицинской профилактики.

– Знаете, такой же вопрос нам недавно задали в Минздраве России. Во-первых, нам удалось достичь идеального баланса цены и качества, в данном случае речь идёт о цене за обучение и качестве предоставляемых образовательных услуг. Во-вторых, для иностранных

студентов эффективно работает подготовительное отделение, что позволяет им впоследствии быстрее преодолеть языковой барьер. Во многом, такому большому притоку способствует и то, что многие наши выпускники со временем занимают в своей стране довольно высокие должности в системе здравоохранения и это тоже своего рода «живая реклама».

Не так давно из Индии пришла хорошая новость – стоматологический Совет Индии признал специальность «Ортодонтия». Для нас это означает, что для выпускников нашего вуза перед поступлением на работу после ординатуры Ставропольского ГМУ не потребуются даже сдавать дополнительного экзамена.

Мы быстро сориентировались и набрали сразу две группы на эту специальность. Кроме того, на этом отделении английский язык включили в образовательную программу в качестве языка-посредника, проще говоря, лекции будут вести преподаватели, владеющие английским языком, который, как известно, является вторым государственным языком в Индии.

– Судя по всему, вуз не только поддерживает тесные связи с иностранными выпускниками, но при их поддержке открывает новые горизонты сотрудничества?



К.Амлаев

– Безусловно. Буквально недавно по предложению индийской стороны мы разработали программу для последипломного обучения индийских врачей на их территории.

– Можно предположить, что у этой программы будет аншлаг: вы экономите индийским коллегам кучу денег на проезд и проживание в России.

– Конечно. Всё, что касается нашей части, мы сделали, теперь дело за индийской стороной: Министерство образования и науки Индии должно дать лицензию на организацию такого обучения.

* * *

В своё время русский купец Афанасий Никитин совершил «Хождение за три моря» и проторил русским товарам дорогу в заморскую Индию. Через несколько веков его путём прошли российские медики и привезли в заморскую Индию «товар», который одинаково высоко ценится во все времена – знания.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

P.S. Пока материал готовился к печати, стало известно, что диплом Ставропольского ГМУ признан и в Иордании. Как говорится, «все флаги в гости к нам».



Индусы – выпускники Ставропольского ГМУ на торжественной церемонии вручения дипломов. «До свидания, Ставрополь! Здравствуй, Индия!»

Профилактика

Стартовала массовая вакцинация

В России началась массовая вакцинация населения против гриппа: на сегодня в регионы поставлено уже более 17 млн доз вакцины для взрослого населения и более 7 млн доз вакцины для детского населения. Поставки вакцин в регионы будут полностью завершены в октябре, что позволит провакцинировать граждан до начала сезонного подъёма заболеваемости.

Как сообщил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России

Олег Салагай, для вакцинации будут использованы высокоэффективные и безопасные отечественные вакцины, в состав которых входят все штаммы вирусов гриппа, актуальные для сезона 2016-2017 гг. Кроме того, принятые Минздравом России меры позволили снизить закупочные цены на вакцины, благодаря чему в текущем году будет закуплено на 8 млн доз вакцины больше, чем годом ранее – всего свыше 47 млн доз. Это позволит охватить вакцинацией на 10% больше граждан, чем в прошлом году.

Напомним, что своевременная

вакцинация является наиболее эффективной мерой, позволяющей предотвратить заболевание: около 98% из числа вакцинированных не заболевают гриппом, а в случае развития заболевания грипп протекает в более лёгкой форме. Особенно важна вакцинация детей и лиц старше трудоспособного возраста, когда иммунитет ослаблен и заболевание гриппом может дать серьёзные осложнения, вплоть до летального исхода.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Инициатива

Полку доноров прибыло

Недавно перед зданием поликлиники, что находится в посёлке Строитель и является одним из подразделений здравоохранения Тамбовской центральной районной больницы, можно было наблюдать такую картину. У трапа, который ведёт к входу в довольно-таки обширный салон большегрузного спецавтомобиля, стояло с десятков людей. Через определённое время из него выходило 5 человек, такое же количество ожидавших скрывалось в «чреве» автосалона. Регулярно пополнялись очереди и перед трапом грузовика. И это несмотря на жару в добрых 30 градусов.

Сложившуюся ситуацию прояснила при ближайшем рассмотрении надпись на борту транспортного средства, скрытая ветвями деревьев: «Служба крови». Оказывается, это, как и предусмотрено графиком выезда в населённые пункты области, передвижной пункт забора крови прибыл в посёлок, чтобы обслужить доноров, желающих добровольно сдать кровь для нужд медицины.

Знакомлюсь с донорами. Раиса Овчинникова всю трудовую жизнь проработала на Тамбовской кондитерской фабрике. Уже 17 раз сдавала кровь. Став пенсионеркой, не порвала связи с благородным делом служения людям. С большой убедительностью она рассказывает студентке Наталье Чернышовой о своей практике питания, занятий спортом и повседневной жизни человека, посвятившего себя донорству. Девушка будет сдавать кровь в первый раз и советы Раисы Семёновны для неё очень полезны и важны. На будущее планирует догнать вновь обрётённую наставницу и даже превзойти её по количеству сдачи крови.

Ирина Куприянова с Инной Капленковой работают в администрации Столовского сельского совета. На их счету уже по одному разу сдачи крови. Всё равно волнуются. Как всё пройдёт, гладко ли? Хочется, чтобы и во второй раз всё было хорошо. Для них тоже важно слово поддержки со стороны донора-ветерана. Кстати, у самой Раисы Овчинниковой есть ещё один довод в пользу занятий донорством.

– У меня редкая группа крови,

она особо ценится у медиков, – рассказывает донор. – Так что мне быть здесь совестью и долг перед пострадавшими братьями, которым может понадобиться жизненно важный препарат, обязывают вдвойне.

...В этот выезд безвозмездно кровь сдали 80 жителей района. Желавшие провести эту благородную акцию были и ещё, но ресурс техники на этом был исчерпан. Так что через 6 месяцев, когда состоится очередное прибытие спецавтомобиля «Служба крови», они будут первыми в очереди на проведение гуманной акции.

По словам заведующей отделом комплектования донорских кадров областной станции переливания крови Людмилы Шевляковой, крови для нужд медицины на Тамбовщине вполне достаточно. Есть уверенность, что не будет в ней недостатка и в будущем. Подтверждение тому – новые доноры, несколько десятков которых сдали свою кровь в первый раз.

Валерий ЧИСТЯКОВ, внешт. корр. «МГ».

Тамбовская область.

Пресс-конференции

Столица против инсульта

В Москве создаётся система первичной профилактики и оперативной помощи пациентам при ишемическом инсульте, так называемая инсультная сеть. Об этом на конференции «Современные подходы к эндоваскулярному лечению острого ишемического инсульта» сообщил заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития, профессор, заслуженный врач РФ Леонид Печатников.

«Для нас проблема инсульта на протяжении многих лет остаётся почти не решённой. Те успехи, которыми мы пытаемся гордиться, связаны с успехами скорее реанимационной службы, с тем, что нам удаётся иногда спасти больных и проводить реабилитацию, – отметил профессор. – Однако мы имеем дело уже с произошедшим некрозом мозга. Для нас лечение острого ишемического инсульта – это, по сути дела, его вторичная профилактика, наша задача не

допустить самого инсульта, поэтому прошу особый упор сделать на создании «инсультной сети», обсудить то, что нужно для профилактики инсульта, какие центры могут заработать», – подчеркнул он.

В свою очередь, руководитель столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун пояснил, что на сегодняшний день половина из 28 сосудистых центров, созданных в столице в рамках «инфарктной сети», осуществляет полный цикл медицинской помощи, в том числе больным с инсультом, начиная с тромболизиса и заканчивая нейрохирургией геморагического инсульта», – заявил А.Хрипун.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Москва.

Санитарная зона

Вшивы – значит, живы!



Население Прииртышского региона одолевают вши. Нашествие этого мелкого и чрезвычайно шустрого паразита началось лет 10 назад, как впрочем и по всей Российской Федерации, но в Омске и сельских районах области поражённость им людей зашкаливает за среднестатистические данные на 22%!

Только за первое полугодие нынешнего года на этой сибирской административной территории выявлено 842 случая педикулёза, а показатель заболеваемости составил 42,55 на 100 тыс. человек. На долю городских жителей пришлось 547 случаев (65%). Лидируют же по степени «завшивлённости», превышающий среднеобластной показатель, 9 муниципальных районов из 32. Самое печальное, что вши заводятся не только у взрослых, но и у детей. Причём с катастрофически возрастающей прытью и во всех возрастных группах до 17 лет. С января по начало июля медиками, по данным Управления Роспотребнадзора по Омской области, зарегистрировано 308 случаев педикулёза. Показатель заболеваемости «подкатил» почти

к 76 на 100 тыс. мальчишек и девчонок. И всех видов педикулёза – платяные, головные и лобковые вши. А первые два из них, о чём знают преимущественно работники здравоохранения, питаются человеческой кровью, являются переносчиками опасных заболеваний: сыпного эпидемического тифа, возвратного вшивого тифа и волынской лихорадки. А наиболее опасны эпидемиологически – вши платяные.

При фтириазе заражение происходит в интимных контактах (95%), остальные случаи приходятся на посещение общественных бань, массажные кабинеты, гостиницы.

Здесь эпидемиологам есть о чём подумать. Не списывать же всё возрастающую вшивость на поездки в общественном транспорте и использование чужих расчёсок! И не только эпидемиологам омским: ежегодно в России регистрируется до 300 тыс. случаев педикулёза. Медики уже горько шутят: «Если вшивы – значит, живы!»

Николай ВАСИЛЕВСКИЙ.

МИА Сити!

Омская область.

На контроль!

Внезапная проверка ЛПУ

Министерская проверка прошла в четырёх калининградских медицинских организациях амбулаторного звена.

Первым пунктом инспекционного маршрута стала Городская поликлиника № 1. В седьмом часу утра помещение уже было открыто и перед регистратурой находились две пациентки, обе – за талонами к эндокринологу. Одна из них, диабетик, пришла записаться на приём, чтобы получить необходимые лекарственные препараты, выписываемые ей один раз в два месяца. «Пациентам, находящимся на диспансерном учёте у эндокринологов, неврологов, других специалистов врач обязан выдать талон на следующий приём – на месяц, на два, на три вперёд – с проставленной датой и временем, – подчеркнула Людмила Сиглаева, временно исполняющая обязанности министра, обращаясь к главному врачу поликлиники Борису Карасеву.

Также руководитель медицинской организации доложил о том, как проходит вакцинация против гриппа и пневмококка.

Поликлиника городской больницы № 3 нареканий у проверяющих не вызвала. До начала рабочего дня, по состоянию на 7 часов утра, пациентов здесь не было.

Следующим пунктом проверки стала консультативно-диагностическая поликлиника областной клинической больницы. Здесь так же, как и в поликлинике № 1, в очереди оказались пациенты, которым были выданы направления районных больниц и поликлиник без обозначения даты и времени.

Основным объектом мониторинга в диагностической поликлинике стало онкологическое отделение, его регистратура, а также гистологическая лаборатория. Проверка показала, что уже по состоянию на 9 часов утра талоны на приём к онкологам отсутствовали. Л.Сиглаева обратила внимание руководства медицинской организации на недопустимость одновременного ухода в очередной отпуск нескольких специалистов-онкологов и необходимость упорядочения проведения гистологических исследований до введения в строй лаборатории в составе нового патологоанатомического корпуса.

Больше всего претензий по поводу организации работы было высказано пациентами поликлиники Центральной городской клинической больницы. По их словам, очереди здесь собираются ежедневно уже с 5 часов утра. Многие не могут попасть на приём к узким специалистам и некоторые исследования по месяцу и более, количество талонов ограничено.

Л.Сиглаева поручила руководству поликлиники создать понятную для пациентов систему получения медицинской помощи, обязать врачей выписывать талоны на повторный приём, исследование или дополнительную консультацию в рамках критериев доступности территориальной программы госгарантий и исключительно с указанием даты и времени; для ликвидации очередей увеличить количество медперсонала и число исследований – холтеровского мониторирования, ЭКГ и других, особенно востребованных пациентами, а также приобрести дополнительное оборудование.

Юлия ИНИНА.

Калининград.

– Согласно государственному реестру курортного фонда, общее количество санаторно-курортных организаций составляет 1875, при этом 33% – это государственные и муниципальные организации, 67% – частные и негосударственные, иные медицинские организации. За последние 3 года общее количество мест в этих организациях увеличилось на 10% – до 448 тыс., – сказала она.

Привлекательность санаторно-курортного комплекса во многом определяется качеством оказания этой помощи. В условиях развития организаций разной формы собственности явилось необходимым обновить нормативно-правовую базу на основе единых принципов и требований работы этих медицинских организаций. В этой связи были разработаны и приняты единые порядки организации медицинской реабилитации санаторно-курортного лечения, перечни медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения, внесены изменения в порядок направления граждан на лечение в федеральные санаторно-курортные организации, которые предусматривают для отдельных категорий граждан возможность бесплатного проезда к месту лечения и обратно.

По словам министра, с 2012 г. в рамках утверждённой государственной программы развития здравоохранения и соответствующих территориальных программ реализуются мероприятия по развитию медицинской реабилитации санаторно-курортного лечения, целью которых является увеличение роста обеспеченности нуждающихся пациентов в санаторно-курортной помощи более, чем в два раза и повышение её качества.

Для этого в 2013 г. Минздравом России введён новый комплекс Российского научного центра куртологии и медицинской реабилитации, на который возложены функции головного учреждения в данной сфере. На его базе сформированы центральные лаборатории для организации и проведения экспертиз лечебных природных ресурсов, а также разработки подходов к их сохранению, медицинский научно-образовательный санаторно-курортный кластер, объединяющий филиальную сеть в наиболее значимых курортных регионах, в том числе в Алтайском крае и в регионах от Калининградской области до Камчатского края, с целью интеграции и развития общей методологии санаторно-курортной помощи, научного и образовательного потенциала, а также обеспечения внедрения инноваций в клиническую практику.

– Начиная с 2013 г. совместно с экспертным сообществом проведено мероприятие по повышению структурной эффективности

работы подведомственных федеральных санаторно-курортных организаций, в том числе путём открытия новых направлений лечения и реабилитации и реорганизации 39% федеральных санаториев путём создания реабилитационных подразделений ведущих федеральных научно-практических центров, а также передачи ряда санаториев (11%) с федерального на региональный уровень, – под-

310-315 дней в году, за исключением противотуберкулёзных санаториев, где койка работает до 290 дней в году. Объём санаторно-курортных услуг за последние 3 года вырос на 20%, а с 2000 г. – на 34%. По данным Российской ассоциации медицинского туризма, количество россиян, которые воспользовались оздоровительными программами на территории страны, существенно увеличилось, за 2015 г. вдвое

личился на 21%, за первое полугодие 2016 г. – на 35%, в том числе на 12% в санаторно-курортных учреждениях.

Инвентаризация государственных и муниципальных санаториев выявила негативные факторы, сдерживающие развитие санаторно-курортного комплекса и его конкурентность на международном рынке, прежде всего это моральное и материальное устаревание;

вклада в один объект от 85 до 200 млн руб.

Минздрав России считает, что необходимо стимулировать частные инвестиции в развитие санаторно-курортной сферы как в условиях государственно-частного партнёрства, прежде всего на основе концессионных соглашений, так и иных, предусмотренных законодательством, механизмов.

– При этом осознавая всю значимость привлечения частных ресурсов, важно подчеркнуть, что ряду санаторно-курортных учреждений должны оставить государственный статус, – сказала министр. – Прежде всего, это касается организаций, оказывающих помощь больным с социально значимыми заболеваниями – туберкулёз, психоневрология, а также организаций, обладающих уникальными для всей страны лечебными природными ресурсами. Это позволит сохранить, в том числе гарантированное государством бесплатное санаторно-курортное лечение социально незащищённым категориям граждан: детям-сиротам, детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию, гражданам, профессия которых связана с особым риском для здоровья и жизни, а также пострадавшим в результате стихийных бедствий, техногенных катастроф и так далее.

– Мы всецело поддерживаем необходимость разработки межведомственной и долгосрочной стратегии развития санаторно-курортной помощи в России, – акцентировала министр. – Комплексные программы территориального планирования, которые, с одной стороны, препятствовали бы избыточному росту нагрузки экологической, техногенной и антропогенной на территории лечебно-оздоровительных местностей и курортов, но, с другой стороны, позволили бы эти местности гармонизировано развивать с помощью новых инженерных, транспортных, социальных инфраструктур.

Крайне важно осуществить ревизию части действующих нормативных актов, которые определяют статус и границы округов санитарной охраны, в том числе потому, что появились абсолютно новые эффективные инженерные технологии, позволяющие сузить зоны первой, второй и так далее категорий. Важно закрепить обязательность включения в государственный реестр курортного фонда сведений обо всех частных и иных негосударственных санаторно-курортных организациях и сформировать на базе государственного реестра единую открытую базу данных, которой смогут воспользоваться все заинтересованные лица и организации.

Подготовил
Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Алтайский край.

Перспективы

Стимулировать частные инвестиции

Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова выступила на заседании президиума Госсовета о повышении привлекательности российских курортов



Количество россиян, которые пользуются оздоровительными программами на территории страны с каждым годом увеличивается

черкнула Вероника Скворцова. – Это позволило улучшить работу койки в федеральных санаториях. Сейчас её норматив составляет

по сравнению с 2014 г. и ожидается ежегодный прирост не менее 10%. Развился и въездной медицинский туризм. За прошлый год он уве-

18% государственных санаторно-курортных организаций имеют износ, превышающий 80%. Реконструкция и модернизация требуют

Тенденции

В ходе инспекционной поездки по медицинским учреждениям Приморья первый заместитель губернатора Павел Серебряков посетил новый танатологический корпус Приморского краевого бюро судебно-медицинской экспертизы. Начальник ведомства Александра Голубева познакомила его с возможностями службы.

На днях бюро СМЭ Приморья пополнилось современным оборудованием. Здесь установлено несколько десятков видов лабораторного оборудования для проведения молекулярно-генетических исследований, которые являются самыми совершенными и точными способами установления личности человека. Это зарубежные и современные отечественные аппараты, которые представляют собой единый профессиональный комплекс. На эти цели из бюджета Приморского края было выделено 56 млн руб.

На особом контроле властей

В медицинских учреждениях Приморья происходят заметные перемены

Планируется, что в ближайшее время танатологический корпус, который рассчитан на тысячу экспертиз в год, заработает в полную силу. По словам Александры Голубевой, в течение года будет проходить поэтапный переезд всех разрозненных подразделений в одно здание. Здесь будет работать почти 200 сотрудников.

В корпусе также планируется разместить и несколько лабораторий, таких как судебно-гистологическая, судебно-химическая и медико-криминалистическая.

Ещё одним объектом, где побывал Павел Серебряков, стал лечебно-диагностический корпус онкологического диспансера. Вместе

с директором Департамента здравоохранения Андреем Кузьминым, главным врачом онкодиспансера Михаилом Волковым и строителями инспекторы прошлись по помещениям каньона, где ведётся оштукатуривание стен и прокладка внутренних коммуникаций.

