

Медицинская

20 ноября 2015 г.
пятница
№ 87 (7609)

Газета®

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

Сотрудничество

Ретинопатия: китайский интерес

Офтальмологи двух стран совместно помогают больным детям обрести зрение



В Калужский филиал «МНТК «Микрохирургия глаза им. С.Н.Фёдорова» для овладения методиками оказания высокотехнологической офтальмологической помощи детям с ретинопатией недоношенных (РН) прибыли ведущие китайские учёные из Харбинского медицинского университета – профессор Юй Сюйхуэй и врач Бай Цзе.

Как сообщил корреспонденту «МГ» директор филиала доктор медицинских наук Александр Терещенко, китайским коллегам предоставлена возможность прослушать курс тематических лекций по организации мониторинга, диагностического обследования и лечения ретинопатии недоношенных. Гости изучают и диагностические методики для выявления РН (обследование на ретинальной камере Ret Cam, компьютерную

Китайским офтальмологам есть чему поучиться у коллег из Калуги

морфометрию, флуоресцентную ангиографию), и методики лечения (паттерную лазеркоагуляцию сетчатки, раннюю витреоретинальную хирургию недоношенных детей) и намерены ассистировать калужским врачам во время их операций в детском отделении.

Курировать обучение и практику китайских специалистов будет заведующая отделением кандидат медицинских наук Ирина Трифаненкова, которая накануне побывала в Харбине, где выступила с докладом по РН на конференции.

Проблема ретинопатии недоношенных стоит в мире очень остро. Её решение требует тщательной подготовки кадров, а также полного взаимодействия с перинатальными центрами и отделениями выхаживания недоношенных. В Калужском же

филиале МНТК система осмотра, ранней диагностики, выявления и своевременного лечения РН на ранних стадиях является примером такой офтальмологической помощи.

Помощник генерального директора «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова» по международным связям Виталий Кордаш сообщил, что нет сомнений в высоких результатах научно-практического сотрудничества калужских и харбинских офтальмологов в противостоянии ретинопатии, что позволит детям обрести зрение.

Владимир КОРОЛЁВ,
спец. корр. «МГ».

Калуга.

Подробнее о ретинопатии недоношенных «МГ» расскажет в ближайших выпусках «Конспекта врача».

Юрий БЕЛЕНКОВ,
заведующий кафедрой
госпитальной терапии Первого
МГМУ им. И.М.Сеченова,
академик РАН:

Минусом университетских клиник является отсутствие скоропомощных больных.

Стр. 7



Клаудио ГАЛЛИ,
доктор медицины (Италия):

Госпитальная летальность у женщин при сердечно-сосудистых заболеваниях почти вдвое выше, чем у мужчин.

Стр. 10

Дмитрий ХАСПЕКОВ,
заведующий отделением
торакальной хирургии московской
ДГКБ Святого Владимира:

Под угрозой забвения и развала целая школа детской торакальной хирургии.

Стр. 11



Итоги

Инфаркту и инсульту – нет!

За 9 месяцев этого года в Воронежской области отмечено снижение уровня смертности от болезней системы кровообращения на 10,3%. А за последние 7 лет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в регионе уменьшилась почти на 40%. В чём, как говорится, секрет?

Второй год на территории области реализуется межведомственный проект «Живи долго!» с разделом «Инфаркту и инсульту – нет!». Дополнительно к плановой диспансеризации в медучреждениях, в ходе мероприятий проекта проводятся массовые скрининговые исследования, что позволяет увеличить охват населения ранней диагностикой сердечно-сосудистых заболеваний.

Широко используются мобильные формы работы. Здравоохранение региона оснащено 5 мобильными комплексами, в каждой медицинской организации работают мобильные бригады, организованы регулярные выезды ведущих специалистов области в сельские районы. За время реализации направления «Инфаркту и инсульту – нет!» состоялось более 1,5 тыс. акций, обследовано около 500 тыс. человек. Отклонения в показателях здоровья выявлены у 25% граждан, каждому из них даны рекомендации, а при необходимости проведено углублённое обследование и назначено лечение.

Все этапы профилактики, выявления и лечения болезней сердца и сосудов на территории области объединены в единую систему, основой которой является созданная в рамках Нацио-

нального проекта «Здоровье» инфраструктура сосудистых центров. Сегодня в Воронежской области действует 10 первичных сосудистых отделений и один региональный сосудистый центр. Такая организация работы позволила обеспечить практически 100% госпитализацию пациентов с инсультами в специализированные отделения. На сегодняшний день объём тромболитической терапии, включая догоспитальный этап, выполняемый на территории области, превышает среднероссийские показатели в 1,5 раза.

Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями на всех этапах медицинской помощи находятся под постоянным контролем медицинских специалистов с помощью телемедицинских технологий и дистанционного консультирования. В региональном сосудистом центре постоянно внедряются новые методы, наращивается практика их использования, поэтому в Воронежской области за последние годы более чем в 8 раз увеличилось количество операций при инсультах и в 3 – при сердечно-сосудистой патологии. Для своевременной эвакуации пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями привлекаются ресурсы Центра медицины катастроф. В частности, в рамках государственно-частного партнёрства используются 2 вертолёта лёгкого класса. Координация и маршрутизация эвакуации проводится ежедневно.

Оксана КОЗЛОВА,
сотрудник Департамента
здравоохранения
Воронежской области.

Инициатива

Дело чести каждого

Региональный этап Всероссийской антинаркотической акции «Сообща, где торгуют смертью!» стартовал в Омской области. Его проведение курирует территориальное Управление Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков.

Цель акции – привлечь внимание общественности к противозаконной деятельности по распространению наркотических средств и веществ среди различных групп населения, и в первую очередь – в молодёжной среде.

Ведь зачастую, что не секрет, даже наркотиками, не говоря о вредных курительных смесях, торгуют чуть ли не в открытую, а многие становятся очевидцами так называемых закладок. Да и употребление наркотиков в большинстве случаев проходит не за закрытыми дверями, а в подъездах и на лестничных клетках жилых домов, на заброшенных строительных площадках, и сообщить о таких «злых» местах – дело чести каждого порядочного человека. Такая профилактика наркомании очень

эффективна, она снижает как число зависимых от наркотических средств, так и число вовлекаемых в преступную деятельность по их распространению.

На время антинаркотической акции, которая продлится две недели, в Управлении Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков в Омской области, в его межрайонных отделах, а также в других правоохранительных структурах и медицинских учреждениях выделены специальные телефонные линии для оперативной информации и консультирования наркозависимых по вопросам лечения и реабилитации.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Новости

Цены на лекарства заморожены

С начала 2015 г. на лекарственное обеспечение жителей Ульяновской области выделено более 800 млн руб. Данный вопрос находится на особом контроле губернатора Сергея Морозова.

Глава региона подписал с государственной аптечной сетью АО «УльяновскФармация» соглашение о «заморозке» цен на 20 наименований препаратов до конца года. Кроме того, на лекарства для детей до 6 лет в сети, кроме аптек социального формата, предоставляется 5% скидка на 10 востребованных медикаментов.

По словам заместителя председателя регионального правительства – министра здравоохранения Павла Дегтяря, специалисты профильного ведомства провели процедуру закупок 47 видов лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания на общую сумму 26 млн руб. Данный товар уже начал поступать в региональные аптеки.

– В первую очередь, в соответствии с заключёнными контрактами в аптечную сеть закупаются инсулины, различные медицинские изделия, – отметил министр.

По поручению губернатора с целью повышения доступности лекарственной помощи продолжает расширяться сеть государственных аптек.

На стадии лицензирования находится первая «семейная аптека», где будет существенно расширен ассортимент продукции для молодых мам и детей.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

Стратегический взгляд на инфекции

В Алтайской краевой клинической больнице состоялась межрегиональная научно-практическая конференция «Инфекционные болезни Алтайского края-2015». В её рамках на дискуссионных площадках обсуждался такой значимый документ, как «Стратегия борьбы с особо опасными инфекциями». В его разработке приняли участие врачи инфекционисты, эпидемиологи, микробиологи, терапевты и специалисты санитарно-эпидемиологической службы региона.

Главный инфекционист Алтайского края, руководитель региональной Ассоциации инфекционистов Алтайского края Валерий Шевченко отметил:

– Для предотвращения случаев заноса инфекций необходимо оперативное взаимодействие специалистов различных структур и ведомств, включая Роспотребнадзор, инфекционную, эпидемиологическую и лабораторную службы.

Наша территория граничит с природным очагом чумы в Республике Алтай, где в последние годы отмечалось осложнение эпизоотии эпидемиологической обстановки, и в 2014 г. был выявлен случай заболевания чумы среди людей. Такое соседство повышает риск заноса. А значит, нам всем надо быть предельно бдительными ради сохранения здоровья наших земляков...

Алёна ЖУКОВА.

Барнаул.

100 будущих врачей сдали кровь

В очередной раз на базе Самарского государственного медицинского университета прошла традиционная осенняя донорская акция под девизом «Кровь медиков во благо жизни!» Но не всё в этот день было привычно. Активистами студенческого научного общества СамГМУ была внедрена инновация – впервые регистрация студентов, желающих вступить в донорское сообщество, проходила за несколько дней до мероприятия, что позволило донорам выбрать удобное время для сдачи крови и максимально быстро пройти все этапы.

Также у всех желающих была возможность вступить в регистр потенциальных доноров костного мозга, который базируется на Самарской областной клинической станции переливания крови. Для многих пациентов с тяжелейшими заболеваниями каждый новый потенциальный донор, вступивший в регистр, это новый долгожданный шанс на спасение. После беседы со специалистами станции 16 студентов-медиков изъявили желание сдать кровь на типирование.

Радуется, что в очередной раз руку помощи протянули молодые специалисты – будущие врачи. В итоге в донорской акции приняли участие 100 студентов-медиков, 16 из которых пополнили регистр потенциальных доноров костного мозга.

Наталья ЗАЙЦЕВА.

Самара.

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

Тенденции

Чтобы помощь пришла вовремя

Постоянная готовность – будни медицины катастроф Ставропольского края

Действительность постоянно причудит нас к тому, что она порой страшнее любого триллера, а в сводках новостей ключевыми словами являются «взрыв», «пожар», «обрушение здания»... Прибавьте сюда ещё и природные катаклизмы – обстоятельства непреодолимой стихии: наводнения, ураганы... За примерами далеко ходить не надо: в начале ноября Северный Кавказ испытал подземные толчки магнитудой от 3 до 5 баллов по шкале Рихтера. Трещали стены домов, тряслись деревья.

А по иронии судьбы, буквально через 2 дня территориальный Центр медицины катастроф Ставропольского края на базе автовокзала Кисловодска провёл совместно с взаимодействующими службами города тактические учения.

По специальной команде диспетчер автовокзала передал информацию об угрозе, после чего



В ходе комплексной тренировки был задействован вертолёт МЧС

была начата эвакуация людей. Одновременно с этим сотрудники автовокзала стали оказывать первую помощь «пострадавшим». Далее начали прибывать формирования экстренных служб: полиция, спасатели, пожарные, скорая помощь. Условным пострадавшим была оказана медицинская помощь с дальнейшей госпитализацией (опять же условной) в ЦРБ Кисловодска.

– Быть готовым к катастрофам нужно каждый час, – рассказывает директор ЦММК Ставропольского края Эдуард Кочаров. – Наши будни – это постоянная подготовка медицинских формирований к чрезвычайным ситуациям. Поэтому у нас постоянная готовность, в праздничные и выходные дни настороженность усиливается. В зависимости от профиля ЛПУ формируются бригады различного предназначения: сестринские, доврачебные, специализированной



Л. Арестов (в центре) во время учений

медицинской помощи, личный состав медпунктов, медицинских постов, сандрюжины и т.п. В течение года – учения, тренировки.

Основная деятельность ЦММК сводится к обучению и контролю практических навыков.

– В составе нашей структуры работает образовательно-методический центр – Школа

медицины катастроф, в котором проводится обучение сотрудников МЧС, ГИБДД, спасателей, пожарных, преподавателей образовательных учреждений, водителей транспортных средств, населения правилам оказания пострадавшим первой помощи, – продолжает нашу беседу заместитель директора по медицинской части Леонид Арестов, хирург с 35-летним стажем. – Первая помощь – это

устранение угрозы жизни: остановить кровотечение, обеспечить проходимость верхних дыхательных путей, сделать искусственное дыхание и т.д. Врачей этому обучать не надо: они этим всю жизнь занимаются, а вот людям других профессий эти знания просто необходимы. Например, инспектор ГИБДД первым приезжает на место ДТП, и многое в оказании первой помощи зависит именно от него. Любой такой случай может стать трагедией, если вовремя не оказать квалифицированную первую помощь. Мы проводим занятия и в своём учебном классе, который прекрасно оборудован, и с выездом на места. Например, на днях едем в Ипатовский район, туда подтянутся преподаватели по обеспечению безопасности жизни из соседних районов. Это всё – обязательные группы, и они проходят обучение бесплатно.

Министерство здравоохранения

Ставропольского края пару лет назад выделило для ЦММК средства, на которые было закуплено самое необходимое: 2 санитарных машины класса «Б», пассажирская «Газель», различная медицинская аппаратура – дефибрилляторы, кардиографы, наркозно-дыхательные аппараты, портативные аппараты УЗИ.

Но существуют проблемы, и немалые. Например, уже не один десяток лет идёт волокита с определением статуса здания, в котором сегодня находится ЦММК. Юридически это «бесхозная незавершёнка», на которую регистрационная палата не может выдать право собственности. В итоге государство судится само с собой в лице разных юридических структур.

Сотрудники ЦММК обязательно просили акцентировать внимание и на других вопиющих фактах, с которыми приходится сталкиваться в повседневной деятельности. Так, например, во время плановых учений в аэропорту Ставрополя транспорт медицины катастроф не пропускали на территорию аэропорта к месту проведения учений, тем самым игнорируя государственные интересы. Понятно, что аэропорт – предприятие режимное, но организация допуска аварийных и оперативных служб должна быть обеспечена на высшем уровне. Ведь в случае реальной ЧС такая позиция будет означать ни много ни мало – потерянные жизни пассажиров, да и самих работников аэропорта. Слава богу, такие казусы – исключения из правил. А в остальном всё терпимо и даже хорошо. «Хорошо» – это оценка учений на автовокзале города-курорта Кисловодска.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Кисловодск – Ставрополь.

Фото автора.

Особый случай

Врачи тысячекоечной больницы Владивостока совершили чудо, проведя сложнейшую операцию по спасению жизни 6-летнего мальчика из приморского посёлка Новонезино. Он получил серьёзную черепно-мозговую травму, и шансы выжить у него были минимальные.

...Мальчик играл у железной дороги, когда ему в голову попал камень из-под поезда. Экстренную помощь ребёнку оказали в местной больнице, однако дальше требовалось вмешательство краевых специалистов. Во Владивостоке спасали маль-

Вернули «на землю» с лёгким дефицитом...

Шансы выжить у мальчика были минимальные

чика сразу несколько врачей из клинической больницы № 2: нейрохирурги, детские окулист и челюстно-лицевой хирург, а также реаниматологи.

Травма была крайне серьёзной: открытая сочетанная черепно-мозговая травма с повреждением левого глаза и переломами костей лицевого черепа. Оболочки глаза были разорваны. Открытая рана имела глубину до 6 см.

По словам Владимира Моисеенко, заведующего 2-м нейрохирургическим отделением больницы, очень важно было тщательно обработать поражённый глаз. Если бы это вовремя не было сделано, воспаление по нервам могло перекинуться на соседний. Вместе с коллегой Оксаной Суздальной он выполнил свою часть операции: врачи произвели устранение переломов,

отмыли детрит головного мозга. Разрушение мозгового вещества было значительным.

К слову, ситуация осложнялась тем, что после операции у мальчика мог развиться менингоэнцефалит. Не допустить этого состояния успешно помогли реаниматологи. Самый большой вопрос врачей заключался в том, насколько после травмы восстановятся двигательные функции и

речь. Однако маленького пациента в итоге вернули «на землю» с лёгким неврологическим дефицитом – парезом руки. У ребёнка полностью восстановилась речь, несмотря на то, что травма была на левом, доминантном полушарии мозга.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Из первых уст

Совершенствовать или всё-таки отменить?