Как подчеркнул вице-губернатор, данный объект находится на особом контроле краевых властей и депутатов Законодательного собрания Приморья.

– Безусловно, то время между консервацией объекта и возобновлением строительных работ, наложило свой определённый отпечаток. Но сегодня строительные работы здесь идут в соот-

ветствии с графиком, – заявил П.Серебряков.

Главный врач Приморского краевого онкологического диспансера сообщил, что достигнута договорённость с подрядной организацией, чтобы процесс отделочных работ совместить с монтажом высокотехнологичного медицинского оборудования, уже закупленного и находящегося на ответственном хранении.

– Это два высокоэнергетических линейных ускорителя для проведения контактной лучевой терапии. Оборудование предназначено для внутритополостного облучения органов при злокачественных заболеваниях женской половой сферы,

прямой кишки, пищевода, полости рта, предстательной железы. Кроме того, приобретено два аппарата компьютерной томографии для проведения радиоизотопных исследований и аппарат магниторезонансной терапии. Общая сумма закупки составила более 550 млн руб., – отметил М.Волков.

К слову, до конца этого года планируется начать и строительство палаточного корпуса учреждения. В настоящее время по данному объекту проводятся все необходимые процедуры.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

«Опыт показывает, что ситуация в регионах качественно меняется с появлением перинатальных центров. За последние годы мы построили 29 таких центров, где даже в самых сложных ситуациях и маме, и ребёнку обеспечена современная медицинская помощь», – сказал на заседании президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам в подмосковных Горках председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

Вложения дают эффект

Глава Правительства подчеркнул: «За последние годы были сделаны немаленькие государственные инвестиции в здравоохранение. Они дают свой эффект. Это касается и оснащения медицинских учреждений, и стандартов работы персонала, и, даже, принятия целого ряда оперативных решений, как то, например, выделение денег (совсем недавнее решение – по 3 млрд руб. на закупку новых автомобилей скорой помощи). Вчера я очередную партию этих автомобилей как раз осмотрел в Липецке. Решение это исполняется и, в общем, исполняется достаточно оперативно».

Премьер заметил, что «на здоровье человека, помимо наших решений в сфере здравоохранения, влияет и состояние окружающей среды. Целый ряд регионов у нас находится в довольно сложном экологическом состоянии. Ситуацию эту нужно исправлять по мере возможности и, конечно, прежде всего исходя из необходимости заботиться о здоровье людей. Помимо этого, наша страна уникальна по своей красоте и разнообразию природы. И наша задача – собирать все эти красоты, нашу природу для детей, внуков. Это очевидная и весьма непростая государственная задача».

«Одним из важных достижений последних лет, – констатировал Д.Медведев, – стал рост рождаемости, дальнейшее улучшение медицинской помощи матерям и новорожденным, которая, безусловно, требует самого пристального внимания в рамках нашей проектной работы.

Строительство центров продолжается. Естественно, мы должны завершить все те проекты, которые были начаты, – акцентировал премьер. – Особо подчеркну: медицинские возможности такого рода должны быть доступны всем жителям регионов, а не только тем, кто живёт рядом. При необходимости нужно практиковать и дистанционные консультации, и выезды бригад для оказания помощи на месте».

«Также нужно таким образом организовать нашу работу, чтобы действительно обеспечить каждому человеку в нашей стране независимо от места жительства без каких-либо сложностей и очередей возможность попасть к нужному врачу, пройти эффективно и быстро диагностику, получить современную высокотехнологичную помощь, лекарства, – считает премьер. – Это особенно острый вопрос для жителей труднодоступных регионов нашей страны, речь

Итоги и прогнозы

Здравоохранение регионов качественно меняется

Это было отмечено на заседании президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам



Одним из важных достижений последних лет стал рост рождаемости, улучшение медицинской помощи матерям и новорожденным

идёт о значительном количестве людей. Понятно, мы по-разному можем определять критерии трудодоступности, но, в любом случае, это может быть несколько десятков миллионов человек, поэтому одним из направлений нашей работы должны стать вопросы обеспечения доступности медицинской помощи. Особенно это касается тех видов патологий, где такая помощь требуется незамедлительно, в частности, сердечно-сосудистых болезней».

Качественные препараты – по нормальным ценам

Следующее направление по здравоохранению касается квалификации врачей. «Их профессиональный рост должен успевать за развитием медицинских технологий, – убеждён Д.Медведев. – Понятно, что процесс обучения должен идти постоянно, это требует новых образовательных технологий, которые основаны на профессиональных стандартах. Введение их нужно ускорить так же, как и внедрение современных протоколов лечения. Процесс обучения должен быть организован удобно для человека, в том числе, за счёт более широкого использования электронного обучения, включая дистанционное. Для этого заработал портал непрерывного медицинского образования Минздрава. Естественно, таким специ-

алистам нужна и система допуска к профессиональной деятельности. Она должна быть максимально объективной, не быть формальной и с этой целью в текущем году начато проведение аккредитации специалистов».

Госзакупки составляют свыше трети рынка лекарств

Острый и особый вопрос – обеспечение людей доступными, качественными, эффективными лекарствами в рамках государственных закупок, заметил глава Правительства. «Его нужно решать в рамках проектной работы, – сказал он. – Сейчас объём закупок для государственных нужд составляет более 300 млрд руб. Это свыше, подчёркиваю, свыше трети всего рынка лекарств, которые существуют в стране. И мы хотим, чтобы на эти деньги приобретались наиболее качественные препараты по нормальным ценам. Для этого, во-первых, нужно исключить возможность наживаться, играя на искусственно созданной разнице цен. Практика показывает, что, к сожалению, такая разница существует».

«Нужны механизмы, которые позволят избежать большого разброса цен, в том числе между российскими и зарубежными лекарствами, – продолжил Д.Медведев.

– В принципе, здесь работа идёт. Я вчера заходил сам в аптеку по ходу движения к объекту в Липецке, посмотрел ассортимент лекарств. От-
радно, что там появились российские аналоги по целому ряду важнейших препаратов, известных. Естественно, аналоги, имеющие одну и ту же химическую формулу, основное вещество, причём, конечно, эти аналоги дешевле иностранных препаратов, в некоторых случаях (я сопоставил вчера) в 2-2,5 раза. Это серьёзная разница».

«Кроме того, нельзя допускать, – полагает председатель Правительства РФ, – чтобы люди покупали некачественные или контрафактные лекарства, то есть подделки. Это прямая угроза жизни пациентов. Нужны действенные меры контроля за продвижением препарата от производителя до конечного потребителя».

Развивать информационные технологии

Д.Медведев напомнил, что нужно развивать информационные технологии в здравоохранении. Цель в том, чтобы, с одной стороны, обеспечить пациенту доступ к информации, возможность быстро попасть к врачу, а с другой – сделать так, чтобы врач меньше времени тратил на заполнение документов и больше – на работу с пациентами.

«Я в последний месяц встречался с медицинскими работниками на эту тему, она актуальна, – отметил премьер. – Нужно уйти от писанины, это само собой, но даже электронные бланки не спасают, если они избыточно сложны, если требуют бесконечного внесения в эти проформы каких-то стандартных позиций. Поэтому в целом надо постараться упростить документацию, конечно, используя электронный документооборот».

Говоря об экологии, Д.Медведев напомнил, что следующий год в нашей стране объявлен Годом экологии. Запланирован целый ряд важных для защиты окружающей среды мероприятий. Часть из них связана с проектом по экологии. Премьер остановился на наиболее значимых направлениях.

* * *

Глава Правительства совершил поездку в Липецкую область, где посетил липецкий областной Центр реабилитации инвалидов и пожилых людей «Сосновый бор». Д.Медведев ознакомился с его работой, осмотрел автомобили скорой помощи, переданные региону в рамках программы госзакупок. Состоялась также встреча с пациентами центра.

Центр открыт в 1997 г. на берегу Липецкого водохранилища и предназначен для начальной профессиональной подготовки и комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста. Наряду с этим, он предоставляет социальные услуги гражданам, полностью или частично утратившим способность либо возможность осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности.

В центре работают отделения геронтологии, медицинской, социальной и профессиональной реабилитации, разработаны методики по дистанционному обучению по программам начального профессионального образования, дистанционные формы индивидуальных и групповых занятий реабилитационной направленности. Ведётся работа с семьями лиц с ограниченными возможностями. Специалисты обучают родственников основам ухода, активной реабилитации, психологии, защиты прав и интересов инвалида.

Обучение в центре ведётся по девяти специальностям: обувщик, портной, вязальщица трикотажных изделий, оператор ЭВМ, мастер маникюра, изготовитель художественных изделий из лозы, парикмахер, фотограф, водитель категории В.

Председатель Правительства РФ провёл также рабочую встречу с главой администрации Липецкой области Олегом Королёвым.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Новости

С заботой о малых городах

Указ, утверждающий положение о единовременных компенсационных выплатах в 2016 г. отдельным категориям медицинских работников краевых государственных медицинских организаций, расположенных в городах Горняк, Змеиногорск и Камень-на-Оби подписал губернатор Алтайского края Александр Карлин.

По 1 млн руб. смогут получить медицинские работники, имеющие востребованную для этих городов врачебную специальность. Так, в Горняке это будут дерматовенеролог и оториноларинголог, в Змеиногорске – хирург и терапевт,

в Камне-на-Оби – хирург и травматолог. Каждому из специалистов должно быть не более 50 лет.

Финансовое обеспечение расходов, связанных с предоставлением выплаты, осуществляется в равных долях за счёт средств бюджета со-

ответствующих районов и средств краевого бюджета.

Для получения выплаты медицинский работник должен заключить трудовой договор с медицинской организацией на срок не менее 5 лет.

Напомним, что в Алтайском крае действуют программы «Земский доктор» и «Сельский фельдшер». В ноябре в Совете Федерации Федерального Собрания РФ про-

ходили «Дни Алтайского края». Опыт региона по решению кадровых проблем медицинских организаций путём реализации этих программ был высоко оценён на заседании Комитета по социальной политике. Часть предложений Алтайского края, в частности, возможность увеличения доли софинансирования из средств федерального бюджета программы «Земский доктор» до 60% вошла

в итоговое постановление палаты регионов.

Однако, инициатива Алтайского края о расширении радиуса действия программы «Земский доктор» на малые города не была поддержана. В связи с этим, Администрация Алтайского края рассмотрела возможность предоставления единовременных компенсационных выплат врачам, трудоустроившимся в малые города Алтайского края в 2016 г. из краевого бюджета.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Алтайский край.

В рамках Проекта 5-100 (госпрограмма поддержки ведущих российских вузов) в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова начался процесс создания стратегических академических единиц (САЕ). Одной из первых САЕ стала Международная школа персонализированной и трансляционной медицины. В её состав, наряду с другими специализированными институтами, войдет Институт молекулярной медицины (в 2000-2016 гг. – НИИ молекулярной медицины). О том, как относится к переменам, о научных публикациях, репутации учёного и факторах, необходимых для успешного научного сотрудничества на международном уровне рассказывает Алексей Иванов, выпускник Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, врач, учёный-исследователь, доктор медицинских наук, профессор. Он входит в ТОП-100 самых цитируемых российских учёных по данным Российского индекса научного цитирования (РИНЦ) (Биотехнология), лауреат государственных премий, заместитель директора по науке, руководитель отдела клеточной и молекулярной патологии Института молекулярной медицины.

– Алексей Алексеевич, Сеченовский университет идёт на прорыв: взят курс на развитие науки, вхождение в престижные мировые рейтинги вузов. Что необходимо для успешной реализации научных проектов с международным участием?

– В науке, особенно если говорить о международном научном сотрудничестве, многое решают общение, личные связи, контакты. Для того, чтобы выйти на международный уровень необходимо участвовать в зарубежных конференциях и симпозиумах: выступать с докладами, представлять свои научные результаты, общаться. Здесь важное значение имеет политическая воля, желание и готовность к сотрудничеству. Это основа всего, и есть ещё ряд факторов. Можно их перечислить: статус и репутация участников проекта в научном сообществе; позиция вуза в международном рейтинге; наличие в вузе необходимой инфраструктуры, языковой среды; научные идеи; договорённости и контакты на межличностном уровне.

– Безупречная репутация учёного в научном сообществе тоже имеет значение...

– Конечно, ещё как! Лгать нельзя ни в науке, ни в жизни. Любая научная идея, любое дело, построенные на ложной основе, искажённой картине мира ведут не к достижению цели, а к её бесславному концу. И здесь международное научное сообщество жёстко оценивает ситуацию. Статьи, представляемые к публикации в международные журналы, обязательно должны быть подтверждены доказательной базой.

Наши интервью

Алексей ИВАНОВ:

Лгать нельзя ни в науке, ни в жизни

без знания которых пути к публикации нет?

– Здесь два варианта: либо представлено очень серьёзное и актуальное научное исследование или выдающееся открытие, которое крайне заинтересует редколлегия, и, в случае публикации, повысит рейтинг журнала, либо должны быть личные контакты. Любой научный журнал с высоким статусом – это закрытый элитный клуб, в который нельзя просто так войти, если нет рекомендации кого-то из известных и уважаемых членов клуба – входной билет не продаётся. Так и в элитный журнал – всё только на личных связях, но главное, при этом то, что, прежде всего, представленная научная статья должна быть достойна публикации.

– Публикация в журнале с не слишком высоким престижем или в издании формата «серая литература» полезна или нет с точки зрения публикационной активности?

– «Серая литература» – это не полезно и не вредно. Про-

я – результаты научных исследований должны быть востребованы на рынке. И для внедрения в практику важно, чтобы это были не «бриллиантовые» по стоимости методы. Мы зарабатываем деньги университету, созданный задел и научная репутация помогают выигрывать гранты (см. таблицу «Большие гранты НИИ молекулярной медицины»), увеличить количество публикаций в научных журналах.

Результаты наших исследований внедряются в медицинскую практику, например, лабораторией молекулярной генетики человека (заведующий лабораторией – доктор биологических наук, профессор Дмитрий Залетаев) созданы системы молекулярных маркеров и диагностических протоколов, позволяющих повысить качество диагностики и эффективность лечения злокачественных заболеваний. Разработанные в лаборатории системы диагностических и прогностических маркеров эффективны, в частности, при ранней диагностике рака молочной железы, рака шейки матки, предстательной железы, лёгкого. Диагностические протоколы используются при диагностике ретинобластомы, нейрофиброматоза, множественной эндокринной неоплазии 2-го типа, опухолей щитовидной железы, рака мочевого пузыря и др. Всё это успешно применяется в Клиническом центре университета.

Сотрудники лаборатории в 2014 г. получили престижную премию «In vivo veritas» (национальная премия в области онкологии) за разработку «Лабораторная система скрининга аномального метилирования ДНК для диагностики злокачественного опухолевого процесса на основе постгеномных технологий». Среди приоритетных научных направлений лаборатории – исследование молекулярных механизмов канцерогенеза. В первую очередь, это поиск и характеристика молекулярных маркеров, имеющих диагностическое и прогностическое значение.

стромально-эпителиальных взаимодействий в регуляции повреждения, репарации, дифференцировки и клеточного роста – основных процессов, протекающих в организме в норме и патологии. Первоочередное внимание направлено на исследование нарушений, имеющих место при развитии гормонозависимых опухолей, где важная роль отводится индуктивному влиянию стромы на опухолевый процесс. Особое внимание уделяется изучению сигнальных путей и возможности лиганд-независимой активации роста опухолевых клеток. Это

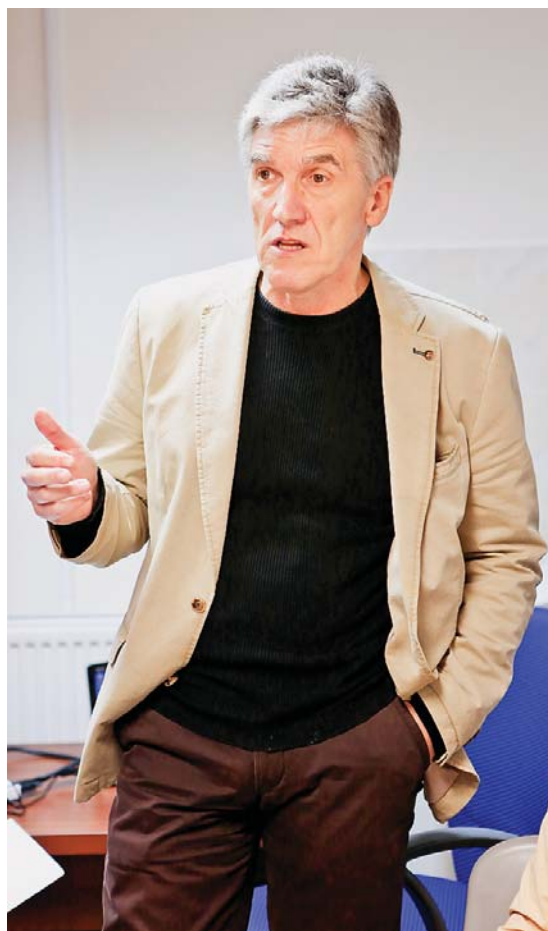
помогает поиску мишеней для разработки фармакологических препаратов нового поколения. Изучаются особенности воспалительно-репаративного процесса в ходе заживления ран различной этиологии и локализации, что помогает разрабатывать подходы с применением клеточно-инженерных технологий (в частности, восстановление костной ткани для лечения заболеваний пародонта). Разработки в области культивирования дают возможность получения первичных культур из большинства органов и тканей пациентов, что обеспечивает возможность проведения доклинической оценки эффективности разрабатываемых фармакологических препаратов.

Мы достойно делаем своё дело, есть цели и задачи, множество актуальных и перспективных разработок: наука развивается стремительно, происходят качественные скачки, это радует и даёт импульс к новым научным исследованиям. Но есть и то, что тревожит и огорчает: за нами никого нет, никто не дышит в спину, нет молодых учёных. Институту нужны молодые научные кадры, но молодёжь не идёт в науку, что, в общем-то, понятно: здесь нет материальных благ и так, чтобы быстро и в одной тарелке. Привлечение в науку молодых – это тоже задача, которую надо как-то решать.

– Начался новый этап в жизни университета – Проект 5-100, на ваш взгляд, что это значит для Института молекулярной медицины и Сеченовского университета в целом?

– Проект 5-100 – это шанс сделать шаг вперёд на пути развития. Для всех нас. Только «бронзоветь» не надо...

Беседу вела
Наталья ЛИТВИНОВА,
редактор газеты
«Сеченовские вести».



Большие гранты НИИ молекулярной медицины 2008-2015 гг.

2008 г. – грант Минобороны РФ – 8 млн руб.
2010 г. – грант Минобрнауки РФ – 60 млн руб.
2012 г. – грант ФЦП Фарма-2020 – 40 млн руб.
2015 г. – гранты ФЦП Фарма-2020 – 80 млн руб.

Например, если говорить о публикации научных статей – ничего нельзя голословно утверждать, кричать на весь мир: «Сделали!» А что сделали – пустышку? Все предварительные этапы работы должны быть подтверждены документально. Есть такое хорошее понятие – доказательная медицина. Мы каждый свой шаг, результат исследования должны доказывать.

– Опубликовать статью в научном журнале с высоким импакт-фактором – это реально или есть правила,

сто не видно. Если говорить о зарубежных журналах, они не хорошие и не плохие, добротные, но, в некотором смысле, это то, что можно назвать словом «сток». Там печатаются довольно много проходных работ, но встречаются и вполне добротные научные исследования. Публикации в таких журналах – зарубежных – достойны внимания. Но здесь важно понимать: для того, чтобы сделать хорошую публикацию надо минимум год хорошо поработать. А можно за год несколько текстов на-

В разгар лета в Москве состоялся всероссийский конгресс детских кардиологов. К сожалению, он оказался практически незамеченным в кругах широкой медицинской общественности из-за поры отпусков, хотя вопросы на нём рассматривались очень актуальные: молекулярно-генетические аспекты и клеточные механизмы развития заболеваний сердца у детей, проблемы внезапной смерти у лиц молодого возраста, лёгочная гипертензия у детей и др.

– Мы собираемся один раз в два года, – отметила идейный вдохновитель конгресса, президент Ассоциации детских кардиологов России, директор Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. Ю.Е.Вельтищева Мария Школьникова. – За это время успеваем накопить немало нового и интересного. Сейчас – пик роста многих технологий, которые внедрены в нашей специальности и которым надо соответствовать и на мировом уровне, и на уровне страны. К конгрессу традиционно проявляют внимание иностранные коллеги. Обычно мы фокусируемся на определённых направлениях. В этом году акцент сделан на хирургическом лечении врождённых пороков сердца, приглашены специалисты из Германии и Израиля. На прошлом конгрессе присутствовали специалисты по лечению жизнеопасных аритмий из Италии, Америки.

Одной из важных тем не только для кардиологов, но и для врачей других специальностей стала тема синкопальных состояний.

До 80-х годов прошлого века неврологи рассматривали синкопы по-своему, кардиологи по-своему. И только в середине 80-х годов пришло понимание того, что это мультидисциплинарная проблема и самостоятельный, значимый для многих заболеваний симптом. Раз появившись, приступы потери сознания могут ухудшить прогноз практически любого заболевания.

Распространённость синкопе в педиатрической популяции велика, но большинство из них не опасны.

Деловые встречи

Выживать сложно, но необходимо

Неправильная траектория движения пациента приводит к печальным последствиям



На конгрессе кардиологов акцент был сделан на хирургическом лечении врождённых пороков сердца

Кардиогенные синкопе составляют до 15% всех случаев, и именно они ассоциируются с повышенным риском жизнеугрожающих состояний и внезапной смерти. Синкопальные состояния неясного генеза (в среднем 10-15% случаев) требуют расширенного диагностического поиска и могут быть опасны, так как в 50% обусловлены аритмиями, в основном, асистолиями. Поэтому исключение кардиогенной патологии – важнейший этап первичного обследования. Оно должно ответить на вопросы: было ли действительно синкопальное состояние (или это было некое

помутнение сознания), имеется ли вероятность кардиогенных синкопе.

– Причина приступа потери сознания должна быть установлена у каждого ребёнка. Необходимо более активно обследовать детей с синкопе на этапе первичной медико-санитарной помощи, включая кардиальные причины. В настоящий момент этого, к сожалению, не происходит, – заметила М.Школьникова.

По её словам, важно, чтобы результаты ЭКГ-скрининга ребёнка с синкопой оценил детский кардиолог. То есть, при оказании первич-

ной медико-санитарной помощи необходимо скрининговую или текущую ЭКГ послать детскому специалисту для того, чтобы сразу оценить возможность жизнеопасных аритмий.

Избежать осложнений и минимизировать риски для жизни ребёнка в сомнительных случаях позволит углублённое кардиологическое обследование с применением длительного ЭКГ-мониторирования.

К детскому кардиологу ребёнка с синкопой должны направлять хирурги, эндокринологи, неврологи, инфекционисты, спортивные

врачи, генетики, врачи общей практики. Но в первую очередь, педиатры. Именно от них зависит, когда пациент попадёт к кардиологу: своевременно или поздно.

– Поэтому следует приветствовать программы по детской кардиологии для педиатров, неонатологов. Надеюсь, дождусь той поры, когда каждый педиатр сможет прочесть электрокардиограмму, – сказала кардиолог по профессии, а ныне сенатор, заместитель председателя Комитета по социальной политике Совета Федерации Людмила Козлова.

Стоит отметить, на конгрессе обсуждались не только чисто

профессиональные аспекты, но и организационные.

– Считаю, Национальный проект «Здоровье» должен продолжаться и быть направлен на борьбу с дефицитом кадров, – высказала мнение Л.Козлова. – Потому что оснащение у нас есть и надо, чтобы кто-то на нём работал.

– Нужно ещё, чтобы национальный проект включал правильные тарифы на оказание медицинской помощи, – дополнила коллегу М.Школьникова. – Иначе мы образуем людей, они придут в хорошо оснащённые операционные и окажется, что квоты закончились уже в сентябре. И в октябре-декабре вся бригада хирургов сидит без дела. Потому что финансирование иссякло, хотя потребности в операциях у детей, в том числе высокотехнологичных, остались.

– Выживать сейчас очень сложно, – призналась М.Школьникова. – По сути, медицинские учреждения поставлены на колени из-за неадекватной тарифной политики.

По мнению Мари Александровны, необходимо сделать комплексный тариф в педиатрии.

– Предположим пациент приехал к нам с патологией сердца. А кроме того, у него ещё атопический дерматит, изменения со стороны нервной системы, требует санации полости рта. Неужели отпустить его, пролечив только что-то одно, зная, что ребёнок прибыл из дальнего региона, а его родители потратили на билет последние деньги? – справедливо заметила М.Школьникова.

Вопросы финансирования сегодня весьма болезненны. Поэтому немало внимания на конгрессе уделялось взаимодействию с благотворительными фондами. Ведь сейчас очень важны программы, непересекающиеся с программами госгарантий, позволяющие развиваться, удовлетворять потребности пациентов, которые, к сожалению, не могут быть удовлетворены в полном объёме, если руководствоваться только бюджетным финансированием.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Акценты

Российские пациенты гораздо чаще вынуждены доплачивать за медицинскую помощь, чем предполагали пациентские организации. Такое заявление обнародовал на своей страничке в «Фейсбук» президент Общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов», член Экспертного совета при Правительстве РФ Александр Саверский.

Лидер лиги ссылается на первые результаты общественного мониторинга «Оценка удовлетворённости населения качеством и доступностью медицинской помощи», который в соответствии с Федеральным законом «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» проводится в настоящее время возглавляемой им организацией в сети Интернет. Информационное сообщение о проведении акции опубликовано на сайте лиги.

Как сообщил А.Саверский, на вопрос «предлагали ли вам оплатить услуги или сделать платно дополнительные услуги в государственном (муниципальном) медицинском учреждении или направляли платно в другую организацию?», положительный ответ «всегда» или «иногда» дали 76% опрошенных. При этом на вопрос «часто ли вы платите за медицинскую помощь?» ответы с формулировкой «иногда» и «всегда» дали 86,4% респондентов.

На вопрос: «Предлагали ли вам оплатить услуги, или сделать платно дополнительные услуги в государственном (муниципаль-

Чем недоволен пациент?

На этот вопрос дал ответ общественный мониторинг

ном) медицинском учреждении, или направляли платно в другую организацию?» 34% ответили «часто», 25,9% – «иногда», 18,4% – «всегда». Также был задан вопрос о том, приходится ли в принципе платить за медицинскую помощь? 48,6% ответили «часто», 26,2% – «иногда», 10,5% – «редко», 10,2% – «всегда» и только 4,4% – «никогда».

63,6% респондентов считают, что за последние 5 лет доступность медицинской помощи в их населённом пункте ухудшилась, ещё 18,4% – осталась прежней.

Треть респондентов (29,1%) оценили работу своей поликлиники на тройку по десятибалльной шкале. Девятку и десятку поликлиникам дали только 0,7 и 1,4% опрошенных. Ожидание приёма у участкового врача, судя по ответам, является для людей настоящим испытанием: 32% заявили о том, что приёма у терапевта им приходится ждать несколько дней, 28,6% – несколько часов, 12,9% – один день, 9,9% – несколько недель, 8,8% – неделю. Возможности попасть на приём к врачу-специалисту дождаться ещё сложнее. 25,9% опрошенных говорят, что им приходится ждать по несколько дней, 24,5% ждут не-



Треть пациентов поликлиник оценили их работу на тройку по десятибалльной шкале

сколько недель, 13,6% – неделю, 10,9% – несколько месяцев.

В списке причин своего недовольства медициной респонденты в комментариях перечисляют и «хамство врачей», и «халатность врачей при подборе диагноза»,

и нерасторопность медиков – «часами не едет по вызову скорая помощь». Пациенты отмечают проблемы не только по времени ожидания приёма врачей, но по некомфортным условиям самого ожидания, в частности, душные

помещения. Кроме того, «месяцами приходится собирать справки для плановой госпитализации, некоторые сердечники до неё просто не доживают». Но самый распространённый тезис в разных вариациях звучит примерно так: медицины просто нет.

«Мнение людей действительно является косвенным доказательством снижения доступности и качества медицинской помощи», – полагают эксперты. Они считают, что пациент может судить, качественно или некачественно ему была оказана помощь, лишь косвенно.

«Признаться, результаты, хотя и ждал негатива, превзошли его. Понятно, что опрошенного народа пока немного – 139 человек, но я ожидал цифр почти в два раза меньших – порядка 50% по общим показателям. Неожиданно, что люди по факту платят чаще, чем им предлагают. Я этого объяснить пока не могу», – заключил А.Саверский, пообещав прокомментировать полные данные мониторинга-опроса, когда он завершится.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 64 (2003)

(Продолжение.
Начало в № 67 от 07.08.2016.)

Принципы ухода за пациентами с инсультом (уровень доказательности D)

1. Задачи ухаживающего за больным с инсультом:

1.1. Помощь в выполнении элементов самообслуживания, трудных для пациента: уход за кожей, умывание, чистка зубов, уход за волосами, кормление, пользование туалетом, обеспечение правильного или сидячего положения и достаточной подвижности, помощь при пересаживании в кресло.

1.2. Оценка физического и психологического состояния пациента и наблюдение за ним; при необходимости – своевременное информирование специалистов.

1.3. Оценка функции глотания, риска образования пролежней.

1.4. Предоставление физической и психологической поддержки пациенту.

2. Условия, которые создаются дома для пациента, перенёсшего инсульт:

2.1. Высокая твёрдая кровать (поролоновый, ватный или противопролежневый матрас) с возможностью подхода с 2 сторон.

2.2. Прикроватное кресло (для пересаживания пациента) у изголовья со «здоровой» стороны.

2.3. Прикроватный туалет у ног с той же стороны.

2.4. Специальные косметические средства ухода за кожей.

2.5. Ортезы и средства вспоможения при передвижении (трость, ходунки, коляска и т.д.).

2.6. Расходные материалы типа подгузников, пелёнок, салфеток и т.п.

2.7. Круглосуточное наблюдение и патронаж (наёмная сиделка или кто-нибудь из родственников).

3. Позиционирование – придание правильного положения больному с целью предотвращения развития контрактур и профилактики различных осложнений со стороны системы дыхания. Главные принципы лечения положением:

3.1. Максимально возможная симметричность – выравнивание ключевых точек (плечи, лопатки, таз).

3.2. Поддержка всех сегментов тела.

3.3. Бережное отношение к плечу паретичной руки.

3.4. «Золотое» правило: пациент лежит на любом боку, но не на спине.

4. Профилактика контрактур. После длительной неподвижности конечностей вследствие инсульта могут возникнуть контрактуры – стойкое напряжение и в связи с этим укорочение мышц и их сухожилий, ведущие к ограничению движений в суставе. Кроме правильного положения пациента и смены положения в постели, уменьшить развитие контрактур можно следующим образом:

4.1. Поддерживать комфортную температуру в помещении (+22°C).

4.2. Выполнять несколько раз в день медленные пассивные движения в суставах поражённых конечностей с помощью здоровой руки или при помощи родных.

4.3. Для отдыха использовать положения, растягивающие мышцы и разгибающие суставы (правильное позиционирование).

4.4. Выбирать положения, при которых поражённая сторона имела бы опору.

4.5. Больному ни самостоятельно, ни с посторонней помощью нельзя поднимать больную руку, удерживая её только за кисть.

4.6. При переворачивании или другом перемещении больного следует избегать потягивания за больную руку.

4.7. Избегать движений, напрягающих спину больного или усиливающих боль в спине.

4.8. Мышечная боль может уменьшаться при согревании (грелка, бутылка с горячей водой, завернутая в полотенце), при этом необходимо следить за состоянием кожи во избежание ожога на стороне анестезии.

5. Профилактика тромбоза глубоких вен и ТЭЛА:

5.1. Пассивная гимнастика.

5.2. Подъём ног на 6-10°.

5.3. Применение сдавливающих эластичных чулок или бинтование ног сразу же после возникновения инсульта. Внимание: при очень тугих чулках возможен пролежни. Особенно осторожно следует бинтовать ноги пациентам с сахарным диабетом. Бинто-

вание ног не показано при атеросклерозе сосудов нижних конечностей.

6. Профилактика пролежней:

6.1. Ежедневный туалет всей поверхности кожи («купание в постели» – поочерёдное обтирание губкой всех частей тела). Расстирание кожи камфорным спиртом не рекомендуется (пересушивание кожи). Для очищения кожи лучше использовать жидкое мыло, шампунь, пенку, тоник, влажные салфетки, специально разработанные для лежачих больных.

6.2. Смена положений пациента: для лиц с высоким риском развития пролежней – каждые 2 ч днём и 3,5 ч ночью; с очень высоким риском – каждые 1-1,5 ч днём и 2,5-3 ч ночью.

Диагностика и тактика при инсульте в условиях общей врачебной практики, включая первичную и вторичную профилактику

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

6.3. Для оценки степени риска развития пролежней используют специальную шкалу Ватерлоу (высокий риск > 15 баллов, очень высокий > 20 баллов).

6.4. Только лицам с высоким и очень высоким риском развития пролежней и недержанием мочи следует прибегать к постановке катетера Фолея (применение памперсов приведёт к развитию пролежней).

6.5. Использование противопролежневых матрасов для лиц с очень высоким риском развития пролежней.

6.6. Проведение элементов массажа: поглаживание и лёгкая вибрация участков кожи, подверженных наибольшему давлению (лопатки, грудной отдел позвоночника, крестец, большой вертел бедренной кости, ягодицы, копчик, пятки) для улучшения кровообращения в данных зонах.

6.7. Нельзя сидеть слишком близко к обогревателям, если снижена чувствительность, а в холодную погоду необходимо тщательно укутывать ослабленные конечности, надевая дополнительные носки, перчатки.

7. Принципы правильного кормления:

7.1. Подбор позы для наиболее эффективного и безопасного глотания: только сидя с опорой под спину; наклон головы вперёд; поворот в здоровую сторону во время проглатывания.

7.2. Принципы пищевого рациона: пища должна выглядеть аппетитно; тёплая пища (комнатной температуры); предлагать твёрдую и жидкую пищу в разное время (не будет поперхиваться); полужёсткая пища переносится лучше всего (запеканки, густой йогурт, протёртые овощи и фрукты, жидковатые каши).

7.3. Подбор консистенции пищи: мягкая пища, густое пюре, жидкое пюре; жидкости консистенция мусса, йогурта, густого киселя, сиропа; чем более жидкие пища или питьё, тем труднее сделать безопасный глоток.

7.4. Исключение из рациона продуктов, часто вызывающих аспирацию (вода, соки, чай, хлеб, печенье, орехи).

7.5. При кормлении пищу закладывают с непоражённой стороны небольшими порциями.

7.6. Контроль за необходимостью использования зубных протезов.

7.7. Тщательная ревизия полости рта после окончания кормления.

7.8. После кормления пациент остаётся в вертикальном положении 45-60 минут.

7.9. Перед кормлением через зонд необходимо придать больному возвышенное положение (угол наклона равен 30%, приподнята не только голова, но и плечи) или усадить больного.

7.10. Энергетическую потребность зондового питания определять индивидуально: для поддержания массы тела – 30-35 ккал/кг; для восстановления массы тела – 35-40

ккал/кг; потребность в белках 0,8-1,0 г/кг в сутки.

7.11. Суточная потребность жидкости – 30 мл /кг массы тела + 10% при повышении температуры тела на каждый градус (выше 37°C).

8. Лечебная гимнастика:

8.1. Чтобы успешнее оказывать помощь родственникам и другим лицам, ухаживающим за больным, необходимо пройти краткий курс обучения или получить необходимые рекомендации у врача или методиста ЛФК.

8.2. Пассивные упражнения начинают на 3-4-й день, в том числе при полном отсутствии движений на поражённой стороне.

8.3. В остром периоде вовлекают в движение только мелкие суставы, чтобы не вызвать значительных изменений АД; в более позднем периоде, при стабильных показателях АД, лечебную гимнастику начинают с крупных суставов, затем переходят к более мелким, что препятствует повышению мышечного тонуса и образованию контрактур.

8.4. Активные движения выполняют, в первую очередь, здоровой конечностью.

При этом мысленное повторение упражнений парализованной рукой или ногой (так называемая идеомоторная гимнастика), способствует появлению активных движений. При грубых парезах активную гимнастику начинают с упреждений статичного характера.

8.5. Специальную гимнастику чередуют с дыхательными упражнениями. Дыхание оказывает влияние на мышечный тонус конечностей: при вдохе тонус конечностей повышается, при выдохе – снижается.

8.6. Гимнастику проводят непродолжительное время (15-20 мин) несколько раз в день (каждые 3-4 ч).

8.7. Все движения выполняют плавно, без боли, так как резкие движения и боль ведут к нарастанию мышечного тонуса. Через 3-4 недели от начала заболевания, с учётом общего состояния, переходят к восстановлению навыков ходьбы.

Реабилитация после инсульта

Реабилитация – система мероприятий, направленных на преодоление дефекта, инвалидизирующего больного, на приспособление его к самообслуживанию и трудовой деятельности в новых условиях, возникших вследствие болезни. Для организации эффективной реабилитационной работы необходимы три условия: 1) у больного не должно быть тяжёлых соматических заболеваний; 2) необходима сохранность психики, активность больного, так как при отсутствии контакта, пассивности больного самая активная работа окажется безрезультатной; 3) активную реабилитационную работу нельзя проводить на фоне прогрессивности заболевания.

Рандомизированные исследования показали, что ведение больных с инсультом мультидисциплинарной бригадой специалистов (невролог, психолог, методист ЛФК, трудотерапевт, логопед, специально подготовленный младший медицинский персонал и др.) снижает смертность и нарушение функционирования пациентов на 30% (уровень доказательности А).