В руководстве ФФОМС убеждены в эффективности страховой модели здравоохранения

К 2017 г. объём оказываемой гражданам высокотехнологичной медицинской помощи будет увеличен в 1,5 раза, – заявила председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко на VI Всероссийском конгрессе пациентов. В следующем году финансирование ВМП, не входящей в базовую программу ОМС, увеличивается на 18%. Поэтому, полагает она, доступность и качество медицинской помощи остаётся на деле одним из приоритетов нашей государственной политики.

Наталья Стадченко напомнила, что на последнем форуме Общероссийского народного фронта, посвящённом ситуации в сфере охраны здоровья, в очередной раз была подтверждена целесообразность и эффективность сохранения действующей модели здравоохранения. То есть о переходе к бюджетной модели от страховой речи не идёт.

– Мы знаем много примеров удачных решений, как в системах

бюджетного здравоохранения, так и в страховых системах, – сказала она. – И не меньше примеров отрицательного результата при реализации и тех, и других, и «гибридных» моделей. Отлаженность финансовых механизмов, везде практически одинаковых, как например, то же «фондодержание», гораздо важнее того, какое название носит система, в которой они применяются.

Критики страховой модели считают, что страховые медицинские компании не выполняют в полной мере возложенные функции. Более того, отсутствуют действенные механизмы защиты прав застрахованных пациентов.

По мнению Н.Стадченко, административные расходы при реализации бюджетной модели не являются менее значимыми, чем при страховой. И в том, и в другом случае они составляют от 5 до 11-12% расходов на оплату медицинской помощи. Экономии достичь не удастся. При этом бюджетная модель – экстенсивный путь развития отрасли.

Права граждан на получение доступной и качественной ме-

дицинской помощи не могут ущемляться самим фактом существования страховых компаний. Это выглядит, как минимум, нелогичным. В России сформирован серьёзный институт реализации контрольно-надзорных полномочий в сфере охраны здоровья граждан, распределённый между несколькими федеральными органами исполнительной власти и исполнительными органами власти субъектов РФ.

Совершенствование законодательства в области ОМС будет продолжено. Но руководитель ФФОМС считает, что обсуждаемая рядом экспертов и СМИ «рисковая» модель страхования вообще не может рассматриваться в сложный для экономики период. Она не может быть принята в нынешних реалиях. Поэтому радикальные схемы и апробация некоторых содержащихся в ней механизмов представляются неоправданными и нецелесообразными.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Сити!

Москва.

Современные технологии

С точным прицелом

В Москве состоялась международная конференция, посвящённая применению интeгрированной с компьютерным томографом позитронно-эмиссионной томографии при онкологических заболеваниях.

Онкологи, рентгенологи, терапевты, урологи, хирурги, радиологи из разных стран затронули самые актуальные вопросы использования ПЭТ/КТ в онкологии, на практических примерах рассказав и подробно показав, в каких случаях метод незаменим, а когда вовсе не даёт дополнительной информации, поскольку, по их словам, не всё, что «светится» на ПЭТ/КТ – онкология, и не вся онкология «светится» на ПЭТ/КТ.

В приветственном слове представитель Московского сообщества диагностов кандидат медицинских наук Оксана Платонова

напомнила, что на сегодняшний день это один из наиболее точных неинвазивных методов диагностики широкого круга онкологических заболеваний. По статистике, он даёт возможность практически вдвое увеличить процент выживания пациентов.

Руководитель отделения ядерной медицины Университетской клиники Зальцбурга (Австрия) профессор Кристиан Пирик рассказал о клинических показаниях в онкологии для проведения ПЭТ/КТ с фтордезоксиглюкозой, опираясь на 12-летний опыт исследований.

Врачи-рентгенологи клиники Института мозга человека им. Н.П.Бехтерева РАН (Санкт-Петербург) осветили две темы: Дмитрий Захс поделился тонкостями в использовании метода при онкологических заболеваниях желудочно-кишечного тракта, а

Елена Громова – особенностями и результатами выявления лимфом, при которых данное исследование зачастую является золотым стандартом диагностического алгоритма. Их московская коллега – врач рентгенолог-радиолог, кандидат медицинских наук Наталья Ручьёва сообщила об опыте применения ПЭТ/КТ при онкозаболеваниях в столичной клинике.

Выступавшие на конференции отметили: активное использование ПЭТ/КТ-исследований позволило на 15-20% повысить эффективность ранней диагностики раковых опухолей, в 5-8 раз сократить число рецидивов злокачественных образований и добиться их излечения, а также на 25-30% снизить смертность от рака.

Жанна ДЫМОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

100 строк на размышление

То и дело вижу с телеэкранов как, к примеру, московский мэри или его коллеги из других весёлых открывают новые («модернизированные») медицинские учреждения. Ладно бы, просто ленточки разрезали, а то пускаются в рассуждения, как хорошеет российское здравоохранение.

Богу было угодно, чтобы меня настигло онкологическое заболевание (мужики, особенно ребята, тут же закиньте подальше табак!). Врачи – наши читатели должны знать: все отпущенные дни такие пациенты обречены на хождение по самым разным медучреждениям. В очередях слышится лишь жуткий ропот. Почему не гнев?

Но у меня жалость возникает не столько к бедолагам-паци-

Врача жалко...

ентам (судьба), сколько к медицинскому персоналу. Создаётся впечатление, будто власть всех их – врачей, сестёр – вычленила и строго наказала. Как медикам объясняться с калеками, если за анализ надо платить, записываться на процедуру и просто к врачу следует за месяц вперёд. Если для бесплатного ультразвукового, томографического исследования нужна виза специалиста чуть не высочайшей инстанции. Какая к чёрту деонтология – приходится изощряться в ремесле офтальмологии. У кого не получается – не сможет работать с пациентами

нашего здравоохранения. При этом учтите, что живу я в 3 км от Кремля. Значит, приписан не к последним медицинским учреждениям. А как во всей Рассе-матушке?!

Впрочем, в очередях встречаются болезные со всех краёв мегаполиса. В результате «оптимизации» их расселили по оставшимся целыми онкозаведениям. И сколько же их, больных – ужасаться! И даже совсем молодых. Раньше считал рак болезнью редкой, вроде лепры. Ошибался. В тоскливых глазах юных онкобольных будто прочитал зависть:

Профилактика

Ориентир – ранняя диагностика

Онкомаммологи и онкогинекологи Ростовского научно-исследовательского онкологического института в течение месяца вели бесплатный приём жительниц Карачаево-Черкесии.

– В прежние годы первичную диагностику онкозаболеваний в Карачаево-Черкесии проводили только маммологи. В этом году мы приняли решение направить в

регион гинекологов, – сказал директор Ростовского НИИ онкологии Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Олег Кит.

За месяц онкомаммологи и онкогинекологи обследовали 2089 женщин, у 15 из них выявлены злокачественные образования молочных желёз.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Черкесск.

Однако

Не верящие в себя



Далеко не все российские врачи придерживаются здорового образа жизни. Таковы результаты опроса, проведённого среди российских медицинских работников. Исследование, в котором приняли участие терапевты и кардиологи трудоспособного возраста (35% мужчин и 65% женщин), также показало, что положительно оценивают состояние своего здоровья 49% респондентов.

Среди приверженцев спортивного образа жизни оказался лишь 21% опрошенных, а 29% вовсе забыли о физической активности. При этом 44% признают, что именно активный образ жизни и постоянные занятия спортом в состоянии улучшить их личные показатели здоровья. Опрос также показал, что в Москве количество курящих врачей выше, чем в других городах, – 29%; в городах с населением более 1 млн человек – 18%; с населением менее 1 млн человек – 12%.

Наряду с этим социологи интересовались отношением врачей к необходимости исполнять базовые диагностические процедуры. Выяснилось, что 60% кардиологов и 52% терапевтов либо вообще не измеряют артериальное давление, либо делают это крайне редко, 6% врачей никогда не измеряли свой

уровень холестерина и 5% – уровень сахара в крови.

О своём питании заботится порядка 83% участников опроса, а 17% не предпринимают в этом направлении никаких усилий. Тем временем о своих проблемах с лишним весом заявили 46% опрошенных, 49% считают свой вес оптимальным. Также исследование показало, что около 12% (!) медработников в случае возникновения той или иной болезни не будут обращаться к врачам других специальностей, а предпочтут самолечение.

«Данные исследования и радуют, и настораживают одновременно. Позитивным фактором является то, что врачи ведут более здоровый образ жизни, чем россияне в целом. Они чаще заботятся о своём питании, среди них значительно ниже процент курящих. Однако это же исследование показывает, что очень много докторов не могут являться примером для подражания», – заявила председатель секции «Лёгочная гипертензия» Российского кардиологического общества и Российского медицинского общества по артериальной гипертензии Тамилла Мартынюк.

Алина КРАУЗЕ,
МИА Сити!

«Старику-то хорошо – пожил. А мы за что?» (За курение!)

Ещё несколько наблюдений. Большинство таких больных могут добраться до врача на четырёх колёсах. А в редких наших учреждениях есть автостоянки. Где есть – заняты, и нипочём инвалидные знаки. И это, когда по Москве алчно колесят эскадроны автоэвакуаторов. А о тех, кто движется на инвалидных колясках, умолчу. Наши здания не для колясочников. И вот они с такими муками наконец пробиваются в кабинет, а там пустой ответ. Разве что, совет обратиться в другую (платную) клинику. На кого обрушить филиппику человека, стоящего на краю могилы, уместную более в Думе? На рядового бесправного врача.

В конечном итоге несчастному ничего не остаётся, как следовать

виртуальному совету доктора. И теперь платная очередь не меньше бюджетной. К тому же бюджетному доктору. Так мир пациентов разделили на два презирающих друг друга лагеря. Система здравоохранения невольно создаёт нежелательные антагонистические социумы.

А мне персонал жалко! Онкологи, как говорил выше, натаскались надевать маску отрешённости, вообще-то большинству не свойственную. А вот другим специалистам, похоже, стыдно в ответ на справедливые требования просто разводиться руками. Но другого ответа власть не дала.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ»,
заслуженный деятель
культуры РСФСР.

Проблемы и решения

...А за здоровье ответишь

Быть или не быть юридической ответственности пациента?

Правительство РФ не рассматривает возможность введения юридической ответственности пациентов за их здоровье, заявила журналистам вице-премьер Правительства РФ Ольга Голодец, курирующая в кабмине социальные вопросы. Такую ответственность пациентов за своё здоровье она назвала мало-реальной.

В правительстве вопрос пока не рассматривается

Выступая на пресс-конференции Российского национального конгресса кардиологов, главный кардиолог Минздрава России, вице-президент Национальной медицинской палаты Евгений Шляхто заявил о целесообразности определить юридическую ответственность пациента за своё здоровье, если тот не следует рекомендациям медиков и не проходит вовремя профилактические медицинские осмотры.

Под юридической ответственностью жителей Е.Шляхто понимает необходимость дать юридическую оценку ответственности пациента за своё здоровье, в случае если тот пренебрегает своевременными профилактическими медицинскими осмотрами и рекомендациями докторов. По словам кардиолога, государство тратит гигантские деньги на диспансеризацию, и если человек относится к группе высокого риска, он должен идти к врачу, не дожидаясь, пока у него наступит инфаркт или инсульт. «Но, к сожалению, юридической меры ответственности пациентов за своё здоровье нет», – сожалеет вице-президент Национальной медицинской палаты.

Однако в кабмине на этот счёт иной взгляд. «Наверное, это мало реально. Мы всячески призываем людей следить за своим здоровьем. Но юридическую ответственность, наверное, будет сложно ввести. Мы такое не рассматриваем», – сказала журналистам О.Голодец.

Тем не менее в правительстве



Как наказать человека, если он не следит за своим здоровьем и не выполняет предписания врача?

ратуют за повышение ответственности населения за здоровье в целом. Минздраву поручено предложить до 1 декабря 2015 г. меры по повышению внимания к самочувствию у россиян, а также повышению ответственности.

Минздрав в принципе готов обсудить эту идею. «Если такая инициатива поступит в Минздрав, мы её рассмотрим в установленном порядке», – сообщает пресс-служба министерства.

Предполагается, что ответственность будет наступать, если человек не прислушивается к советам медиков и не проходит вовремя диспансеризацию, профилактические медицинские осмотры. Под большим вопросом и право нерадивых пациентов лечиться за государственный счёт.

На долю сердечно-сосудистых заболеваний сейчас приходится не менее 49,9% всех смертей, что составляет приблизительно 653,7 на 100 тыс. населения. Так что пусть человек платит из своего кармана, считает Е.Шляхто. Он указал, что во многих государствах для продолжения бесплатного лечения в ряде случаев больной обязан отказаться от курения. По информации Росстата, большинство граждан

Российской Федерации (84%) осознают, что их здоровье зависит в первую очередь от них самих.

Снять часть ответственности с Минздрава?

Между тем директор фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье», заместитель руководителя Федерального центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России, член Общественной палаты РФ Эдуард Гаврилов назвал такое предложение коллеги «антигуманным» и «противоречащим Конституции». К тому же, по его мнению, оно может снять часть ответственности с Минздрава за снижение доступности и качества медицинской помощи.

По словам Э.Гаврилова, он не понимает, каким может быть наказание за такую безответственность пациента: «Как наказать человека, признанного виновным в низкой приверженности лечению? Принудительно лечить или оштрафовать, лишив денег на лекарства? Задерживать на 5-15 суток, чтобы приступ случился в камере?»

Россия сейчас в числе лидеров по приросту ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Группой международных исследователей был реализован масштабный проект по оценке этих показателей в 188 странах мира (результаты опубликованы 28 августа 2015 г. в свежем номере ведущего медицинского журнала Lancet). Исследователи оценивали временной интервал с 1990 по 2005 и с 2005 по 2013 гг.

Так вот, по данным международных экспертов, в нашей стране рост ожидаемой продолжительности жизни у мужчин за указанное время составил +7,34 года, здоровой жизни – +6,52 года. При этом в США такие показатели были соответственно 1,29 и 1,06 года, в Германии – 1,59 и 1,16, в Бразилии – 1,79 и 1,46, в Китае – 2,26 и 1,88 года.

Если анализировать данные, приводимые международной группой экспертов, то наша страна по приросту ожидаемой продолжительности жизни и ожидаемой продолжительности здоровой жизни у мужчин занимает четвертое и пятое место из 188. По аналогичным показателям у женщин наша страна также впереди списка.

Надо учитывать, правда, что условия «соревнования стран» в рейтинге были не равны: в силу объективных исторических причин смертность в России нарастала, а ожидаемая продолжительность жизни сокращалась до начала 2000-х годов. Однако внимание государства к социальной проблематике, включая медицину, позволило существенно переломить ситуацию. Значительно снизилась смертность от основных причин, а также младенческая и материнская смертность.

А за своё здоровье нам отвечать всё равно придётся: болезнями, степенью активности жизни, её продолжительностью и т.д.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сито!

«Круглый стол»

Профилактика как пример комплексного подхода

«Профилактическое направление медицины, дифференцированный подход к диспансеризации населения, выявляющей болезни на ранних стадиях, – всё это примеры решения более широких задач в социальной сфере, основанные на экономически эффективных механизмах.

Это пример комплексных стратегий, на которых должны основывать свою деятельность национальные институты социального обеспечения», – об этом заявила на «круглом столе» в рамках семинара Академии Международной ассоциации социального обеспечения (МАСО), посвящённом взаимодействию и сотрудничеству национальных систем, заместитель председателя Федерального фонда ОМС Светлана Карчевская.

Тем самым она подчеркнула неразрывную связь между работой в сфере охраны здоровья и институтами социального обеспечения. По её словам, внедрение стимуляционных методов за здоровый образ жизни, борьба с вредными привычками на государственном уровне, как это происходит последние годы в России, также являются доказанными способами поддержки общественного здоровья, снижения инвалидности, повышения уровня качества жизни.

– Членами МАСО высоко оцениваются достижения нашей страны в области государственных здоровьесберегающих программ, и мы благодарны за проявляемый к ним интерес, за тёплое отношение ассоциации к российскому опыту и рассмотрение возможностей внедрения его в национальные системы здравоохранения, – подчеркнула С.Карчевская.

Семинар Академии МАСО (под председательством её генерального секретаря Ханса-Хорста Конковски) прошёл в Московском государственном университете им. М.В.Ломоносова.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сито!

Москва.

Итоги и прогнозы

Кузбасс вошёл в число 5 территорий РФ, где по решению Минздрава России начинается реализация пилотного проекта по широкомасштабной информационной профилактике ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов В и С. Это актуально: вот уже несколько лет регион занимает первое место в России по темпам роста заражённости ВИЧ.