Общие принципы нейрореабилитации после инсульта:

1) бригадный (мультидисциплинарный) принцип организации помощи;

2) оценка исходного состояния пациента и формулировка реабилитационного диагноза;

3) составление плана лечебных мероприятий;

4) контроль за эффективностью проводимой терапии в процессе восстановительного лечения и по окончании курса реабилитации;

5) составление рекомендаций при выписке по лечебным и психокоррекционным мероприятиям, необходимым на последующих этапах восстановительного лечения.

Основные требования к реабилитации пациентов, перенёсших инсульт, по рекомендациям ESO (2008):

1. Для всех пациентов с инсультом рекомендуется направление в инсультное отделение для получения координированной мультидисциплинарной реабилитации (уровень доказательности А).

2. Рекомендуется раннее начало реабилитации (уровень доказательности С).

3. Возможна ранняя выписка пациента из инсультного отделения при стабильности медицинских показателей, в случае инсульта лёгкой или средней степени тяжести, при условии дальнейшего продолжения реабилитации мультидисциплинарной бригадой, в амбулаторных условиях (уровень доказательности А).

4. Рекомендуется продолжать реабилитацию в течение первого года после выписки из больницы (уровень доказательности А).

5. Рекомендуется увеличивать продолжительность и интенсивность реабилитации (уровень доказательности В).

Основные методы реабилитации после инсульта (уровень доказательности D):

I. При двигательных нарушениях:

1. Кинезотерапия, включая обучение ходьбе.

2. Бытовая реабилитация, включая обучение навыкам самообслуживания (может быть включена в курс занятий кинезотерапией).

3. Электростимуляция нервно-мышечного аппарата.

4. Борьба со спастичностью, включая приём миорелаксантов (сирдалуд, баклофен, мидокалм), тепловые процедуры (аппликации парафина, озокерита), избирательный или точечный массаж.

5. Профилактика контрактур, возникающих на фоне постинсультных трофических изменений суставов (артропатии), включая тепловое лечение (аппликации парафина, озокерита), обезболивающие электрофизиопроцедуры (СМТ, ДД-токи, ЧЭНС, электро- или фонофорез лекарственных веществ).

6. Ортопедические мероприятия: использование лонгеток, специальных приспособлений для ходьбы, ортопедической обуви.

II. При речевых нарушениях:

1. Занятия с логопедом-афазиологом по восстановлению речи, чтения, письма, счёта.

III. При центральном постинсультном болевом синдроме:

1. Назначение антидепрессантов (амитриптилин) и карбамазепина (тегретол, финлепсин) в индивидуальной дозировке.

IV. Психотерапия. Элементы психотерапии включаются в занятия кинезотерапией, в практику логопеда-афазиолога, невролога-реабилитолога.

V. Дополнительные методы реабилитации:

1. Биоуправление с обратной связью по электрокинограмме при гемипарезах.

2. Биоуправление с обратной связью по стабилотерапии при нарушениях равновесия и ходьбы.

3. Иглорефлексотерапия и/или электроакупунктура при мышечной спастичности и болевых синдромах.

4. Трудотерапия в специально оборудованных мастерских.

5. Психотерапия, проводимая специалистом-психотерапевтом.

Основные элементы реабилитации пациентов, перенёсших инсульт, по рекомендациям ESO (2008):

1. Рекомендуется лечебная физкультура, однако оптимальный способ терапии не ясен (уровень доказательности А).

2. Эрготерапия рекомендована, но оптимальный способ терапии не ясен (уровень доказательности А).

3. Хотя рекомендуется оценка коммуникативного дефекта, но нет убедительных данных для рекомендации специфического лечения (уровень доказательности D).

4. Рекомендуется обеспечивать информацией пациентов и людей, ухаживающих за ними, но доказательная база не под-

тверждает использование службы связи касающейся инсульта для всех пациентов (уровень доказательности В).

5. Реабилитация показана для всех пациентов с инсультом, но доказательная база недостаточна по выбору методов подходящей терапии для самых тяжёлых пациентов (уровень доказательности В).

6. Хотя оценка когнитивных нарушений желательна, но нет достаточных данных для рекомендации специфического лечения (уровень доказательности А).

7. Рекомендуется наблюдение пациентов для выявления депрессии в течение нахождения в стационаре и после выписки (уровень доказательности В).

8. Медикаментозная и немедикаментозная терапия рекомендуются для улучшения настроения (уровень доказательности А).

9. Лекарственная терапия может использоваться для лечения постинсультной эмоциональной лабильности (уровень доказательности В).

10. У некоторых пациентов для лечения постинсультных невропатических болей показано применение трициклических антидепрессантов (уровень доказательности В).

11. Ботулотоксин может быть использован для лечения постинсультной спастичности, однако функциональная польза не очевидна (уровень доказательности В).

Медикаментозная терапия в восстановительном периоде инсульта

Следует отметить, что с точки зрения доказательной медицины, в настоящее время не получено убедительного подтверждения высокой эффективности использования церебропротективных, вазоактивных и ноотропных средств в лечении пациентов, перенёсших ОНМК (уровень доказательности А). В то же время, в большинстве отечественных публикаций данные препараты рекомендуются для улучшения эффективности восстановительного лечения инсульта. Целесообразность применения этих трёх групп лекарственных средств – на усмотрение врача общей практики.

1. Нейтротрофические (церебропротективные) средства (особенно показаны при нарушениях речи, когнитивных расстройствах, сниженной психической и двигательной активности) (уровень доказательности С):

церебролизин амп. 5 мл в/м или по 10-20 мл в/в капельно № 10-20 ежедневно, 2-3 курса в течение первого года;
кортексин фл. 10 мг в/м № 10;
актовегин амп. 2 мл, 5 мл, 10 мл (40 мг/мл) в/в капельно 5-20 мл или в/м 2-5 мл № 10; таб. 200 мг 3 раза в сутки в течение 1 месяца;
метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин 0,1% раствор, по 2 капли в каждый носовой ход, 3-6 раз в сутки в течение 1-3 месяцев;
этилметилгидроксипиридина сукцинат амп. 2 мл, 5 мл (50 мг/мл) в/м, в/в струйно, в/в капельно 200-500 мг в сутки № 10-14; таб. 125 мг 3 раза в сутки в течение 4-6 недель;
цитофлавин амп. 10 мл в/в капельно № 10; по 2 таб. 2 раза в сутки в течение 1 месяца;
тиоктовая кислота амп. 600 мг в/в капельно № 10-14; таб. 600 мг 1 раз в сутки в течение 1 месяца.

2. Вазоактивные средства (уровень доказательности D):

винпоцетин амп. 2 мл, 5 мл (5 мг/мл) в/в капельно 5-10 мл № 10-14; таб. 5 мг, 10 мг (форте) 3 раза в сутки в течение 1-3 месяцев;
пентоксифиллин амп. 5 мл (20 мг/мл) в/в капельно 5-10 мл № 10-14; таб. 100 мг, по 100-200 мг 3 раза в сутки в течение 1-3 месяцев.

3. Ноотропные средства (уровень доказательности D):

цитиколин амп. 4 мл (500 мг), 4 мл (1000 мг), по 500-1000 мг в/в капельно № 10;
пирацетам амп. 5 мл (200 мг/мл) 2-4 г в/в струйно или капельно № 10-14; таб. 200 мг, 400 мг 3 раза в сутки в течение 1-3 месяцев;
фениллоксопирролидинилацетамид таб. 100 мг 2 раза в сутки в течение 1-3 месяцев.

4. Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему (уровень доказательности В):

гинкго билоба листьев экстракт (EGb 761) таб. 40 мг, 80 мг 3 раза в сутки в течение 1-3 месяцев;

бетагистин таб. 8 мг, 16 мг, 24 мг, по 24 мг 2 раза в сутки в течение 1-3 месяцев (при вестибулопатии);

мемантин таб. 10 мг, по 5-10 мг 2 раза в сутки длительно (при сосудистой деменции).

5. Ингибиторы ацетилхолинэстеразы (при снижении когнитивных функций) (уровень доказательности В):

холина альфосцерат амп. 4 мл (1000 мг) в/в капельно или в/м № 10; капс. 400 мг 3 раза в сутки в течение 1-3 месяцев;
ипидакрин амп. 1 мл (5 мг), 1 мл (15 мг) в/м, п/к 5-15 мг № 10; таб. 20 мг 3 раза в сутки в течение 1 месяца;

галантамин капс. 8 мг, 16 мг, 24 мг пролонгированные, по 8-24 мг 1 раз в сутки длительно (лечение сосудистой деменции);
ривастигмин капс. 1,5 мг, 3 мг, 4,5 мг, по 1,5-4,5 мг 2 раза в сутки длительно (лечение сосудистой деменции).

6. Миорелаксанты (при спастическом парезе/параличе) (уровень доказательности С):

тизанидин таб. 2 мг, 4 мг, по 2-4 мг 3 раза в сутки в течение 4-6 недель;
толперизон таб. 50 мг, 150 мг, по 50-150 мг 3 раза в сутки в течение 4-6 недель;
баклофен таб. 10 мг, 25 мг, по 10-25 мг 3 раза в сутки в течение 4-6 недель.

7. Антидепрессанты (при постинсультной депрессии) (уровень доказательности С):
флуоксетин капс. 10 мг, 20 мг, по 10-20 мг 2 раза в сутки, длительно;
флувоксамин таб. 50 мг, 50-100 мг вечером, длительно;
амитриптилин таб. 10 мг, 25 мг, по 10-50 мг вечером, длительно.

Профилактика инсульта

Первичная профилактика инсульта включает в себя государственную популяционную стратегию, направленную на повышение уровня здоровья населения страны, а также комплекс мер, предотвращающих развитие первого инсульта с помощью раннего выявления и своевременной коррекции факторов риска ССЗ и инсульта. Вторичная профилактика инсульта включает в себя комплекс мер, направленных на предотвращение повторных ОНМК у пациентов, перенёсших инсульт или проходящее нарушение мозгового кровообращения.

Основополагающим методическим подходом медицинской профилактики и, в частности, профилактики инсульта является раннее выявление ФР, увеличивающих сосудистомозговую заболеваемость. В зависимости от выраженности и сочетания данных ФР, осуществляется выделение пациентов с различным уровнем риска сердечно-сосудистых осложнений и инсульта, что, в свою очередь, позволяет проводить дифференцированную лечебную тактику. Концепция ФР ССЗ является научной основой и ключевым элементом стратегии профилактики инсульта.

Для выбора профилактической стратегии и конкретных вмешательств у пациентов, которые чаще всего имеют сочетание нескольких ФР, ключевое значение имеет оценка общего (суммарного) кардиоваскулярного риска. Суммарный кардиоваскулярный (сердечно-сосудистый) риск – это вероятность развития связанного с атеросклерозом кардиоваскулярного события в течение определённого периода времени. Его следует рассчитывать обязательно, так как легко ошибиться, если исходить из уровней отдельных ФР. С 2003 г. в Европе рекомендуется пользоваться системой (шкалой) оценки риска SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation).

Рекомендации по первичной профилактике инсульта (составлены на основе Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. AHA/ASA, 2011)

1. Модификация образа жизни и коррекция поведенческих факторов:

1) уменьшение потребления натрия и повышение потребление калия рекомендуется для снижения АД (уровень доказательности А);

2) рекомендуется Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) – диета, которая увеличивает потребление фруктов, овощей и нежирных молочных продуктов, снижает потребление продуктов, содержащих насыщенные жиры (уровень доказательности А);

3) повышение физической активности рекомендуется, поскольку это связано со снижением риска инсульта (уровень доказательности В);

4) взрослые должны заниматься физической нагрузкой умеренной интенсивности не менее 150 минут (2 часа и 30 минут) в неделю, или 75 минут (1 час 15 минут) в неделю энергичной интенсивной аэробной физической активностью (уровень доказательности В);

5) лицам с избыточным весом и ожирением рекомендуется снижение веса для уменьшения риска инсульта (уровень доказательности В);

6) рекомендуется воздержание от курения для некурящих и отказ от курения для курильщиков, что подтверждено эпидемиологическими исследованиями, которые доказали отчётливую зависимость между курением и увеличением риска ишемического и геморрагического инсульта (уровень доказательности В);

7) для коррекции многих ФР инсульта рекомендовано уменьшение или полное прекращение потребления алкоголя, про-

ведение скрининга лиц чрезмерно пьющих с проведением профилактических и лечебных программ (уровень доказательности А).

2. Антигипертензивная терапия:

1) необходимо регулярно контролировать АД; у лиц с артериальной гипертензией необходима модификация образа жизни и фармакологическая терапия (уровень доказательности А);

2) целевой уровень систолического АД составляет менее 140 мм рт.ст. и диастолического АД менее 90 мм рт.ст., поскольку эти уровни связаны с более низким риском инсульта и сердечно-сосудистых событий (уровень доказательности А);

3) у пациентов с артериальной гипертензией, страдающих сахарным диабетом или заболеванием почек, целевой уровень АД составляет менее 130/80 мм рт.ст. (уровень доказательности А).

3. Антиагрегантная терапия:

1) рекомендуется использование ацетилсалициловой кислоты для профилактики ССЗ и инсульта (не специфично именно для инсульта) у лиц с 10-летним риском возникновения острых сердечно-сосудистых событий от 6 до 10%, при этом профилактическая польза должна превышать осложнения проводимого антиагрегантного лечения (уровень доказательности А);

2) ацетилсалициловая кислота (81 мг в сутки или 100 мг через день) может быть показан для предотвращения первого инсульта у женщин, имеющих высокий риск ССЗ, при этом польза должна перевешивать риски развития осложнений (уровень доказательности В);

4. Антикоагулянтная и антиагрегантная терапия у пациентов с мерцательной аритмией:

1) в учреждениях первичной медицинской помощи показано проводить активное выявление фибрилляции предсердий с использованием электрокардиографии у пациентов старше 65 лет (уровень доказательности В);

2) для всех пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий, высокого и умеренного риска инсульта рекомендуется использовать варфарин с достижением целевых уровней международного нормализованного отношения от 2,0 до 3,0 (уровень доказательности А);

3) пациентам с фибрилляцией предсердий высокого риска инсульта, но имеющим противопоказания к антикоагулянтам, показана двойная антиагрегантная терапия (ацетилсалициловая кислота + клопидогрель), оказывающая большее антиагрегантное действие, чем монотерапия ацетилсалициловой кислотой, но приводящая к большему риску кровотечений (уровень доказательности В).

5. Гиполипидемическая терапия:

1) статины, а также меры по нормализации диеты и образа жизни рекомендуются для первичной профилактики ишемического инсульта пациентам с ишемической болезнью сердца или определённым группам высокого риска, в частности, пациентам с сахарным диабетом (уровень доказательности А);

2) препараты фибровой кислоты могут быть рассмотрены для пациентов с гипертриглицеридемией, но их эффективность в профилактике ишемического инсульта не установлена (уровень доказательности С);

3) никотиновая кислота может рассматриваться для пациентов с низким значением холестерина, липопротеидов высокой плотности или при повышенном липопротеине (а), но её эффективность в профилактике ишемического инсульта у пациентов с этими условиями не установлена (уровень доказательности С);

4) гиполипидемическая терапия с использованием фибратов, секвестрантов желчных кислот, ниацина, эзетимиба, может рассматриваться у пациентов, которые не достигают целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности при приёме статинов или при непереносимости статинов, но эффективность этих видов лечения в снижении риска инсульта не установлена (уровень доказательности С).

6. Коррекция дополнительных ФР инсульта:

1) скрининг врождённых сердечных аномалий, например, открытого овального окна, в отсутствие неврологических заболеваний или кардиальных симптомов не рекомендуется (уровень доказательности С);

2) оральные контрацептивы могут быть вредны у женщин, имеющих дополнительные ФР инсульта, например, курение сигарет (уровень доказательности С);

3) поскольку есть связь между высокой частотой мигрени и инсульта, то уменьшение частоты мигрени может быть показано, хотя нет убедительных доказательств, что противомигренозное лечение снизит риск первого инсульта (уровень доказательности С);

4) нарушения дыхания во сне нуждаются в выявлении, диагностике и лечении из-за своей ассоциации с другими ФР инсульта и ССЗ, особенно у пациентов с абдоминальным

ожирением, артериальной гипертензией, сердечной патологией (уровень доказательности А);

5) использование витаминов В₆, В₁₂ и фолиевой кислоты, могут быть рассмотрены для профилактики ишемического инсульта у пациентов с гипергомоцистеинемией, но их эффективность в настоящее время недостаточно изучена (уровень доказательности В);

6) измерение маркёров воспаления, таких как высокочувствительный С-реактивный белок или липопротеин-ассоциированная фосфолипаза А₂ у пациентов без ССЗ, но с повышенным риском инсульта может проводиться, хотя эффективность этих мер (полезность в повседневной практике) не достаточно установлена (уровень доказательности В);

7) пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями, такими как ревматоидный артрит и системная красная волчанка следует считать лицами повышенного риска инсульта (уровень доказательности В);

8) в лечении больных с повышенным С-реактивным белком показаны статины для снижения риска инсульта (уровень доказательности В).

7. Хирургическая профилактика ишемического инсульта:

1) профилактическая каротидная эндартерэктомия (КЭЭ) может осуществляться в центрах, имеющих менее 3% осложнений и летальности, у тщательно отобранных пациентов с «асимптомным» стенозом сонной артерии (более 60% по ангиографии, более 70% по дуплексному сканированию) (уровень доказательности А);

2) профилактическая каротидная ангиопластика со стентированием (КАС) может быть использована у тщательно отобранных пациентов с «асимптомным» стенозом сонной артерии (более 60% по ангиографии, более 70% по дуплексному сканированию, или более 80% по КТ-ангиографии или МР-ангиографии, если стеноз при дуплексном сканировании был 50-69%) (уровень доказательности В);

8. Неинвазивный скрининг неразорвавшихся внутричерепных аневризм показан у следующих групп пациентов:

1) имеющих более двух родственников первой степени родства, перенёсших субарахноидальное кровоизлияние или имеющих диагностированную внутричерепную аневризму (уровень доказательности С);

2) с аутосомно-доминантным поликистозом почек и более 1 родственника с аутосомно-доминантным поликистозом почек и субарахноидальным кровоизлиянием или внутричерепной аневризмой (уровень доказательности С);

3) у больных с фибромускулярной дисплазией артерий шеи (уровень доказательности С).

Рекомендации по вторичной профилактике ишемического инсульта (составлены на основе Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. ESO, 2008).

1. Антигипертензивная терапия:

1) рекомендуется регулярный контроль уровня АД; рекомендуется снижение уровня АД после острейшего периода инсульта, включая пациентов с нормальным уровнем АД (уровень доказательности А).