В рамках пилотного проекта до конца года на ряде федеральных телеканалов будут регулярно транслироваться видеоролики по вопросам профилактики ВИЧ и гепатитов. «Антивирусные» ролики должны наводнить Интернет, а в общественных местах (на улицах, в торгово-развлекательных комплексах, на предприятиях, в подъездах и лифтах многоквартирных домов и т.п.) должны появиться соответствующие баннеры, плакаты, листовки...

Кроме того, в сетку регионального вещания будут включены передачи, подготовленные кузбасскими медиками на местном материале. И все это в дополнение к повседневной профилактической работе, которой в штатном режиме занимаются специалисты кемеровской областной службы антиСПИД. На проведение информационно-рекламной компании служба получила в этом году беспрецедентную сумму из федерального бюджета: более 6 млн руб.

Рассказать всем и каждому!

В «антивирусных» роликах акцент сделан на детей и работающих

Начало старта информационно-просветительской кампании в Кузбассе совпало с проведением научно-практической конференции областной службы антиСПИД. Акцент в работе форума был сделан на оценку уже достигнутых результатов и определение главных направлений дальнейшей деятельности для стабилизации эпидемии. По большому счету, таких векторов два: предупреждение вертикального пути передачи ВИЧ и усиление профилактической работы среди населения среднего и старшего возраста.

Защита – процесс управляемый

В России сегодня повсеместно растёт удельный вес полового пути передачи ВИЧ. Кемеровская область не исключение. В эпидемию вовлекается всё больше женщин, как следствие, растёт число детей, рождённых от ВИЧ-положительных матерей. К началу октября 2015 г. в общей сложности (за всё время регистрации инфекции в регионе) в Кузбассе появились на свет уже

5675 таких ребятшек. Диагноз подтвердился у 467 из них. При этом заражение более чем 3 тыс. детей медикам удалось предотвратить. И ещё около 2 тыс. находятся под их наблюдением сейчас – до истечения контрольного срока, когда можно будет достоверно исключить заражение.

«Дети сегодня – проблема важнейшая, – подчеркнул на конференции руководитель Сибирского федерального окружного центра по профилактике и борьбе со СПИДом (Омск) Александр Тюменцев. – Если взрослых следует убеждать отказаться от поведенческих рисков, то детей нужно просто защищать, этот процесс управляемый».

Речь идёт о трёхэтапной химио-профилактике передачи вируса от матери ребёнку: женщина должна получать антиретровирусные препараты во время беременности и в процессе родов, а малыш – сразу после рождения.

В масштабах России стоит задача к 2020 г. охватить такой профилактикой не менее 86% ВИЧ-положительных беременных. А в

Кемеровской области охват уже сегодня составляет 94%. Причём медики берут на учёт и ВИЧ-отрицательных на данный момент женщин, забеременевших от ВИЧ-положительных партнёров или имевших незащищённые половые контакты с такими мужчинами во время беременности. В женских консультациях и в территориальных центрах по профилактике и борьбе со СПИДом дискордантные пары бесплатно обеспечиваются средствами барьерной контрацепции. Кроме того, в соответствии с действующим вот уже несколько лет приказом областного Департамента охраны здоровья населения младенцы ВИЧ-положительных матерей снабжаются по месту жительства бесплатными смесями, заменителями грудного молока.

«Как результат – в 2014 г. от мам, аккуратно выполнявших назначение врачей, заразились только 0,9% новорождённых, – уточняет начальник отдела профилактики Кемеровского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом Жанна Берг. – Без профилактики, напомню, риск верти-

кального пути передачи составляет 30-50%».

«Немодельное» поведение взрослых

Другим несомненным достижением специалистов кузбасской службы антиСПИД является снижение темпов заражения в подростковой и молодёжной среде. Если в 2001 г. на долю лиц от 15 до 20 лет в области приходилось 21,7% всех новых случаев ВИЧ, то в прошлом году – только 3,5%. В группе 20-30-летних этот показатель за полтора десятилетия уменьшился с 63 до 25,4%.

Изменить поведение людей зрелых, и особенно мужчин, намного сложнее... Для этого медики активно выходят теперь в трудовые коллективы области. Помочь им в решении поставленной задачи и призвана начавшаяся информационная кампания.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

В октябре в Министерстве здравоохранения Тверской области прошло открытое совещание по вопросу учреждения в регионе новой структуры – кабинетов неотложной медицинской помощи. Эта тема сегодня занимает одно из самых ключевых мест в работе системы здравоохранения губернии.

С недавнего времени на Верхневолжской земле стали активно открываться кабинеты неотложной помощи как принципиально новые подразделения в лечебно-профилактических учреждениях. Как сообщает пресс-служба ведомства, около 60% вызовов, поступающих от населения Тверской области на станции скорой медицинской помощи, требуют оказания не скорой и экстренной помощи, а подразумевают участие специалистов в рамках первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме.

На данный момент законодательством определены основные положения оказания медицинской помощи, а именно: экстренная, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; неотложная, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и плановая медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи и отсрочка оказания которой на неопределённое время не повлечёт за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его

В регионах

«Неотложка» — ЭТО ВАМ НЕ «СКОРАЯ»!

В Твери чётко разграничили виды медицинской помощи



жизни и здоровью. До недавнего времени представленные первые две формы обеспечивались в большинстве случаев бригадами скорой помощи, что влекло за собой невероятную перегрузку службы и возлагало на медицинских работников дополнительные служебные обязательства.

Отныне в регионе принято решение провести чёткое профилирование качества требуемой медицинской помощи населению. В частности, экстренная медицинская помощь должна быть оказана в течение 20 минут. Если угрозы жизни пациента нет, то ему будет оказана неотложная

помощь. Согласно новым правилам, это будет врач из той поликлиники, в которой наблюдается больной. В задачу этого специалиста входят осмотр, постановка предварительного диагноза, оказание первичной помощи и при необходимости доставка в медицинское учреждение. Поэтому организацию кабинетов неотложной медицинской помощи в Твери можно назвать своеобразной панацеей для изрядно перегруженных «скорых». С целью облегчения чрезмерных нагрузок выездных бригад в регионе были созданы кабинеты неотложной помощи при поликлиниках цен-

тральных районных больниц в 20 районах области. В штатный состав таких подразделений входят фельдшер, медицинская сестра и регистратор. При этом следует понимать, что и «скорую» и «неотложку» пациент может вызвать по всем хорошо знакомому номеру «03», а диспетчер самостоятельно решит, куда и кому адресовать конкретно взятый вызов.

Как было сказано на совещании, в ближайшем будущем кабинеты неотложной помощи будут открыты абсолютно в каждом медицинском государственном учреждении Тверской области. Уже в I квартале 2016 г. должна начать работу единая диспетчерская служба скорой помощи, которая сможет отслеживать нахождение каждой машины, выбирать для неё оптимальные маршруты, чтобы как можно быстрее прислать нужную бригаду к пациенту.

– Отделения неотложной помощи были созданы при поликлиниках не для того, чтобы вытеснить скорую помощь, а чтобы её разгрузить. Это объективный момент, вызванный реалиями сегодняшнего дня, – пояснил на заседании министр здравоохранения Тверской области Роман Курьинин. – Внедряя новшества, о которых мы говорим сегодня, особое внимание будет уделено аспектам оптимизации и модернизации работы «скорой». Все эти нововведения в комплексе направлены на повышение эффективности экстренной и неотложной помощи, а также оказание своевременных и качественных медицинских услуг населению.

Следует заметить, что данное заседание стало первым мероприятием в рамках новой концепции «Открытого Министерства здравоохранения Тверской области». Отныне все актуальные для населения Твери и области вопросы медицинского плана будут обсуждаться с широким привлечением общественности и представителей СМИ.

Максим СТРАХОВ,
врач,
внешт. корр. «МГ».

Тверь.

Ситуация

Нужны ли вытрезвители?

Часть субъектов РФ готовы их возродить. А часть...

Власти 17 регионов Федерации готовы возродить вытрезвители, закрытые в 2011 г. Об этом они сообщили в ответных письмах председателю координационного совета Общественной палаты РФ (ОП) по защите граждан от наркотиков, алкогольной и табачной зависимости Султану Хамзаеву.

Ещё 5 регионов готовы открыть вытрезвители «при условии достаточной проработки вопроса и достаточного финансирования». На сайте ОП говорится, что С.Хамзаев ранее призывал губернаторов озаботиться вопросом детоксикации излишне выпивших граждан. В письмах к губернаторам он обещал оказать региональным чиновникам экспертную и аналитическую поддержку палаты в вопросе создания вытрезвителей.

В числе регионов, поддержавших возврат вытрезвителей, – Амурская, Белгородская, Владимирская, Курская, Костромская, Кемеровская, Липецкая, Орловская, Сахалинская, Самарская, Ростовская, Тульская, Смоленская, Челябинская, Ярославская области, Ненецкий автономный округ и Республика Саха (Якутия). При этом в Якутии, как

говорится в ответе местных властей, с февраля 2015 г. уже работают вытрезвители в рамках государственно-частного партнёрства. В случае успешного финансирования вытрезвители готовы организовать власти Астраханской и Калужской областей, Забайкальского края, Чеченской Республики и Республики Татарстан.

Не готовы пока поддержать идею возрождения вытрезвителей в администрации Ленинградской области, в республиках Карелия, Адыгея, где достаточной считают имеющуюся систему реабилитации, а также в правительстве Калининградской области. Власти ещё 59 регионов пока не ответили ОП, поддерживают ли они инициативу возрождения вытрезвителей. По словам С.Хамзаева, «в системе здравоохранения сейчас наблюдаются кадровый дефицит и ряд других проблем, в связи с чем организация вытрезвителей со стороны Минздрава представляется затруднительной».

С.Хамзаев также выступал против передачи системы вытрезвителей в зону ответственности МВД. Именно поэтому, по мнению члена ОП, к возрождению вытрезвителей в стране «должны подключиться

региональные власти». При этом Общественный совет МВД России намерен до конца года направить в Правительство РФ предложение о создании вытрезвителей в городах с населением от 100 тыс. человек.

Создание и контроль таких учреждений, уверены в совете, должны входить в компетенцию Минздрава. Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, в свою очередь, высказывалась против такого формата возрождения вытрезвителей.

«Мы пришли к выводу, что срочно необходимо постановление правительства или закон, который позволит создать на базе Минздрава России специализированные центры, где будут оказывать такую помощь. Планируется до конца 2015 г. проанализировать ситуацию с оказанием неотложной наркологической помощи в РФ и после этого подготовить для правительства и парламентариев законодательную инициативу», – прокомментировал общественному совету глава Общественного совета при МВД России Анатолий Кучерена.

Валентин МАЛОВ,
МИА Cito!

Пресс-конференции

Более миллиона граждан Российской Федерации ежегодно переносят пневмонию. Что характерно, при этом диагноз ставится лишь 500-600 тыс. человек. У остальных пациентов пневмонию диагностируют лишь в случае каких-либо осложнений. Об этом сообщил главный терапевт-пульмонолог Минздрава России академик РАН Александр Чучалин на пресс-конференции, посвящённой Всемирному дню борьбы с пневмонией, который отмечался недавно.

Удручающая картина

«Смертность от тяжёлых форм пневмонии в стационарах превышает 12%, при этом часто причиной смерти больного становится не сама пневмония, а вызванные ею осложнения – так называемое «шоковое лёгкое» – респираторный дистресс-синдром. Однако оказать высококвалифицированную помощь часто не позволяет слабо развитая интенсивная пульмонология, – отметил академик. – Казалось бы, такое известное в плане диагностики и лечения заболевание, однако течение его весьма пагубно для нашего общества, что вызывает тревогу у нас – пульмологов. Так, в прошлом году в стране от пневмонии умерли 42 тыс. человек, что на 10 тыс. больше, чем в позапрошлом. И собственно никакой эпидемии не было: ни «свиного», ни «птичьего» гриппа», – подчеркнул эксперт.

Примечательно, что медицинская статистика фиксирует лишь больных пневмонией, обратившихся в лечебное учреждение. Поэтому она в 2-3 раза меньше, чем эпидемиологическая статистика, которая говорит о 5-6 случаях перенесённой пневмонии на тысячу населения среди взрослых и о 10-12 случаях заболевания среди детей. Вспышки этого заболевания часто наблюдаются у военных, шахтёров,

детей первого года жизни. Период выздоровления составляет не менее месяца, а последствия могут ощущаться даже через год.

Чаще всего болезнью связана с таким возбудителем, как streptococcus pneumoniae – пневмококком, резистентным, вследствие бездумного назначения, к антибиотикам макролидного ряда. Одним из наиболее успешных и экономически эффективных мероприятий по борьбе с пневмококковой инфекцией ВОЗ называет вакцинацию, которая предотвращает ежегодно 2-3 млн смертей во всём мире.

«У детей в последние 2 года ввели антипневмококковую вакцину, однако иммунный статус взрослого не поддерживается профилактикой, поэтому иммунитет взрослого человека по разным причинам – тревожное состояние, стрессы и т.д. – более уязвим. Обычно мы рекомендуем взрослым прививаться против пневмококка раз в 5 лет 13-валентной вакциной, а спустя 3-6 недель проводить ревакцинацию 23-валентной вакциной», – резюмировал А.Чучалин.

Марк ВИНТЕР,
МИА Cito!

Москва.

Второй год Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) проводит масштабное исследование – так называемый «Барометр» – с целью определить, что именно вкладывают россияне в понятие «качество жизни», какие составляющие туда входят.

В этом году в опросе приняли участие 1600 жителей 130 населённых пунктов 46 субъектов РФ. Респонденты отвечали на вопросы, связанные с такими важнейшими темами, как здоровье, доступность и качество продуктов питания, профессиональная карьера и т.п.

Прокомментировать результаты мы попросили генерального директора ВЦИОМ Валерия ФЁДОРОВА.

– Валерий Валерьевич, скажите, пожалуйста, насколько репрезентативна эта выборка?

– Такое количество опрошенных является достаточным для представления населения страны, а статистическая погрешность составляет не более 3,4%.

В этом году впервые наряду с общероссийским опросом проводилось изучение мнения москвичей с целью узнать, как изменилось качество их жизни за последний год, а также какие меры могут способствовать улучшению факторов, формирующих основу их благополучия. В этой части исследования приняло участие 400 человек, и статистическая погрешность здесь составила не более 4,9%.

Ответы оценивались по 5-балльной системе.

– И что бы вы назвали главным результатом?

– Как и в прошлом году, оказалось, что важнейшим параметром качества жизни является здоровье. В этом убеждено абсолютное большинство респондентов (95% – в 2015 г., 96% – в 2014-м).

На втором месте – безопасность, далее идут стабильный заработок, качество и доступность продуктов питания, и завершает первую пятёрку такое понятие, как «комфортные жилищные условия».

– Говорят, в Москве люди живут иначе. Насколько отличались ответы жителей столицы, и в чём?

– Да, отличия есть. Если по первым трём вопросам мнение москвичей совпадает с общероссийским, то на 4-е место по важности жители столицы ставят экологию, а на 5-е – качественное образование.

– Какие же факторы, по мнению россиян, наиболее влияют на здоровье?

– Большинство отмечает, что это качество продуктов питания, экологическая обстановка, а также возраст человека, доступность медицинской помощи и эмоциональное состояние.

При этом жители России считают, что для сохранения здоровья самое важное – качество питания и хорошая экология, а москвичи гораздо больше ценят доступность лекарственных средств и квалифицированную медицинскую помощь.

– А как же вредные привычки, о которых мы так много говорим?

– Вы правы: достаточно высоко (от 40 до 64% опрошенных) оценили россияне и наличие таких факторов, как вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков). Но не только – сюда же они отнесли ещё профессиональные заболевания, климатиче-

ские условия в месте проживания, недостаток физической нагрузки, спортивных занятий, а также наличие избыточного веса.

– То есть москвичам всё же важнее качество, чем цена?

– Кроме того, почти четверть

Лишь каждому пятому жителю России оказалось неважно, где именно произведена сельхозпродукция.

Показательно, что не намного меньше, чем жители мегаполисов, недостаток отечественных продуктов питания ощущают и в малых городах и сельских районах (об этом заявили около половины опрошенных).

ожиданными ответы на вопросы москвичей о качестве их жизни?