2. Антитромботическая терапия:

1) рекомендуется назначение комбинации ацетилсалициловой кислоты и дипиридамола, или клопидогреля; в качестве альтернативы возможно использование ацетилсалициловой кислоты или трифлузала (уровень доказательности А);

2) комбинация клопидогреля и ацетилсалициловой кислоты не рекомендована для пациентов после недавно перенесённого инсульта, за исключением специальных показаний (например, нестабильная стенокардия, или не-Q-образующий инфаркт миокарда, или недавнее стентирование) с продолжительностью терапии до 9 месяцев (уровень доказательности А);

3) терапия оральными антикоагулянтами (МНО 2,0-3,0) рекомендована больным после перенесённого ишемического инсульта, связанного с мерцательной аритмией (уровень доказательности А);

4) антикоагулянтная терапия не рекомендована для пациентов после некардиоэмболического инсульта, за исключением некоторых ситуаций, таких как атероматоз аорты, фузиформная аневризма основной артерии, диссекция артерий шеи или открытое овальное окно в сочетании с доказанным тромбозом глубоких вен голени или с аневризмой межпредсердной перегородки (уровень доказательности Д).

(Окончание следует.)

В практике любого врача, в особенности терапевта, ежедневно встречаются пациенты, которые в силу своего заболевания самостоятельно не передвигаются, полноценно, в течение длительного периода времени, себя не обслуживают. Именно данную категорию больных именуют «маломобильными пациентами». Точная статистика в нашей стране по этой группе отсутствует, однако можно полагать, что среди почти 50 млн пожилых людей в России 15% в возрасте 65-74 года страдают явными ограничениями подвижности, а после 75 лет эта цифра увеличивается до 30%. При этом, не выходя из своих квартир – 8%, а 5% – не покидают постели.

Вместо предисловия

Длительное пребывание больного в постели является вынужденным следствием тяжёлого течения острых и хронических заболеваний, порождает тяжёлые осложнения, определяющие исход заболевания. В результате маломобильности происходит ряд патофизиологических изменений в организме, которые приводят к мышечной атрофии, пролежням, контрактурам, остеомиелиту и остеопорозу, гиперкоагуляции, пневмонии, изменениям в мочевыделительной системе с присоединением инфекционного процесса, гипотонии кишечника с развитием дисфункции пищеварения и др.

Наряду с этим, состояние иммобилизации, как правило, сопровождается тяжёлым стрессом для пациента и окружающих его людей. Кроме того, неподвижность, подчас, является неким «отправным пунктом» для необратимых процессов, приводящих к смерти больных.

В данной статье осуществлена попытка структурирования и краткого изложения причин, приводящих к длительной иммобилизации (ДИП), её осложнения и исходов, а также формирования клинических рекомендаций по ведению данной категории больных на амбулаторном этапе.

В поисковой системе «Яндекс» на словосочетание «длительная иммобилизация» приходится 388 тыс. ответов. При этом упоминаются следующие термины: длительно нетранспортабельный, длительно лежачий, длительно немобильный, длительно не ходячий, с тяжёлыми длительными двигательными нарушениями, постельный больной, длительно находящийся в вынужденном положении, на длительном постельном режиме, обездвиженный пациент и пр.

По данным мировой литературы в группу риска по ДИП, в первую очередь, входят люди пожилого возраста (старше 60 лет) и инвалиды.

Согласно нормативным актам, «Маломобильные группы населения – люди, испытывающие затруднения при самостоятельном передвижении, получении услуги, необходимой информации или при ориентировании в пространстве. К маломобильным группам населения здесь отнесены: инвалиды, люди с временным нарушением здоровья, беременные женщины, люди старших возрастов, люди с детскими колясками и т.п.», из чего следует, что любой человек, использующий хоть инвалидную, хоть детскую коляску – относится к маломобильной группе населения.

Государство гарантирует

Необходимо напомнить, что согласно распоряжению правительства РФ № 2347-р от 30.12.2005 все больные ДИП должны быть обеспечены всем необходимым для реабилитации средств, в том числе:

Авторитетное мнение

«Запущенная» патология

Маломобильный пациент в амбулаторной практике



Стационар на дому

1. Для восстановительной терапии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).
2. Для реконструктивной хирургии (включая лекарственное обеспечение при лечении заболевания, ставшего причиной инвалидности).
3. Санаторно-курортное лечение.

Для объективной оценки причин, вызвавших иммобилизацию, мы проанализировали причины ДИП у умерших в стационаре. Таких пациентов оказалось 302. На первом месте среди причин иммобилизации в 64% были цереброваскулярные заболевания, далее следуют травмы и злокачественные новообразования, соответственно, в 16,8 и 13,2%.

Обращает на себя внимание, что пациенты, не способные к самостоятельному обслуживанию и передвижению, имели 1-ю группу инвалидности лишь в 17%, у 58% ДИП – вообще отсутствовала инвалидность, а 24% – имели 2-ю группу инвалидности, в большинстве случаев полученную до иммобилизации.

Индивидуальными средствами реабилитации за 2 года до смерти были обеспечены только 28% пациентов. Как правило, ими обеспечивали пациентов, причинами иммобилизации которых являлся только инсульт.

В очередной раз необходимо отметить, что помимо упомянутого Распоряжения Правительства РФ № 2347-р от 30.12.2005 существует Постановление Правительства РФ «О порядке обеспечения за счёт средств Федерального бюджета инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, согласно которому «Технические средства реабилитации, протезы, протезно-ортопедические изделия, передаваемые инвалидам, ветеранам бесплатно в безвозмездное пользование, не подлежат отчуждению третьим лицам, в том числе продаже или дарению». Из перечисленных выше документов следует, что каждый малоподвижный пациент имеет право на бесплатное обеспечение в следующем:

1. Трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни.

2. Кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритные.
3. Протезы, в том числе эндопротезы и ортезы.
4. Противопролежневые матрасы и подушки.
5. Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов.
6. Специальная одежда.
7. Абсорбирующее бельё, памперсы.
8. Кресла-стулья с санитарным оснащением.
9. Услуги.
10. Ремонт технических средств реабилитации, включая протезно-ортопедические изделия...

И снова – коморбидность

Наиболее распространённая и сложная категория ДИП – это пожилые лица с ЦВБ, чаще с выраженными проявлениями хронической ишемии головного мозга, в виду своих когнитивных, вестибулярных нарушений не покидающих пределы своей постели или с последствиями инсульта, сопровождающиеся выраженными вестибулярными нарушениями, парезами и параличами.

Маломобильные пациенты – наиболее «запущенная» и труднокурабельная группа больных в связи с коморбидностью,

когнитивно-мнестическими нарушениями, психологическими и социальными особенностями и, как правило, наиболее неблагоприятным прогнозом.

У большей части из них имеются различные проявления ишемической болезни сердца (ИБС), в том числе примерно в 9% – острые. Всё это протекает на фоне гипертонической болезни (в 90%) и сахарного диабета 2-го типа (40%). Наиболее фатальным и частым осложнением у ДИП является хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (70%), почти в 60% – тромбоэмболические осложнения, далее пневмония, хроническая болезнь почек (ХБП), анемия, чаще всего в результате желудочно-кишечных кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта, пролежни.

Таким образом, описанный портрет ДИП позволяет врачу акцентировать своё внимание на потенциально опасных осложнениях, определять риски смертельного исхода, адекватно назначать необходимые исследования, осуществлять лечебно-профилактические мероприятия и мониторирование их эффективности.

Для подавляющего большинства ДИП характерным признаком является и социально-психическая дезадаптация. Это обусловлено ограничением возможности общения и трудностями самообслуживания. Неспособность адаптироваться к постоянно меняющимся условиям и самостоятельно справляться с повседневными заботами приводит к зависимости от других, что вызывает у многих из них чувство неполноценности, бессилия, покинутости. В результате, нередко развиваются такие нарушения, как тревожные состояния, депрессии, ипохондрический синдром. Указанные симптомы и/или синдромы также требуют врачебного вмешательства.

От морфологии – к клинике

Что характерно, в результате длительной иммобилизации происходит ряд патофизиологических изменений в организме. Так, пре-

жде всего, развивается мышечная атрофия. Причём морфологическим нарушениям подвергаются в первую очередь белые волокна, а затем красные. В основе атрофии лежит уменьшение количества саркоплазмы и незначительная пучковая атрофия миофибрилл. Однако, могут быть задействованы и другие механизмы, например, при заболевании суставов вследствие расстройства симпатической и парасимпатической иннервации мышц и нарушения обменных процессов в мышцах.

У больных, длительно лежащих на спине, часто возникают пролежни – это участок ишемии и некроза тканей, возникающий в области постоянного давления на ткани. Возникновение пролежней сопровождается болью, депрессией, присоединением инфекции (абсцессы, септические артриты, бактериемия, сепсис). У 26% больных с незаживающими пролежнями развивается остеомиелит, при этом риск летального исхода возрастает в 4-5 раз.

Длительное вынужденное пассивное положение в постели приводит к ослаблению тонуса поперечно-полосатых мышц и гладкой мускулатуры бронхов и, как следствие, к резкому ослаблению вентиляции лёгких с уменьшением их дыхательной поверхности, развитию застоя в малом круге кровообращения. Гемодинамические расстройства сопровождаются нарушением дренажной функции бронхов и лёгочной вентиляции. В условиях гипостаза и гиповентиляции в бронхах скапливается густая и вязкая мокрота, развивается условно-патогенная и патогенная микрофлора, вызывая развитие пневмонии. Особенно подвержены возникновению пневмоний пациенты старше 60 лет с коморбидной патологией.

Продолжительное горизонтальное положение может повлечь за собой изменения в мочевыделительной системе. В горизонтальном положении моча дольше задерживается в лоханке, что способствует возникновению инфекционного процесса, а затем и образованию камней в почках.

Отсутствие активных движений при нахождении в горизонтальном положении приводит к снижению тонуса желудочно-кишечного тракта, в особенности, толстой кишки, что, в свою очередь, приводит к запорам. В значительной степени обездвиженность и, как следствие, урежение мышечных сокращений способствует снижению скорости кровотока, особенно в нижних конечностях, что нередко приводит к избыточному тромбообразованию, самым грозным осложнением которого является тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА).

Ограничение активных и пассивных движений в суставах в результате длительного неподвижного состояния конечности приводит к развитию контрактур. Если паци-



Рис. 1. Патофизиологические изменения при длительной иммобилизации

Длительная иммобилизация (от лат. immobillis – неподвижный) – состояние, при котором пациент в силу своего основного заболевания самостоятельно не передвигается, полностью себя не обслуживает и вынужденно находится в состоянии покоя более 1 месяца

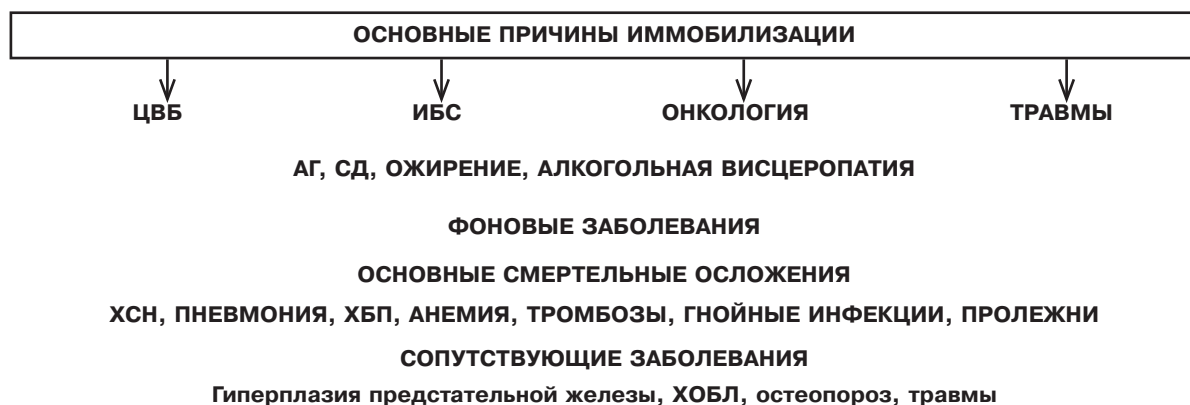


Рис. 2. Клиническая характеристика ДИП

ент лежит неподвижно длительное время и профилактика контрактур не проводится, то не исключена полная потеря подвижности суставов в результате костного сращения суставных концов костей. При отсутствии физических движений в костях снижается содержание кальция, кости постепенно становятся хрупкими. Развивается остеопороз. Схематично все вышеперечисленное это представлено на рис. 1 и 2.

Что делать?

Принципы курации ДИП могут быть разделены на два основных направления – социальные и медицинские, которые тесно взаимосвязаны между собой.

I. Медицинские направления

1. Участковый терапевт обязан не реже 1 раза в месяц наблюдать ДИП, при условии, что состояние пациента стабильно, анализировать результаты проведенных лабораторно-инструментальных исследований и проводить коррекцию терапии.

2. Участковая медсестра не реже 1 раза в месяц обязана осуществлять патронаж ДИП, обучать родственников (сиделку) основным принципам ухода за больным. Информировать участкового врача о состоянии больного.

3. Один раз в год участковый терапевт обязан проводить диспансеризацию ДИП, которая включает проведение клинического и биохимического анализов крови, коагуллограммы, снятие ЭКГ, забора мокроты для определения туберкулёзной палочки (при наличии показаний). Участковый терапевт определяет необходимость осмотра ДИП врачами-специалистами поликлиники. В случае необходимости привлекает специалистов психиатрической и онкологической служб.

4. Участковый терапевт при необходимости своевременно направляет на госпитализацию ДИП (учитывая стационары, имеющие специально выделенные койки для подобных пациентов).

5. Участковый терапевт совместно с участковой медсестрой проводит организацию стационара на дому.

6. Участковый терапевт организует реабилитацию ДИП в домашних условиях, привлекая для этой цели логопеда, врача-физиотерапевта и ЛФК.

7. Участковый терапевт обязан заполнять таблицу посещения ДИП и предоставлять его для контроля заведующему терапевтическим отделением амбулаторно-поликлинического учреждения один раз в месяц; ежеквартально вести форму-приложение к паспорту участка о проведении диспансеризации больных, обслуживающихся на дому. Всё это осуществляется под контролем заведующим терапевтическим отделением амбулаторно-поликлинического учреждения.

При проведении ежемесячных подкомиссий по изучению летальных исходов в терапевтических



Не приговор, а новый образ жизни

отделения поликлиник, необходимо уделять особое внимание тактике ведения умерших ДИП, проводить сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.

II. Социальные мероприятия

1. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 283н от 28.07.2011 «Об утверждении классификации технических средств реабилитации в рамках Федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду в целях определения размера компенсации за технические средства реабилитации, приобретенные инвалидами за собственный счёт и (или) оплаченные за счёт собственных средств услуги по их ремонту», постановлением № 240 от 07.04.2008 «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями» участковый врач-терапевт должен информировать ДИП и/или его родственников о возможности обеспечения средствами ИПР (адсорбирующее бельё, противопролежневый матрас, прикроватный столик, инвалидное кресло и т.д.).

2. Необходимо взаимодействие участковой и социальной служб. Проведение общих ежеквартальных совещаний, на которых происходил бы обмен данными о ДИП, решение вопросов по совместному ведению одиноких

и одиноко проживающих граждан из группы ДИП.

3. Для оптимизации внебольничной помощи ДИП, перспективным и целесообразным следует считать функционирование медицинских бригад, осуществляющих во внебольничных условиях (домашний стационар) многостороннее наблюдение за больным с учётом специфики соматических и психических проблем (заболевания опорно-двигательного аппарата, недержание мочи, депрессия и др.). В состав этих бригад могут входить наряду с участковым врачом (врач-гериатр, семейный врач) специально обученная медсестра, психотерапевт, социальный работник (социальная сестра), решающий различные социально-бытовые вопросы. Включение в эти бригады других специалистов, например, логопедов, специалистов, обучающих навыкам и приёмам самообслуживания, отвечает разнообразным потребностям ДИП пациентов и направлено на поддержание сложившихся жизненных стереотипов и обеспечение больным ощущения достаточного качества жизни.

Аркадий ВЁРТКИН, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, член президиума Российского научного медицинского общества терапевтов, профессор, заслуженный деятель науки РФ.

В клиниках и лабораториях

На службе у клиницистов

Практические результаты в медицине обеспечиваются фундаментальными исследованиями

Одной из особенностей биомедицинских исследований является мультидисциплинарность, поэтому для реализации проектов в составе института была сформирована уникальная команда специалистов в области геномных и генетических исследований, биоинформатики, биомеханики, клеточных технологий, физиологии человека, врачей-неврологов, онкологов, специалистов в иммунологии и т.д. Для проведения научно-исследовательских работ и доклинических исследований в составе института появился виварий, создана лаборатория биологических испытаний. Информационно-аналитический центр по биомедицине был организован для проведения работы по выявлению стратегических направлений исследований.

Российский национальный исследовательский университет им. Н.И.Пирогова – единственный из всех медицинских вузов нашей страны, имеющий статус научно-исследовательского. Это накладывает определённые обязательства: научная деятельность университета должна быть сосредоточена на актуальных для практического здравоохранения вопросах. В рамках выполняемых проектов институт активно сотрудничает с членами нового кластера, который был создан с целью облегчения межведомственного взаимодействия между РНИМУ, научно-исследовательскими институтами РАН, медицинскими учреждениями и инновационными предприятиями промышленности, ориентированными на рынок биомедицинских и медицинских продуктов и изделий.

О том, какими разработками занимаются исследователи в наших лабораториях, рассказала заведующая сектором регенеративной медицины Научно-исследовательского института трансляционной медицины доктор биологических наук Екатерина ВОРОТЕЛЯК.

– Екатерина Андреевна, при поддержке Минздрава России в РНИМУ создан НИИ трансляционной медицины. Что он представляет собой?

– По сути, это площадка, задача которой – развивать относительно новые направления, к примеру, регенеративную медицину. Для этого здесь созданы лаборатории, оборудованные необходимыми для исследований приборами. Работа ведётся в рамках госзадания от федерального Минздрава: нашими учёными разрабатываются проекты, направленные на компенсацию утраченных функций органов у человека.

– Над какими проектами вы работаете в рамках госзадания?

– В частности, мы работаем над одним тканеинженерным проектом – это восстановление части уретры при довольно распространённом заболевании – гипоспадии (при этой патологии у мальчиков уретральный канал либо смещён, либо вовсе отсутствует). Обычно в этом случае делают пластику, но биоматериала для полного восстановления уретры зачастую не хватает. Чтобы решить проблему, часто использовали кожу. Это не лучший вариант: на коже растут волосы, и пациенты впоследствии испытывают неудобства.

Нами разработан трансплантат представляющей собой тканеинженерную конструкцию, включающую аутологичные клетки кожи самого пациента. Таким образом, мы достигаем главной цели – полной совместимости трансплантата с организмом пациента. Важно, что трансплантат «растёт» вместе с организмом ребёнка, поэтому повторные операции не требуются. Это полностью наша разработка.

– В вашей лаборатории появляются и студенты. Чему можно здесь научиться?

– В первую очередь, лабораторным методам исследования. Современная биология очень сложна, для её изучения используется оборудование нового поколения. Поэтому, как правило, молодые учёные овладевают лишь небольшим набором методов, например, культивирование клеток.

Для современного студента большой проблемой является

отсутствие умения правильно ставить научные вопросы и творчески их решать. И это вполне объяснимо: система высшего образования в полной мере ещё не перестроилась под запросы современной науки. Поэтому основные навыки, нужные исследователям, молодые учёные получают в лабораториях.

– Какими минимальными навыками предстоит овладеть будущему исследователю?

– Решение научных микрзадач чрезвычайно полезно растущему молодому специалисту, который ещё пока только начинает понимать, как устроена наука изнутри. И это, пожалуй, самое ценное, что человек может почерпнуть из лаборатории. Накопление суммы знаний само по себе бесполезно – ведь всё необходимое можно найти в электронных информационных источниках. Заниматься наукой – это значит постигать внутреннюю логику, принцип иерархичности знаний. Таким образом, у человека формируется определённый способ мышления. Помимо этого, молодому исследователю, нужно уметь заниматься научным творчеством.

– Что следует понимать под «научным творчеством»?

– Это новый способ осуществлять деятельность, уместную в данный момент. То есть, научное творчество не предполагает обязательное изобретение чего-то необычного. Объясню на примерах: Стив Джобс не придумал ничего принципиально нового – но он собрал компьютер для индивидуального использования. Томас Эдисон не изобрел электрическую лампу. Но он провёл множество опытов по измерению электропроводимости меди и выбрал материал, идеально подходящий для производства ламп накаливания.

Чтобы овладеть искусством научного творчества, нужно научиться задавать себе правильные вопросы, читая статью, монографию или готовясь к эксперименту. То есть, нужно не просто сделать реакцию по протоколу, но и понять – для чего нужна эта реакция.

Только тогда можно создать разработки, которые кажутся фантастикой.

Беседу вела
Ольга СЛАСТИКОВА.

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) представила данные об уровне средней заработной платы врачей и работников медицинских организаций с высшим медицинским и фармацевтическим или иным высшим образованием в первом полугодии.

Согласно им, этот показатель в учреждениях здравоохранения государственной и муниципальной форм собственности составил 48 946 руб. В федеральных медучреждениях средняя зарплата – 48 838 руб., в медучреждениях субъектов Федерации – 49 734, в муниципальных – 40 454.

По экономике средняя заработная плата оценивается за тот же период статистикой в 35 700 руб.

Наиболее низкими оказались средние зарплаты врачей в Республике Дагестан (30 480), в Кабардино-Балкарской Республике (30 112), в Карачаево-Черкесской Республике (29 636), в Республике Северная Осетия-Алания (28 761) и Калмыкии (26 416). Пятёрка регионов с самыми высокими заработными платами представлена так: Ненецкий автономный округ (125 101 руб.), Чукотский автономный округ (112 887), Ямало-Ненецкий автономный округ (111 562), Камчатский край (95 529) и Магаданская область (90 158).

Деньги

Кто из медиков и где зарабатывает больше?

Всё зависит от специальности и региона

В Москве на этом фоне уровень доходов врачей выглядит скромнее. В первом полугодии размер средней заработной платы медработника составил в столице 80 759 руб.

Любопытно, что почти одновременно с этими данными Росстата статистику о зарплатах высококвалифицированных специалистов по состоянию на май 2015 г. опубликовало Министерство труда США.

Наиболее оплачиваемой, свидетельствует The 37 highest-paying jobs in America, стала профессия анестезиолога. В среднем, они зарабатывают 258 тыс. долл. в год, что примерно в 5 раз больше, чем годовая зарплата среднего американца.

В то же время компания «Джонсон&Джонсон» была вынуждена прекратить выпуск робота-анестезиолога Sedasys из-за того, что устройство плохо продавалось. Против использования

робота выступило Американское общество анестезиологов, которое добилося того, что роботизированные устройства не были допущены к проведению обезболивания при сложных операциях. Процедура обезболивания, проведенная роботом, стоила не более 200 долл., а та же работа, осуществлённая специалистом-анестезиологом, оценивается в 2 тыс. долл.

Кроме анестезиологов в топ-10 самых высокооплачиваемых профессий попали ещё 8 медицинских специальностей. Среди них: хирурги с годовым доходом в 247 тыс. долл., челюстно-лицевые хирурги – 234 тыс., акушеры-гинекологи и стоматологи, зарабатывающие чуть больше 220 тыс. в год. Терапевты, психиатры, врачи общей практики и семейные врачи получают в год более 190 тыс. Американские врачи зарабатывают, согласно опубликованному данным, больше юристов, нефтяников и пилотов.

На этом фоне более чем печально выглядят российские опросы, один из которых провёл с участием более 4 тыс. человек портал Vademecum. Выяснилось, что заработная плата медицинских специалистов в нашей стране зависит от специальности и региона и составляет от 14 до 42 тыс. руб. в месяц. Это значит, что медики в среднем зарабатывают около 5 тыс. долл. в год.

Гораздо скромнее выглядят и заработки чиновников Минздрава России, Роспотребнадзора, Росздравнадзора и ФМБА. По данным Росстата, в первом полугодии 2016 г. среднемесячная заработная плата сотрудников Министерства здравоохранения РФ составила 93 184 руб., которая выросла по сравнению с аналогичным периодом прошлого года на 12,4%. Здесь трудятся 452 человека, при этом укомплектованность должностей составила 91,7%.

Сотрудники Роспотребназ-

ра зарабатывали в этот период 2016 г., в среднем, 74 666 руб. в месяц. По сравнению с первым полугодием 2015 г. их средняя зарплата выросла на 1,1%. Сейчас в штате ведомства – 191 человек.

В Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) среднемесячная зарплата составила 64 282 руб., что на 5,7% больше, чем в прошлом году. В июне в ведомстве работали 199 человек, а укомплектованность должностей составила 78%.

Специалисты Федерального медико-биологического агентства получали, в среднем, 68 650 руб. в месяц – их зарплата по сравнению с прошлым годом не изменилась. Летом в агентстве трудились 205 человек.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

По данным Росстата
и The 37 highest-paying jobs
in America.

Ситуация

Международное медицинское сообщество выступило за запрещение женского обрезания (частичное или полное удаление внешних гениталий). В необходимости этого уверены эксперты, с ними согласен и Минздрав России. В Госдуму РФ уже внесён законопроект, устанавливающий уголовную ответственность за женское обрезание.

Женское обрезание до сих пор практикуется в Северо-Восточной и Западной Африке, а также в труднодоступных районах Республики Дагестан. Как мы уже сообщали (см. mgzt.ru от 19.08.2016), председатель комиссии Общественной палаты РФ по поддержке семьи, детей и материнства, певица Диана Гурцкая обратилась к Генеральному прокурору РФ Юрию Чайке с просьбой провести проверку информации о традиционном проведении таких операций в некоторых селах этой республики.

Внимание к дагестанской традиции привлёк опубликованный 15 августа доклад правозащитной организации «Правовая инициатива». Авторы документа отметили, что обрезание проводят девочкам в возрасте до 3 лет с целью подавления чувствительности и, как следствие, предотвращения «аморального поведения».

Член президентского Совета по взаимодействию с религиозными объединениями и глава Координационного центра мусульман Северного Кавказа Исмаил Бердиев заявил, что подобные операции необходимо провести всем женщинам, «чтобы разврата не было на Земле». Позднее он пояснил, что его слова были шуткой, а он лишь собирался привлечь внимание к проблеме безнравственности, с которой нужно что-то делать.

Как бы там не было, вопрос «Обрезать, не обрезать?» вновь встал перед россиянами. Автор законодательной инициативы, опубликованной на сайте Госдумы, – солистка Мариинского театра, депутат от партии «Единая Россия», член комитета по культуре Мария Максакова-Игенбергс – предлагает лишать свободы на 7-10 лет за «дискриминацию, совершенную в отношении несовершеннолетней

Обрезать или не обрезать?

Этот деликатный вопрос встал перед россиянами



Женское обрезание в Индонезии

по религиозным мотивам и выраженную в частичном или полном удалении внешних гениталий, объясняемом целями религиозного культа».

В пояснительной записке к законопроекту отмечается, что женское обрезание является «очевидным пережитком прошлого», которому не может быть места в цивилизованном обществе. «Никакие сакральные культы не могут служить оправданием женского обрезания, поскольку тем самым отдельные догмы ставятся их последователями выше норм основного закона страны, единого для всех граждан, независимо от их религиозных взглядов», – уточняется в документе.

Совет по правам человека при Президенте России также направил в Генпрокуратуру РФ доклад о практике женского обрезания в Дагестане.

Согласно данным, которые приводит Детский фонд ООН (UNICEF), такой процедуре подвергались порядка 200 млн женщин и девочек в 30 странах мира. В 2008 г.

Всемирная ассамблея здравоохранения (ВОЗ) приняла резолюцию о необходимости полной элиминации этой практики. В 2012 г. подобную резолюцию приняла Генеральная ассамблея ООН.

Совершенно другое отношение к обряду мужского обрезания. Американские и австралийские специалисты предлагают проводить поголовное обрезание мальчикам наряду с вакцинацией. Это позволит избежать целого ряда заболеваний, пишет Liberty Voice. Профессор Брайан Моррис установил: 50% необрезанных детей в перспективе сталкиваются с недугами. В частности, обрезание позволяет сократить риск развития инфекций мочевыводящих путей. В будущем, подобные инфекции приводят к повреждению почек.

Обрезание лучше не откладывать, проводя его в самом юном возрасте. Данная процедура никак не влияет на сексуальные функции, степень удовлетворения или чувствительность во время полового акта. Само обрезание проводится

под местной анестезией, что снижает вероятность появления осложнений. Моррис подчёркивает: обрезание должно в обязательном порядке проводиться у мальчиков из бедных семей, которые находятся в группе риска развития инфекций. А Американская академия педиатрии ещё в 2012 г. выступила с заявлением, что обрезание способно защитить гетеросексуальных мужчин от ВИЧ.

Статистика свидетельствует, что на Западе в последние годы обрезание стало очень популярным среди мужчин, которые не проходили эту процедуру в детстве. После того, как доля мужчин в США, переживших обрезание, превысила 80%, специалисты решили выяснить, насколько эта процедура полезна для мужского здоровья. Выяснилось: у обрезания есть и положительные, и отрицательные стороны.

Например, после операции уменьшается чувствительность полового члена, что может снизить остроту ощущений во время секса и негативно сказаться на уровне удовлетворения. Притом, с точки зрения здоровья, у мужчин, пере-

живших обрезание, практически не встречается рак полового члена, уменьшена вероятность передачи вирусных заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, вирус папилломы человека или герпеса, снижается риск развития воспаления кожи головки полового члена.

В то же время в некоторых странах сохраняется крайне негативное отношение к обрезанию. Например, в Скандинавии данная процедура рассматривается в качестве формы издевательств над ребёнком. Более того, обрезание, проводимое в младенчестве, попирает волю ребёнка и его право выбора.

Между тем, в Генпрокуратуре РФ сообщили, что пока не получали обращения от Д.Гурцкой, но как только оно поступит в ведомство, будет рассмотрено в установленном законом порядке. А пока ждём реакции парламента на внесённый в Госдуму законопроект.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Cito!

Кстати

Это «калечащая практика»

Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай высказал позицию Минздрава России по поводу заявления председателя Координационного центра мусульман Северного Кавказа Исмаила Бердиева, выступившего за поголовное обрезание женщин.

– В настоящее время международное медицинское сообщество сходит в во мнении, что так называемое женское обрезание является калечащей практикой и не несёт ничего положительного, – пояснил Олег Салагай. – В 2008 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию о необходимости полной элиминации этой практики. В 2012 г. подобную резолюцию приняла Генеральная ассамблея ООН.

Такого подхода к данной проблеме придерживается и российское здравоохранение.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Москва.

Почему бы и нет?

Геном есть совокупность генов клетки, по-очерёдное включение которых определяет развитие специализированных-дифференцированных клеток, выполняющих различные функции. Протеомом называется совокупность протеинов, набор которых определяет, с каким из 200 клеточных типов, составляющих наш организм, мы имеем дело. Отклонения в развитии стволовых клеток в результате мутаций приводят к различным заболеваниям. Проявления,

или маркёры здоровья клетки и её болезней видны как клеточные протеины, определяемые с помощью антител, к «хвостам» которых присоединены те или иные флюоресцентные белки. Однако, проблема в том, что антитела могут присоединяться и к другим протеинам, что снижает точность анализа и возможность отделения зёрен зрелых клеток от «плевел» стволовых и их непосредственных потомков (прогениторов).

Хим-протеом

В последнее время заговорили и о «сниферах» (CNiFERS), звучащих как sniffers, то есть наркоманы «нюхачи». Это химические сенсоры различных веществ в клетках, в частности молекул нейротрансмиттеров, которые с помощью своих белковых рецепторов поступают в нервные клетки, вызывая их возбуждение или торможение. Соединение CNiFERов с нейроактивными веществами приводит к «возгоранию» свечения, которое характерно для тех же допамина, нехватка которого приводит к паркинсонизму и норэпинефрина-адреналина. «Путают» разные молекулы не только антитела, но и рецепторы, что показали в парижском институте Пастера, сотрудники которого изучают молекулярные механизмы болезни Альцгеймера. При ней в мозговой ткани накапливаются знаменитые бляшки, токсическое действие которых разрушает микротрубочки в нервных отростках, по которым идёт транспорт тех же трансммиттеров.

Поверхность нейронов усеяна рецепторами ацетилхолина, который необходим для мышечного сокращения. Но они же присоединяют и никотин, и оба трансммитера необходимы для открывания ионных пор-каналов, которое можно заблокировать. В Париже создали мышь с выключенным геном одного из протеинов рецептора, что позволило «преодолеть» пагубное действие бляшек и сохранить память и умственные-когнитивные

способности ГМ-животных, которые и в норме нарушаются при старении. Гибель нейронов вызывает и вирус Зика, сначала останавливающий деление нервных стволовых клеток, а затем вызывающий их апоптоз, в результате чего дети рождаются с микроцефалией. Сотрудники университетов Флориды и Дж. Хопкинса в Балтиморе провели скрининг 6 тыс. веществ, уже допущенных к использованию для лечения человека, в результате чего выявили антивирусную активность двух.

Эмрикасан (Emricasan) эффективен как ингибитор апоптозного фермента, а никлозамид (Nicosamide), давно используемый против ленточных глистов (например, бычьего цепня), подавляет репликацию вируса. «На создание новых лекарств требуются годы, – сказал один из авторов. – Поэтому поиск среди уже имеющихся ускоряет развитие терапий». Выше сказано, что болезни развиваются из-за мутаций, поэтому лекарства лишь отчасти решают проблему, которая в идеале снималась бы пересадкой здоровых клеток, получаемых после стимуляции-индукции стволовых и клеток самого пациента. Проблема в получении «чистого» потомства, однако, до сих пор учёные при использовании антител получали лишь клеточные смеси (невывключение активности стволовых грозит развитием тератокарцином, что и тормозит развитие терапий этого рода).

Сотрудники университета Южной Каролины предложили для разделения смесей отказаться от антител и пользоваться хим-протеомом или картировать белки созревания на поверхности клеток (что можно сравнить с появлением пушка над верхней губой, свидетельствующем о половом созревании юноши). Благодаря химическому подходу учёные впервые получили чистую гомогенную культуру гепатоцитов с большим количеством специфического белка-маркёра, ярко светящегося зелёным светом. В Детском госпитале Лос-Анджелеса получили первые органоиды печени мышей и человека, которые после пересадки дают печень с её клетками, синтезирующими белок крови альбумин, желчными протоками и сосудами.

Химически подошли к воздействию на рак в университете штата Колорадо. Сотрудники его ракового центра воздействием на один из протеинов – переключатель судьбы раковых клеток, резко повысили чувствительность к иммунотерапии трижды-негативной (triple-negative) опухоли рака груди, на которую не действует классическая триада онкологического воздействия: операция, облучение и химиотерапия.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature Medicine.

Взгля

Новый метод пересадки роговицы

Новый метод лечения – **со-скабливание Десцеметовой оболочки** – предложила исследователь Кэтрин Колби.

Процедура заключается в удалении небольшого участка эндотелия роговицы (клеток, которые перестают работать при синдроме Фукса) с нижним слоем – десце-

метовой оболочкой. Благодаря этому методу 3 из 4 пациентов с синдромом Фукса снова стали нормально видеть.

Это изменит жизнь людей с распространённым заболеванием глаз, обещают сотрудники университета Чикаго. Процедура будет дешевле и безопаснее хирургического вмешательства.

В исследовании приняли участие пациенты с синдромом Фукса – дистрофией роговой оболочки глаза. У больных с синдромом Фукса в роговице накапливается жидкость из-за дисфункции клеток-насосов. Это приводит к ухудшению зрения. Если заболевание не лечить, человек может ослепнуть. Удаление из центра роговицы клеток, переставших выполнять свою функцию, позволяет здоровым клеткам занять их место.

Наум ДАВЫДОВ.

По материалам The Times of India.

Исследование

Исследователи из Университета в Сан-Диего в Калифорнии (США) оценили состояние физического и психического здоровья более тысячи людей в возрасте от 50 до 99 лет. Вывод учёных: с возрастом психологическое здоровье улучшается, пожилые люди меньше подвержены стрессу, тревоге и депрессии и получают больше наслаждения от жизни.

Участники исследования отбирались случайным образом, их средний возраст составил 77 лет. Исследователи оценивали как объективные факторы, связанные с наличием и тяжестью хронических заболеваний, так и субъективные, такие как оценка

участниками собственного самочувствия, степени удовлетворённости жизнью, вовлечённости в социальные взаимоотношения. Набор ответов на подобные вопросы (участники оценивали каждый фактор по 10-бальной шкале) составил индекс «успешности старения».

Один из выводов исследования заключается в том, что влияние психологического здоровья пожилых людей на оценку общего самочувствия и восприятия успешности собственной старости, не менее,

а скорее даже более значимо, чем влияние физического здоровья. Люди с плохим физическим состоянием и хорошей способностью к восстановлению душевного равновесия оценивали успешность своего старения так же или выше, чем физически здоровые люди с нестабильным душевным состоянием. Наличие физических недугов и необходимость уделять время медицинским процедурам не мешало первым активно общаться, иметь разнообразные увлечения и получать удовольствие от жизни.

Дословно

В целях ранней диагностики

Расстройства аутистического спектра, в последнее время всё чаще наблюдающиеся у детей, можно диагностировать с помощью компьютерных игр с использованием сенсорных экранов. Об этом заявили учёные из Университета Стратклайда (Великобритания) во главе с Джонатаном Делафилдом-Баттом, который специализируется на детском развитии. Исследователи работали совместно с организацией, которая занимается разработкой мобильных приложений для ранней диагностики нарушений развития.