– Не следует путать понятия качества и уровня жизни! Это не просто показатель благосостояния людей и их представлений о лучшей жизни. Оно отражает более глубокое понимание состояния общества и самочувствия в нём человека.

Наши интервью

Качество жизни определяет здоровье

Об этом свидетельствует опрос россиян



– Какие, по мнению респондентов, необходимо принять меры для улучшения ситуации?

– Для развития сельского хозяйства и повышения его производительности необходимо увеличение поддержки государства данному сектору и частные инвестиции, а также привлечение квалифицированных кадров и рациональное использование ресурсов.

Эффективными мерами россияне также считают интенсификацию сельского хозяйства и внедрение современных технологий, налаживание международных образовательных программ, обмена опытом, совершенствование правовой базы развития отрасли.

Иными словами, сельскому хозяйству страны на данный момент не хватает, прежде всего, денег – как со стороны государства, так и со стороны бизнеса.

– Очень интересным является раздел вопросов о профессиональной деятельности, особенно возможно расставить здесь приоритеты.

– Успех – это уверенность в завтрашнем дне. Так можно подытожить ответы на вопросы о профессиональной карьере. Ведь 40% считает, что это – стабильность и уверенность в жизни, и только 19% связывают карьеру с высокой зарплатой.

А в Москве понятие зарплаты «проигрывает» уже не в 2, как в России, а без малого в 4 раза – лишь 11% жителей называют её в приоритете. Для них гораздо важнее оказываются личностное и профессиональное развитие, а также возможность получать удовлетворение от работы и реализовать себя.

В российских ответах рейтинг тот же, однако процент ответивших именно так почти вдвое ниже.

К тому же почти половина москвичей убеждены, что столица предоставляет им все возможности для профессиональной реализации.

– Не показались ли вам не-

Уровень развития и приоритеты общества меняются, вместе с ними меняются и наши представления, запросы и стандарты качества жизни. Эти изменения отражают социальное благополучие людей, их устремления и ценностные ориентиры, показывая, в каком направлении движется общество на конкретном этапе развития.

Оказалось, 72% удовлетворены качеством жизни, остальные считают, что она не совсем соответствует (или совсем не соответствует) стандартам качества. Однако 42% отметили, что за последний год оно заметно снизилось.

Как и остальные жители России, главной ценностью москвичи считают здоровье – 91%. 64% из них полагают, что на состояние здоровья влияет доступность качественных лекарственных средств, 78% – качество продуктов, 79% – экологическая ситуация, а 61% уверены, что появление новых инновационных препаратов отразится на качестве их жизни.

69% жителей Москвы предпочитают покупать отечественные овощи и фрукты, при этом две трети горожан (66%) считают, что в столичных магазинах не хватает продуктов питания российского производства.

Что же касается профессиональной деятельности, то москвичи достаточно оптимистично оценивают свои карьерные перспективы и «окна» профессионального роста (48%).

* * *

И всё-таки, очень важно, что данный проект исследует именно качество жизни. Поскольку, возвращаясь к словам Валерия Фёдорова, уровень жизни – это проблемы выживания, а качество жизни – проблемы развития.

Беседу вела
Алёна ЛЬВОВА.
МИА Сити!

Москва.

Перемены

Особенности московской системы ОМС

В здании правительства Москвы состоялось расширенное заседание правления Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, открывая которое, руководитель столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун подчеркнул, что сотрудничество департамента и фонда ОМС, руководителей медицинских организаций и страховых компаний сегодня достигло совершенно нового уровня. Финансовые показатели демонстрируют заметный рост – в 2014 г. за оказанную москвичам помощь было заплачено 143,6 млрд руб., а в 2015 г. эта сумма составит более 174 млрд. Существенно увеличилась доступность медицинской помощи, особенно её высокотехнологичных видов. В 2015 г. её получил более 44 тыс. человек. Кроме того, в следующем году в программу ОМС будут дополнительно включены ещё 54 вида ВМП.

Директор МГФОМС Владимир Зеленский отметил: «Если в 2015 г. в Москве по системе ОМС оказывали медицинскую помощь 385 учреждений, то в 2016 г. эта цифра достигнет 432. Это говорит о том, что система ОМС становится всё более привлекательной для медицинских организаций».

Важной темой стало и обсуждение тарифной политики – от подушевого финансирования

поликлиник до оплаты по законченному случаю на стационарном уровне.

Переход на подушевое финансирование амбулаторной помощи позволил оптимизировать расходы в рамках территориальной программы и направить дополнительные ресурсы на увеличение норматива. Однако необходим корректный учёт прикреплённого населения.

Участники заседания отмети-

ли, что действующих механизмов учёта услуг и расчёта стоимости тарифов недостаточно. В сфере стационарной помощи в России идёт внедрение такого способа оплаты, как клинико-статистические группы заболеваний. По решению министра здравоохранения РФ Москва включена в перечень пилотных регионов, осуществляющих подготовку к их внедрению.

Анна КАБИКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

– Юрий Никитич, что представляет собой современная клиника внутренних болезней?

– Прежде всего, изменилась структура пациентов – это уже совершенно другие больные. Когда я пришёл в ординатуру в 1972 г., то 30% сердечной недостаточности составляли пороки сердца. Сейчас же, если у нас в клинике появляется больной со стенозом левого атриовентрикулярного отверстия, то я собираю всех студентов, чтобы они имели возможность послушать сердце такого больного. Что характерно, ревматизм существенно трансформировался: всё меньше поражений сердца и больше – суставов. Поэтому в нашей клинике появилось отделение суставной боли, бывшее некогда ревматологическим.

Наряду с этим возросло количество больных с недостаточностью кровообращения ишемической этиологии. В 70-е годы прошлого века смертность от инфаркта миокарда в целом по нашей стране составляла почти 50%, тогда как в настоящее время с внедрением современных методов тромболитика и эндоваскулярных технологий этот показатель в хороших клиниках не превышает 5%. Десятикратное снижение смертности от инфаркта менее чем за полвека – огромный прогресс.

В структуре современных терапевтических пациентов по-прежнему много поздно диагностированных и, как следствие, плохо леченных гипертоников. Существенно возросло количество пульмонологических больных: значительно увеличился поток пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), тяжёлыми пневмониями и др., что объясняется, в первую очередь, непрерывным ростом заболеваемости болезнями респираторного тракта.

Что касается больных с заболеваниями печени и других органов пищеварительной системы, «почечных» пациентов, гематологических, то картина за эти годы не претерпела существенных изменений.

Кроме того, как известно, коренным образом изменились методы диагностики и лечения пациентов. В результате этого, к примеру, за последние 30 лет выживаемость пациентов с синдромом сердечной недостаточности повысилась в 4 раза.

Что же до образовательного процесса, то наша кафедра является завершающим циклом на этапе дипломного образования. У нас занимаются студенты 5-го и 6-го курсов, прошедшие предыдущие этапы освоения совокупности внутренней медицины: пропедевтику и факультетскую терапию. Наша задача – максимально доступно и эффективно донести до них все знания, накопленные за многие годы применительно к тому, что необходимо практическому врачу.

– Каким образом распределяются роли профессорско-преподавательского состава внутри клиники?

– У каждого сотрудника есть обязанности: чтение лекций и ведение практических занятий. На нашей кафедре, как и на большинстве других, на семинарах со студентами занимаются ассистенты и доценты. Чтение лекций – удел профессуры, докторов наук. Хотя есть и исключения: доцент доценту рознь, так что некоторым из них я могу спокойно поручить лекции. Также в нашей клинике есть профессор, которым нравится вести семинарские занятия наряду с лекционной нагрузкой. По такой же системе кафедральные сотрудники занимаются и с ординаторами.

Авторитетное мнение

Отправной пункт

Какой должна быть клиника внутренних болезней

Как известно, медицинская наука развивается очень и очень стремительно, и хороший врач учится всю жизнь: в процессе самостоятельной практической работы, при изучении научной литературы, посещая различные научно-практические и образовательные отраслевые мероприятия и т.д. Тем не менее маститые эксперты-клиницисты сходятся во мнении, что будущего специалиста во многом определяет его увлечённость, работоспособность, усердие и активность на этапах дипломного и последипломного образования. «Какими вы являетесь студентами, такими и врачами будете», – то и дело говорят преподаватели медицинских вузов. Наиболее комплексное понимание медицины как таковой даёт клиника внутренних болезней, концентрирующая в своих стенах пациентов со всевозможными патологиями внутренних органов. Именно здесь у будущего специалиста и формируется клиническое мышление – наиважнейший инструмент во врачебном деле.