В экспериментах участвовали 37 детей в возрасте от 3 до 6 лет. Для игр им предоставили планшетные компьютеры с сенсорными экранами и встроенными точными датчиками движения, которые записывали, каким образом перемещаются руки детей в процессе игры. Анализ полученных данных показал, что те юные участники эксперимента, у которых был диагностирован аутизм, совершали более размашистые жесты, прилагали больше силы и, в целом, двигали пальцами быстрее и интенсивнее, чем те, у кого аутистических черт

не наблюдалось. Общий рисунок игры детей-аутистов выглядел по-другому, если сравнить его с тем, как играли здоровые дети. На основе полученных данных учёные создают специальное приложение, которое станет быстрым, дешёвым и интересным для детей тестом на наличие расстройств аутистического спектра. Доктор Делафилд-Батт добавил, что оно может стать прорывом в диагностике аутизма, так как не несёт стресса для детей и не требует визита в клинику. Учёный подчеркнул, что ранняя диагностика очень важна в этом случае, так как чем раньше расстройство будет распознано, тем проще его компенсировать.

Исследователи заявили, что работа ещё не закончена, требуются дальнейшие изыскания, кроме того, необходимо проверить новый способ на то, есть ли в его применении какие-либо ограничения. Однако это исследование, несомненно, можно назвать первым шагом к более качественной диагностике расстройств и к новым инструментам для этого.

Борис БЕРКУТ.

По информации eureka!ert.org

А как у них?

США против зависимости от лекарств

Проблема опиоидной зависимости в Соединённых Штатах Америки приняла масштаб национальной эпидемии. В связи с этим Барак Обама собирается утвердить принятый конгрессом законопроект, направленный на борьбу с опиоидной зависимостью.

Предполагается финансирование соответствующих программ. На это чиновники просят выделить сумму в размере 181 млн долл. в год. К тому же, работники службы экстренной помощи пройдут дополнительное обучение. Их научат, как помогать лицам с передозировкой опиоидными препаратами. Известно, что в 2014 г. в США от передозировки опиоидными средствами умерли 28 тыс. человек. В 50% случаев причиной стало употребление рецептурных обезболивающих препаратов. Самое интересное, что, со-

гласно последним исследованиям, опиоидные анальгетики не избавляют от хронической боли. Учёные из Колорадского университета провели исследование на крысах. Грызунам, страдавшим от хронической боли, давали морфий в течение 5 дней. После этого у подопытных животных повысилась болевая чувствительность. Данный эффект сохранялся до 3 месяцев.

По всей видимости, опиоидные обезболивающие активируют иммунные клетки в спинном мозгу. Вследствие этого возникает дополнительная воспалительная реакция. Так как боль перешла в хроническое состояние, она становится сильнее и длится дольше. Сначала морфий облегчает боль, но со временем положительный эффект сходит на нет.

Фёдор НЕБЕРОВ.

По материалам Associated Press.

Счастье от безумия?

весие и меньшей склонностью к депрессии.

Но даже с учётом этих факторов, ощущение счастья и удовлетворённости растёт у всех людей с каждым прожитым годом. «Возможно, речь идёт от той самой мудрости, которая приобретается с возрастом и позволяет людям смотреть на вещи под другим углом. Они начинают находить удовлетворение в самых простых и обыденных вещах. Это – хорошая новость для всех, а особенно для тех, кто скептически относится к старости», – заключают авторы исследования.

Марк ВИНТЕР.

По материалам American Journal of Psychiatry.

Однако

«Упал, потерял сознание... очнулся...»

Существует статистика, согласно которой примерно четверть всех живущих в мире людей имеют проблемы с памятью. По большей части они наблюдаются у людей пожилых. В более раннем возрасте причиной «забывчивости» становятся различные травмы или пережитый шок. Случаи, когда человек утрачивает из-за амнезии свою личность, встречаются не так уж часто. А некоторые из них в силу своей загадочности заслуживают отдельного внимания.

Тайна Агаты Кристи

Эта история, случившаяся почти век назад, до сих пор волнует умы литературоведов и других исследователей. В 1926 г. знаменитая английская писательница Агата Кристи при загадочных обстоятельствах исчезла из своего дома, а её пустующий автомобиль был найден на следующий день в соседнем городе. Исчезновение Кристи тут же стало главной темой для прессы: выдвигались различные версии, но ни одна из них не находила подтверждения. Закончилось всё неожиданно: спустя 11 дней писательницу обнаружили в одной из гостиниц. При этом она не могла ответить на вопрос, как туда попала...

Одни решили, что это было ловким рекламным ходом, призванным повысить продажи книг Кристи. Другие считали, что тут сыграли роль сложные семейные отношения писательницы, ведь она в то самое время планировала развестись с мужем.

А между тем, специалисты в области психиатрии полагают, что у знаменитости имелись признаки диссоциативного расстройства. Так нашли очевидцы, видевшие её бредущей по улице в лёгком платье

(была зима). При этом, женщина выглядела растерянной и была как будто не в себе. По мнению врачей, Кристи могла попасть в аварию. Скорее всего, физически она не пострадала (по крайней мере, внешне), но у неё могла развиться временная амнезия. Не помня, кто она такая и что с ней случилось, она могла поселиться в отеле, где постепенно и пришла в себя.

Исчезновение олигарха

На 3 сентября 1932 г. у успешного промышленника Раймонда Роббинса, близкого к правительственным кругам, была запланирована встреча с самим президентом США – Гербертом Кларком Гувером. Однако он так и не явился на аудиенцию в Белый дом. Чуть позже выяснилось, что Роббинс исчез. Накануне его видели выходящим из City Club на Манхэттене. После этого никто о нём ничего не слышал.

Спустя более чем 2 месяца, уже 18 ноября, Роббинс был обнаружен в небольшом городке, расположенном в горах Северной Каролины. Он жил там под чужим именем – Рейнольдс Роджерс.

Когда стало известно, где находится Роббинс, в городок приехали его родственники. Однако он никого из них не узнал. Только когда предпринимателя забрала жена, память стала понемногу к нему возвращаться.

По мнению медиков, амнезия и присвоение себе чужой личности стали результатом сочетания пережитого Роббинсом стресса.

Только музыка!

Не менее интересен случай британского музыковеда Клайва Уэринга. Он с трудом вспоминает собственное прошлое, а новую

информацию он запоминать вообще не в состоянии.

В марте 1985 г. 46-летний мужчина перенёс герпетический энцефалит. Эта болезнь вызывается редким видом вируса, поражающим нервную систему. В данном случае у пациента оказался повреждён участок мозга, передающий воспоминания из так называемой краткосрочной памяти в долгосрочную. Если отдельные куски из прошлого Уэринг ещё в состоянии вспомнить, то новые сведения хранятся в его памяти всего несколько секунд. Так, он знает, что у него есть дети, но не помнит их имён. Самое же парадоксальное заключается в том, что умение играть на пианино, как ни странно, никуда не исчезло...

Свадебные фото вместо воспоминаний

Англичанка Мишель Филпотс дважды с промежутком в 5 лет попадала в ДТП. Оба раза она получила травму головы. Последствия оказались достаточно серьёзными: у неё начались судороги и, в конце концов, женщине поставили диагноз «эпилепсия». К тому же, у несчастной развилась тяжёлая форма антероградной амнезии.

Выражался недуг в том, что наутро Мишель не помнила ничего из того, что происходило накануне. Чтобы помочь ей вернуть воспоминания, муж Мишель каждое утро показывает ей их свадебные фотографии. Кроме того, женщина перенесла несколько операций на головном мозге, но, несмотря на это, её состояние не улучшилось.

Вот такая вот странная вещь – память. И все эти эпизоды лишний раз доказывают, что наш мозг полон неисчерпаемых загадок.

Кирилл ОРЛОВ.

Владимир ПОЗДНЯКОВ.

По материалам Global Look Press.

Идеи

В совместном исследовании учёные из Университета Гронингена в Нидерландах и Пенсильванского университета в США выяснили, каким образом происходит потеря памяти при недостатке сна. Они впервые провели исследование на мышах, которое показало, что пятичасовой недостаток сна ведёт к потере сигналов между нейронами гиппокампа, области мозга, отвечающей за обучение и память.

кампа Ca1 числовые выражения обоих этих параметров существенно сокращались – дендриты были короче, наростов на них было меньше.

Затем учёные провели ещё один эксперимент, позволив мышам отоспаться в течение 3 часов – этот промежуток времени был выбран по итогам предыдущих исследований, которые показали, что его достаточно для восстановления функций мозга. Действительно, в итоге, дендритная

О пользе сна

Один из авторов научной работы, Роберт Хавекес пояснил: «Очевидно, что сон играет важную роль в функционировании памяти. Короткий сон помогает сохранить важные воспоминания. Однако гораздо менее ясно, как именно недостаток сна влияет на соответствующие функции гиппокампа».

Учёные предположили, что дело может быть в синапсах – структурах, позволяющих нейронам передавать сигналы между собой. Чтобы проверить эту гипотезу, исследователи изучили, какой эффект оказывает кратковременный недостаток сна на дендриты в мышином мозгу.

Сперва научные сотрудники использовали метод Гольджи, чтобы оценить длину дендритов и количество шипиков на них (это наросты, с помощью которых создаются синаптические соединения, передающие нервные импульсы). Обнаружилось, что если организму мыши не хватало 5 часов сна, то в регионе гиппо-

структура мозга таких мышей была аналогична структуре мозга других мышей, опыты с которыми не проводились.

На следующей стадии Р.Хавекес и его коллеги исследовали, как недостаток сна выглядит на молекулярном уровне. Они выяснили, что за изменение дендритной структуры несёт ответственность белок кофилин, уменьшающий или ведущий к полному уничтожению дендритных шипиков. Дальнейшие изыскания показали, что при блокировке этого белка в мозгу мышей с недостатком сна все негативные эффекты нивелировались. Учёные резюмировали, что теперь есть понимание, как работает механизм потери памяти при недостатке сна, а также – как этого избежать. Они подчеркнули, что открытие особенно важно в наше время, когда общество активно 24 часа в сутки 7 дней в неделю.

Марк ВИНТЕР.

По информации medicalxpress.com

Эксперименты

Кишечные бактерии борются с ожирением

Учёные из Университета Вандербильта провели исследование на мышах. Грызуны получали специально разработанные кишечные бактерии. Специалисты обнаружили, что бактерии предотвращали набор веса и защищали от негативных последствий ожирения для здоровья.

Бактерии, созданные исследователями, вырабатывают липиды, подавляющие аппетит и снижающие уровень воспаления. У людей с ожирением, как правило, концентрация этих липидов в организме снижена. В процессе эксперимента учёные кормили подопытных животных жирной

пищей. Мыши, которые пили воду с вышеупомянутыми бактериями, меньше прибавили в весе по сравнению с контрольной группой. Кроме того, у них появилось меньше жировых отложений.

Ещё специалисты давали бактерии грызунам, склонным к атеросклерозу и жировой болезни печени. У этих мышей благодаря бактериям, накапливалось меньше жира в печени, чем у животных, не получавших бактерии. Также у грызунов снизился уровень маркеров фиброза печени, и немного уменьшилось количество атеросклеротических бляшек.

Игорь САВЕЛЬЕВ.

По материалам Zee News.

Прогнозы

Приближается эпидемия сердечной недостаточности?

Учёные из Университета Ландспитали в Рейкьявике провели исследование и предсказали, что к 2060 г. число пожилых людей с сердечной недостаточностью утроится.

Согласно статистике, сердечная недостаточность – одна из самых распространённых медицинских проблем в мире. Риск сердечной

недостаточности значительно повышается на фоне коронарной болезни сердца, гипертонии, ожирения и диабета. Данные отклонения нередко диагностируют у пожилых людей. Так как мировое население продолжает стареть, учёные ожидают рост числа лиц с сердечной недостаточностью.

К середине столетия челове-

чество может столкнуться с настоящей эпидемией этого недуга. Так, к 2040 г. число пациентов с сердечной недостаточностью удвоится, а к 2060 г. – утроится. Это нанесёт сильнейший удар по системам здравоохранения разных стран.

Владимир ПОЗДНЯКОВ.

По материалам Global Look Press.

Случай

Не дожждётесь!

Житель Великобритании Виктор Марстон, который через полгода планирует отметить свой столетний юбилей, возможно, является самым возрастным пациентом, вылечившимся от рака.

В начале мая он перенёс операцию по удалению злокачественной опухоли кишечника. Примечательно, что В.Марстон борется с раком кишечника не в первый раз – за последние 8 лет это третья подобная операция.

Пожилый британец неожиданно почувствовал себя плохо и жаловался на боли в животе. После госпитализации врачи обнаружили у него опухоль кишечника и, несмотря на почтенный возраст пациента, приняли решение оперировать его. Как известно, хирурги зачастую отказываются проводить операции пожилым пациентам.

Специалисты из Королевской Борнмутской больницы отметили, что Марстон – определённо самый пожилой онкологический

пациент, которого им приходилось лечить.

Что характерно, В.Марстон вдовец. Он пережил свою жену, у которой диагностировали болезнь Альцгеймера, и дочь, которая умерла в 58-летнем возрасте от редкой формы рака лёгкого. Сейчас он оправился от операции и уже дома. Пожилой мужчина рад, что всё прошло успешно и сейчас он здоров, подчёркивая, что у него ещё «много дел».

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации telegraph.co.uk



Начало жизни...

Герберт Джордж Уэллс родился 150 лет назад, 21 сентября 1866 г. в городке Бромли, всё больше превращавшемся в пригород Лондона. Мать Берти (домашнее имя Уэллса) Сара Нил происходила из семейства протестантов, которое перебралось в Англию из Ирландии в поисках лучшей доли. Отец мальчика Джозеф Уэллс был не очень любящим своё дело садовником и превосходным крикетистом с весёлым и лёгким характером. Он часто выигрывал призы на соревнованиях и умел отгораживаться от всего неприятного. По свидетельству дневника Сары маленький Герберт во время крещения отчаянно вопил и брыкался, из чего было заключено, что вырастет он безбожником и бунтарём, что и случилось в самом деле.

Мальчишка был чрезвычайно вспыльчивым, дерзким и всё время нарывался на неприятности, задирая старших братьев. В 7 лет его отдали в школу и вскоре произошло событие, которое иначе как судьбоносным не назовёшь – он сломал ногу... Чего же тут хорошего? Два месяца, которые он провёл в гипсе, пошли Берти на пользу, потому что он пристратился к чтению. Юный школьник с головой ушёл в мир грёз (кое-кто из литературоведов полагает, что он из этого мира так и не вернулся).

Несмотря на пристрастие к книгам, среди сверстников парнишка изгоем не был: его уважали за умение рассказывать завораживающие истории и за бесстрашную стойкость в потасовках. В 13 лет он даже сочинил роман, в котором высмеивались короли и епископы, а также самостоятельно его проиллюстрировал. На следующий год школьное образование было завершено и Герберта отдали учиться на продавца в одном из магазинов в Виндзоре. Далее была работа помощником учителя. В круг обязанностей последнего входили уборка помещений. Мешало незнание латинского языка и Герберт брал уроки у директора школы Байета, заодно прослушав курс математики и самостоятельно изучив по учебнику физиологию. В 17 лет он договорился с Байетом и стал работать в его школе ассистентом-практикантом. Вскоре стал сам вести уроки математики, биологии, физики и химии. Герберт составил чёткую программу преодоления «сорняков в характере», а также самообразования и неукоснительно её придерживался. В автобиографическом романе «Любовь и мистер Люишем» этот распорядок жизни изложен детально... Поднимался наш герой по будильнику в 5 утра, на завтрак отведено было 20 минут, столько же отдавалось заучиванию отрывков из пьес Шекспира, а затем до 8 часов – занятие французским языком. Потом была школа с выполнением профессиональных обязанностей. Девизом жизни в этот период было придуманное им самим выражение «Ни одной минуты дьяволу с его искушениями. Только семидесятилетний старец имеет право и время на праздность...» Программа самообразования замечательно дополнила интеллектуальный багаж Уэллса. Он прекрасно усвоил идеи научных трудов Гумбольдта, Платона, Оуэна, Томаса Мора, Дарвина и полюбил сочинения графа Толстого. Поработав школьным учителем, Герберт решил замануться на высшее образование. В это время Министерство образования Великобритании в целях повышения квалификации учителей государственных школ учредило для них бесплатные вакансии в вузах. Уэллс ухватился за эту возможность.

Университетские годы

Нормальная научная школа (Normal School of Science), в которой стал учиться Герберт, имела три курса – биологический, геологический и физико-астрономический. На каждом обучении продолжалось год и, в случае успеха на экзаменах, студент переходил

В творческом наследии этого чрезвычайно плодотворного автора – энциклопедии и учебники, статьи и рецензии, трактаты и памфлеты, десятки повестей и романов самого разнообразного вида и различных жанров... Хорошо сказал о нём поэт и критик Норманн Николсон: «Сейчас не угадаешь, что будут думать об Уэллсе грядущие поколения, но несомненно одно: они обязательно будут о нём думать. Мы заявляем об этом не только потому, что восхищаемся им и надеемся, что он займёт своё место в умах людей, мы в это твёрдо верим. Впрочем, мы тем самым показываем себя людьми меньшего масштаба, чем Уэллс, которому на всё это было наплевать... Литературовед и знаток театра Юлий Кагарлицкий

Далёкое – близкое

Игры разума
Герберта Уэллса

150 лет назад родился этот великий фантаст – создатель портрета «продвинутого» врача



на другой курс и в итоге мог получить через 3 года желанный университетский диплом. Нашему герою крупно повезло с Учителем. Им стал знаменитый Томас Генри Хаксли (Гексли) – «цепной пёс дарвинизма». Среди его самых замечательных потомков – писатель Олдос Хаксли, физиолог и нобелевский лауреат Эндрю Хаксли и первый генеральный директор ЮНЕСКО Джулиан Хаксли.

Герберт трудился с утра до глубокой ночи, не только восполняя пробелы в знаниях, но и изо всех сил стараясь преодолеть печальный комплекс социальной неполноценности. Он стал членом Дискуссионного клуба Нормальной школы и вскоре числился лучшим его оратором. Учебный год окончен был по первому разряду, то есть не менее 80% оценок были отличными. Воодушевлённый живым примером Хаксли, Уэллс надеялся со временем стать профессором зоологии, однако жизнь распорядилась по-другому. Значительную роль в формировании Уэллса как личности сыграл и некий, ныне забытый, Уильям Моррис (1834–1896). Этот чрезвычайно одарённый человек был поэтом, писателем, художником, архитектором и владел неисчислимой бездной ремёсел. Моррис создал одну из первых социалистических организаций Англии, и Герберт искренне заинтересовался, с лёгкой руки Морриса, социализмом. К тому же Моррис много говорил с Уэллсом об искусстве, к которому Герберта всё больше и больше тянуло.

Писательство как судьба

Новелла, с которой всерьёз стартовала литературная карьера Уэллса, называлась «Препарат под микроскопом». Она была напрямую связана с периодом интенсивных

отмечал: «...Он открывается нам не только как наблюдатель с острым взглядом, но и как активный участник общественных событий... Его вклад в развитие научной фантастики, гуманизм и сила предвидения, заключённые в его лучших книгах, свидетельствуют о его значении как истинного, незаурядного художника слова». Современный американский историк Пол Крабтри проанализировал «предвидения» Уэллса и подчеркнул, что примерно 80% прогнозов автора «Пищи богов» и «Человека-невидимки» сбылись полностью, а 60% при этом сбылись с большой точностью... Чрезмерной скромностью фантаст не страдал и когда его однажды назвали гением, тут же отреагировал: «Да, я гений»...

занятий нашего героя биологией. А самым популярным рассказом той поры стала новелла «Похищенная бацилла», в которой повествовалось о террористической угрозе развития эпидемии холеры в Лондоне. Масштабное теоретическое мышление Уэллса, его блестящая образованность и недюжинные способности, кои раскрылись уже в относительно молодом возрасте, сформировали из него настоящего мастера слова.

Это в полной мере подтвердил первый роман «Машина времени». Книга одновременно вышла в свет в США и Англии и имела неслыханную популярность. К Герберту Уэллсу пришли все виды успеха: художественный, материальный и светский. В письме к матери он отметил: «Приятно всё-таки почувствовать себя чем-то стоящим после стольких лет непрерывных усилий и разочарований». После первого успеха как из рога изобилия стали выходить фантастические и социально-бытовые романы, которые востребованы и в наши дни. Многие из них экранизированы. Навскидку, назовём некоторые из наиболее известных: «Остров доктора Моро», «Человек-невидимка», «Первые люди на луне», «Колёса фортуны», «Война миров». Фантастика его не была похожа на произведения всемирно известного Жюль Верна. Уэллс называл себя последователем Свифта и интересовала его, в целом не наука, как таковая, а человечество и его проблемы. И все его произведения стали не социальными памфлетами и не иллюстрациями новейших открытий, а представляли собой превосходную беллетристику — остросюжетную, отлично сконструированную и, что очень важно, оригинальную.

Он писал: «Фантастический элемент – о необычных ли частностях идёт речь или о необычном мире – используется только для того, чтобы отвлечь и усилить обычное наше чувство удивления, страха или смущения...». Этот уэллсовский приём позже использует и Франц Кафка, и Станислав Лем, и даже автор современных бестселлеров Стивен Кинг. Со временем Герберт Уэллс глубоко убедился в том, что «...наука, искусство, литература – это оранжерейные растения, требующие тепла, внимания и ухода. Как это ни парадоксально, наука, изменяющая весь мир, создаётся гениальными людьми, которые больше, чем кто бы то ни было другой, нуждаются в защите и помощи».

Уэллс мыслил масштабно и глобально, предлагая в своих статьях, рецензиях и книгах исходить в качестве базисного посыла любой научной дисциплины из интересов космополиса, а не отдельной нации. Он всячески отстаивал мнение о ведущих факторах распространения и развития человеческих групп в истории, рассматривая ключевое влияние заболеваний, эпидемических и климатических условий, что особенно интересно нам, представителям медицинской профессии.

Вот что он с тревогой писал ещё на заре XX века: «... уже на самых первых страницах своей биологической истории человек предстаёт как враг самому себе и всему живому. Подумать только, какими незначительными хозяевами были наши предки! И мы ничуть не лучше их. А всё потому, что не извлекаем уроков из истории. Человек вырубает и выжигает леса, истощает почву, уничтожает редких животных...» Уэллс уже тогда призывал к экологически продуманному глобальному мироустройству.

Современные события дают богатую пищу правомочности тогдашних взглядов Уэллса на важную биологическую и экологическую составляющую мирового исторического процесса. Он обладал даром истинного прозорливца... Дадим слово ему: «Я ограничиваю себя исключительно тем, что считаю возможным. Я не хватаюсь за любую смелую идею, какая только мне придёт в голову, я не ишу сенсаций. Я рисую будущее таким, каким, насколько я могу судить, оно и будет. Я отлично сознаю слабость своего воображения и готов допустить, что, говоря о будущем, могу ошибаться. Но утверждаю, что перемены, мною предсказанные, – ничто по сравнению с тем, что действительно произойдёт в течение ближайших двух столетий».

На протяжении своей долгой творческой жизни Уэллс опубликовал 73 произведения, из них 17 научно-фантастических, 22 реалистических, 2 в смешанных жанрах, а остальные имели чисто научный или публицистический характер. Он поистине стал живым классиком, способным и в XXI веке сказать что-то действительно важное и нужное людям.

Великий человек умер 13 августа 1946 г., а через 3 дня его тело кремировали. Известный писатель-реалист Джон Бойнтон Пристли, который считал Герберта Уэллса своим учителем, произнёс над его гробом речь о «великом провидце нашего времени». По мнению Пристли, великий фантаст учил людей ничего не принимать на веру и постоянно задавать во-

просы жизни. При этом Пристли замечал, что кто такой на самом деле Уэллс, сказать совершенно невозможно. Слишком он многогранен, слишком многосторонен. Спустя год после кремации сыновья Уэллса, исполняя его последнюю волю, рассеяли прах покойного с острова Уайт по волнам Ла-Манша.

Уэллс трижды побывал в России, встречался с Лениным и Сталиным. Написал книгу «Россия во мгле» и был очень близок со знаменитой «железной женщиной» российского происхождения баронессой Марией Игнатьевной Бенкендорф (Бутберг), о которой написала интересную романтизированную биографию Н.Берберова. О значении Герберта Уэллса неплохо сказал его современник фантаст Карел Чапек: «Он никогда не будет принадлежать исключительно истории литературы, в равной и, возможно, ещё в большей степени он войдёт в историю человеческого прогресса».

«Сделать это
смогут врачи...»

Мы были бы совершенно не правы, если бы упустили из виду отношения нашего героя к медицине. В его «Рассказе о грядущих днях» изображён некий «продвинутый» врач, который профессионально служит капиталистическому социуму, но противопоставляет эксплуататорам идеи своего «класса образованных людей»... Эскулап лелеет надежду, что настанет время и власть перейдёт к мыслящей интеллигенции, которой будет принадлежать вся планета. Уэллс утверждает, что мир неизбежно погибнет, если оставить для него ту же борьбу всех со всеми и бесплановость. Писатель против революционной борьбы, он – за эволюцию и диктатуру науки. Называя себя социалистом, Уэллс отрицает «социализм угодливости».

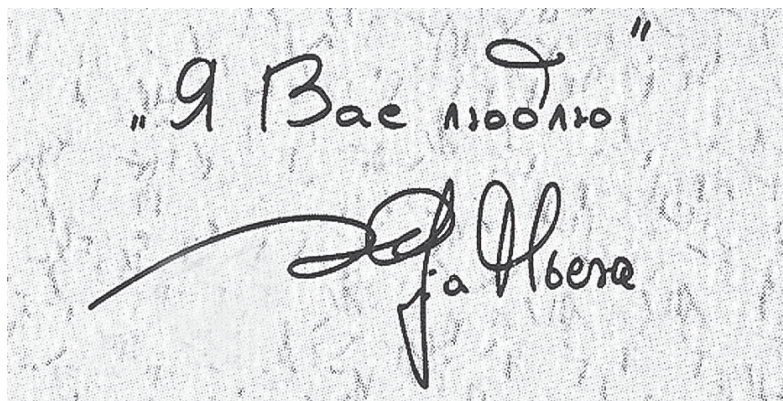
В уста врача вкладываются слова о том, что грядущее общество надо строить на основе преодоления человеческой ограниченности, эгоизма и беспорядочности. И сделать это смогут врачи, учителя и научно-техническая интеллигенция. В футурологическом трактате «Человечество в процессе созидания» Герберт Уэллс выступает как противник евгеники. Аргументы его таковы. Хорошо, конечно, было бы, если бы разномыслились лишь достойные личности, а недостойные оставались бесплодными. Однако кто и как сможет решить вопрос о том, что именно достоин, а кто – нет. Красота, крепость тела и интеллектуальность – все эти критерии весьма отвлечённые и субъективные. Науке той поры было неизвестно (как не очень ясно и сейчас), насколько генетически детерминированы как позитивные, так и негативные свойства личности, возможность развития пограничных состояний и преступных наклонностей. Не евгенический контроль за рождаемостью, а разумное и достойное воспитание – вот ключевой способ возвращения достойных граждан будущего по Уэллсу.

В одной из своих работ он подчёркивал: «Работа, ожидающая человечество, заключается в расширении способов человеческого общения, в освобождении и углублении человеческого мышления, в более жизненном пользовании опытом и в усилении научного исследования». Для медиков особо важно то, что всё творчество Уэллса носит исключительно жизнеутверждающий характер и несёт в себе потенциал веры в торжество интеллекта, воли и духа людей, кои не позволяют сбыться самым негативным пророчествам, высказанным этим уникальным автором в его многочисленных книгах, необычайно востребованных и в наше время.

Николай ПЕРЕСАДИН,
профессор.

Воронежская область.

Народную артистку Советского Союза, почётного гражданина России Эдиту Пьеху мы застали на гастролях в Нижнем Новгороде, а затем в Санкт-Петербургском концертном зале «Октябрьский» она отметила своё 80-летие, на которое пригласила корреспондента «МГ». Любимица миллионов людей в нашей стране и за её пределами полна сил и, по сложившейся традиции, каждый год свой день рождения справляет вместе со зрителями, как она говорит, своими друзьями, стоя на сцене. Творческому долголетию Эдиты Станиславовны позавидовал бы любой её коллега. Исполнительница любезно выделила для нас время в своём гастрольном графике.



Эдита ПЬЕХА:

Обижать своих слушателей я никому не позволю

— Эдита Станиславовна, последний раз мы встречались в 2005 г. и вы тогда сказали, что своим жизненным девизом считаете песню своего третьего супруга Владимира Полякова на стихи Бориса Дубровина «Я хочу всю жизнь начать сначала». Что-то изменилось с тех пор?

— Я вас поправлю. Поляков в тайне от меня покупал песни, поскольку был очень богат и считал, что всё в этой жизни покупается и продаётся и хотел, по-видимому, занять композиторскую нишу Александра Броневницкого. Музыку к песне, о которой вы говорите, в действительности написал очень талантливый музыкант по фамилии Федорков. Он автор ещё десятка песен, которые Поляков выдавал за свои. Неправду говорят, что третий муж ушёл от меня, это я от него ушла, узнав, какие неслыханные мифы он вокруг себя выстраивал, обманывал не только меня, но и мою публику. Обижать своих слушателей я никому не позволю, зритель для меня — святое. Перед свадьбой с Поляковым у меня было полно надежд, но я очень ошиблась. Ужасно, что на шестом десятке я связала судьбу с таким человеком. Ну, а что касается сейчас моего жизненного девиза (о чём вы спросили), то это песня Александра Морозова на стихи Михаила Рябинина «А жизнь продолжается», она была моей «Песней-79».

Кстати, хотя я была участницей всех «Песен года», однако с 2006 г. на этот фестиваль меня приглашать перестали, но я по этому поводу особо не переживаю, пусть другие попоют.

— Справедливо ли по отношению к памяти вашего первого супруга, Броневницкого, который дал вам путёвку в жизнь то, что альбом «Эдита Пьеха поёт песни Владимира Полякова» вышел в 2000 г., а диск «Эдита Пьеха поёт песни Александра Броневницкого» лишь 11 лет спустя?

— Мне, в первую очередь неприятно, что вы провели такую параллель. Броневницкий создал меня. А за диск, изданный в 2000 г. Поляков опять же заплатил, иначе альбом бы не вышел первым. Конечно, факт несправедливый.

— Если бы сейчас был жив ваш главный наставник А.Броневницкий, что бы он сказал о нынешней Пьехе?

— Несмотря на то, что он был очень требовательным, сейчас я бы ему понравилась, он бы, я полагаю, сказал: «Ты молодец, не состарилась».

— В 90-х вы как-то пришли на день рождения Аллы Пугачёвой, вышли на сцену, подарили шикарный букет и сказали очень много тёплых слов в её адрес, на что она с пренебрежением вам ответила «Вечная вы наша», обиделись?

— Поступила она так со мной в силу своей испорченности. Я не обиделась, а восприняла это с деликатностью и холодностью.

Хотя я и стараюсь забывать всё плохое и нехороших людей (мой девиз «Помню только хорошее»), этот эпизод, как ни пытаюсь, забыть не могу. Ещё было очень обидно, когда в 90-е годы Борис Ельцин одновременно вручил Пугачёвой орден «За заслуги перед отечеством» II степени, а мне — IV. Хотелось отказаться от награды, но я этого делать не стала.

— Могли бы сейчас провести вечер памяти А.Броневницкого — композитора, который вашу звезду и зажёл?

— Не хочу. Как человеку очень скромному, теперь ему бы это не понравилось. Провела я такой вечер в 1989 г. в зале «Октябрьский».

Тогда он был очень уместен. А на вечер его памяти, проведённый в 1998 г. я не пошла, поскольку тогда солисты «Дружбы» затеяли мероприятие в обход меня и пригласили Пьеху, как свою вечную солистку. Своим отказом я расставила всё по своим местам: коллектив был при мне, а не я при коллективе. А сейчас затевать такой вечер боюсь ещё и потому, что вдруг зал Аллы будет полупустой? И потом, в любом моем концерте неизменно по сей день есть блок песен Броневницкого.

— Но ведь есть композитор, который написал для вас песен больше, чем А.Броневницкий...

— Да, Оскар Борисович Фельцман, знаю, что была его любимой певицей. Исполняю больше двад-

цати его произведений. Выступала на всех без исключения творческих вечерах Озарчика. Чего стоит только его «Огромное небо». Я эту балладу пела и в Афганистане перед Наджибуллой, Тараки, Бабрак-Кармалем, исполнила её также в Софии, это был 1968 г., получила тогда на конкурсе за «Огромное небо» три золотых медали: для себя, Оскара Борисовича и Роберта Рождественского. Кстати, перед выступлением меня не предупредили, что это будет конкурс, зная, как я боюсь подобных состязаний. Всегда очень волнуюсь, любое выступление для меня экзамен.

— Почему дочка и внук исполняют очень мало ваших песен?

— По какой причине не поёт их дочка — понятия не имею. А Стас исполняет три моих песни: «Город детства», «Найди меня» и «Мама».

Я тоже пою его произведение «Возьми моё имя». Но сможет ли Стас продержаться на сцене как я, 60 лет, сказать не могу и есть ли у него подобный потенциал — не знаю.

— Вы много раз говорили о своей нелюбви к патристической песне Владимира Мигули на стихи Александры Очировой «Россия», которая была вашей «Песней-95» и стала в 90-е годы в вашем исполнении особенно известна, почему изменилось отношение к этому произведению?

— Бывает, покупает в магазине женщина платье, при примерке ей кажется, что оно пойдёт, а придя домой, она понимает свою неудачу, также и с этой песней: много раз выносила на суд публики, очень старалась и вдруг поняла, что это мимо. Плохие песни я стараюсь забывать, как нехороших людей, а иду по жизни с теми песнями, в которых сказано обо всех людях вместе и о каждой судьбе в отдельности.

— Сейчас пародию на Пьеху не делает разве что ленивый, как вы относитесь к подобным выступлениям артистов?

— Очень плохо. Мне совершенно не нравятся пародии на меня, и я с недавнего времени стараюсь их попросту не смотреть.

Удачно изображал меня только пародист Чистяков, впоследствии трагически погибший. Вообще люди, которые, пусть и от всей души, стараются спеть мои песни как Пьеха, напоминают мне беспомощных котят, играющих с клубочком. А вот к анекдотам про себя отношусь очень хорошо, пусть даже и к ругательным.

— Не секрет, что вы часто выступаете в гей-клубах...

— Выступала я в таких заведениях в Санкт-Петербурге, Москве и Киеве, оказываюсь я в этих клубах не случайно.

Эти люди как никто чувствуют и любят Пьеху, они на редкость музыкальные. А их личная жизнь меня не касается.

— Что в мужчинах цените больше всего?

— Разум. Глупый мужчина в моих глазах вообще ничего не стоит.

— А тяжело ли быть мужем Пьехи?

— Не знаю. Мужей моих надо спросить. Хотя второй супруг, Геннадий Шестаков, неоднократно причитал: «Я не хочу быть мужем Пьехи». Но и не мог быть таковым, потому что был слишком слаб.

— Есть сейчас рядом с вами друзья?

— Это два моих однокурсника — Борис Ширяев и Нина Бахарева, она же автор книги «Эдита Пьеха. Признание в любви».

Вообще, в Санкт-Петербурге мне сейчас грустно из-за того, что многие друзья уже ушли в мир иной, поскольку были старше меня лет на 15-20.

— За долгие годы выступлений не надоело во время исполнения оптимистичных песен надевать на себя жизнерадостную маску?

— А это не маска. Я привыкла радоваться в жизни даже самому пасмурному дню. Хотя случаются, конечно, и у меня серые будни, которые заставляют расстраиваться

и плакать, но я нахожу в себе силы не поддаваться унынию.

Несмотря на то, что много лет назад я спела песню «Нам рано жить воспоминаниями», именно воспоминания дают мне силы идти по жизни дальше.

— А песни молодых авторов будете включать в репертуар?

— Как обычно, охотно. Кстати, когда-то именно со мной начинал творческий путь совсем юный Игорь Николаев.

Он написал для меня песню «Этот вечер», которой я иногда открывала концерты и «Третий звонок».

Мы сотрудничали до тех пор, пока Николаев не оказался в более надёжных руках Аллы Пугачёвой.

— Вам случалось работать в сольных концертах под фонограмму?

— Плохо, если артист исполняет под «фанеру» все песни до единой. А если только несколько, почему бы и нет? Так получилось, что в 1998 г. к концерту, посвящённому zaloжению моей именной звезды у ГЦКЗ «Россия», готовиться было некогда, меня просто поздно поставили в известность о намечаемом торжестве. Поэтому в большинстве номеров я «фанерила», а большой эстрадно-симфонический оркестр позади меня делал вид, что играет. А вообще, сделать хорошую фонограмму — тоже большое искусство.

— Как вам так долго удавалось оставаться певицей для всех поколений зрителей?

— Я к этому не стремилась, наоборот, всегда помнила поговорку «Не солнышко — всех не обогреешь».

А в результате, сегодняшние молодые люди подходят ко мне на сцене с просьбами спеть песни, на которых они выросли. Задержалась, как видите, очень надолго. Я — достаточно скромный человек и удивляюсь, как прижилась в сегодняшнем мире шоу-бизнеса. Меня как человека того времени, когда публика решала всё, а не реклама и, ни в коем случае, не деньги, нынешнее положение дел на эстраде ужасает. Конечно, эстрада будет существовать и в дальнейшем, но уже совсем в другом качестве. В те времена, когда был «железный занавес», говорили, что эстрада — это цыганщина, не признавали её, хотя как раз тогда она и являла собой настоящее искусство. Ну а сейчас всё наоборот: очень мало вижу представителей эстрадного жанра, которые несут духовность.

— Так спета ли лучшая песня Эдиты Пьехи?

— Сейчас уже, наверное, да. Это песня Александра Флярковского на стихи Роберта Рождественского «Стань таким».

Беседу вёл Иван МАГЕР, корр. «МГ».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии — А.ПАПЫРИН.

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

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

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

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.

E-mail: 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 № 16-08-00387 Тираж 28 481 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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