О наиболее актуальных проблемах медицинского образования на этапе освоения общетерапевтических знаний, достижениях и недостатках клиники внутренних болезней на современном этапе в интервью «МГ» рассказал один из ведущих экспертов-интернистов нашей страны, заведующий кафедрой госпитальной терапии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, академик РАН Юрий БЕЛЕНКОВ.

Также, с моей точки зрения, обязанностью ассистентов и доцентов является ведение студенческих научных кружков, факультативных занятий – вне учебного плана по тому или иному разделу внутренней медицины. Я сторонник проведения занятий по интересам. Это привлекает молодёжь куда больше, нежели «обязаловка», согласно учебному плану.

На мой взгляд, студентам, даже на лекциях, помимо синтетических знаний о том или ином заболевании, следует рассказывать об алгоритме ведения таких пациентов. Прежде чем заниматься дифференциальной диагностикой при острых ситуациях, у врача должна быть в голове схема неотложных мероприятий. Это западный подход. Он очень резонанс.

– Как вы относитесь к внедрению симуляционных технологий в систему медицинского образования?

– Это несомненный плюс. Должен заметить, что руководство нашего вуза оснащает клинические кафедры самыми современными манекенами, что весьма затратно, однако очень эффективно. Благодаря этому студенты оттачивают свои практические навыки: они понимают, с какой силой надавить на грудную клетку при проведении непрямого массажа сердца, учатся аускультативно диагностировать те или иные патологии, которые редко встретишь среди современных пациентов и т.д.

– Заменяют ли эти технологии пациентов?

– Безусловно, нет. У манекена не соберёшь анамнеза, не выслушаешь жалобы и т.д. На мой взгляд, одно не должно исключать другого. Даже опытным врачам порой необходимо потренироваться на манекенах – отточить навыки. Так что резон в этом есть, и нам нужно развивать это направление, не забывая, конечно же, о том, что живого человека не в состоянии заменить ни один робот.

– Если у кафедры нет своей клиники, насколько страдает учебный процесс?

– Базами нашей кафедры яв-

ляются как своя клиника на 200 коек, так и 2 городских медучреждения – ГКБ № 20 Департамента здравоохранения Москвы и госпиталь ветеранов войн № 2. Минусом университетских клиник является отсутствие скоромощных больниц. Они федеральные. Городская «03» не везёт пациентов с острыми, критическими состояниями в университетскую клинику. Отсутствие таких больных – явный недостаток в процессе обучения студентов и молодых врачей, в то время как в городских медучреждениях такого «добра» с избытком – там реальная жизнь.

Так что с точки зрения обучения порой на базе городских больницы можно постичь больше, нежели в университетских клиниках. Столичные медучреждения блестяще оснащены оборудованием – это факт. Именно поэтому на нашей кафедре происходит ротация студентов и ординаторов по базам.

– Каким образом, на ваш взгляд, должны быть выстроены взаимоотношения кафедры и базы ввиду отсутствия собственной клиники у вуза?

– Это комплекс объективных и субъективных факторов. Я бы сравнил это с браком – необходимы взаимные уступки, умение слушать и слышать друг друга. При нормальных человеческих отношениях всё взаимовыгодно: база получает возможность проведения консилиумов, консультаций пациентов высококвалифицированными специалистами, а кафедра – больных для исследований и обучения, а также помещения для проведения лекций и семинаров.

Во всех конфликтах виноваты обе стороны. Зачастую заведующие кафедрами должны умерить свой гонор, а администрация – доверять пациентам «кафедралам», понимая, что больница и кафедра – единая семья, главной задачей которой является лечение больных. Вот и всё. Рецепт прост. К тому же в настоящее время разрабатывается «Положение о клинических кафедрах», что, вне всякого сомнения, во многом решит этот чрезвычайно актуальный вопрос.

– Какова роль преподавате-

ля в процессе формирования будущего врача?

– Хороший врач формируется не за 6 лет. Главная задача преподавателя – заинтересовать студента, подтвердить правильность его выбора или же вовремя подсказать, что медицина – не твоё, а также научить правильной самостоятельной работе: читать статьи, монографии, другую литературу помимо официального учебника, посещать конгрессы, конференции и прочие отраслевые мероприятия.

– Насколько важна эта самостоятельная подготовка в процессе обучения в вузе?

– Более 50% успеха в работе врача зависит от эффективности самоподготовки. Клиника или преподаватель всего лишь обтёсывают. И это возможно только в том случае, когда молодой человек имеет более или менее полноценное представление о профессии.

– Как вы оцениваете уровень нынешних студентов? Насколько подготовленными они приходят на вашу кафедру?

– За редким исключением у них ещё не сформировалась система знаний. Есть какие-то сведения о той или иной патологии и т.д., однако они зачастую никак не взаимосвязаны. И это нормально. Разложить всё, что называется, по полочкам в головах будущих докторов – задача госпитальной клиники. А необходимый базис для этого они должны получать на предыдущих образовательных этапах. О том, что молодое поколение ничего не знает и не умеет, было написано 3 тыс. лет назад иероглифами в Древнем Египте. С тех пор ничего не поменялось, однако брюзжать не следует. С молодёжью надо заниматься, давать самый свежий материал – это моё глубочайшее убеждение.

– Достаточно ли 2 лет последипломного образования в отличие от 5-летнего аналогичного периода за рубежом для освоения того или иного направления внутренней медицины?

– За рубежом каждый кардиолог владеет эндоваскулярными технологиями, пульмонолог – бронхоскопией, гастроэнтеро-

лог – гастроскопией и т.д. На Западе перед врачом стоит больше задач. Для того чтобы ими овладеть, нужно 5 лет. Для нашей же реальности хватает и 2 лет клинической специализации. В обществе, как и в организме, должно быть единство структуры и функций. Если представить, что все наши кардиологи обучатся коронарографии, то им просто негде будет этим заниматься. Всё должно развиваться комплексно.

– Как вы относитесь к тому, что со следующего года выпускники медвузов получат возможность самостоятельной работы в первичном звене без прохождения интернатуры?

– Логики я здесь не вижу. Это половинчатое решение. Очевидно, что практическая подготовка наших студентов за период обучения в вузе недостаточна для того, чтобы приступить к самостоятельной работе. Другое дело – если ввести субординатуру вместо 6-го курса, как это было во времена моей молодости. Вот тогда данная реформа носила бы позитивный характер.

– По какому принципу следует привлекать молодёжь к кафедральной работе?

– Воссоздавать былой престиж кафедр: оснащать их самым современным оборудованием, что даст возможность эффективной как лечебной, так и научной работы, а так же платить достойные деньги. Всё просто. Народ голосует ногами: идёт в том или ином направлении. Если кафедра, кроме разговоров, ничего не даёт студенту, он туда, разумеется, не пойдёт.

– Как в студенте разглядеть хорошего врача в будущем?

– По степени его заинтересованности в предмете. Как правило, хорошие специалисты вырастают из самых «приставучих» студентов – тех, кто не отходит от старшего коллеги, заваливая того бесконечными вопросами. Мой учитель – профессор Н.Мухарлямов всегда говорил: «Если профессор или доцент боится студенческой критики, он не на своём месте». Я только приветствую, когда студент после лекции подойдёт ко мне и скажет: «Юрий Никитич, вы нам неправильно сказали: согласно последним данным, препаратом выбора при лечении этой патологии является такой-то». Именно из таких студентов, на мой взгляд, и получаются лучшие доктора.

– Почему многие хорошие студенты так и не становятся хорошими врачами?

– Медицину зубрёжкой не осилишь. Открытия, как правило, делают те, кто не знает о том, что это в принципе невозможно. Во многих троечниках, как это ни странно, заложена жажда такого поиска. Как и сострадание. Многие из отличников осваивают нашу профессию зубрёжкой, не расширяя свои знания, ограничиваясь официальным учебником.

Отучить от зубуривания – задача преподавателя высшей медицинской школы. Я к бессмысленному заучиванию материала отношусь крайне негативно и проверяю таких людей на экзаменах очень просто: ставлю вопрос по-другому. Те, кто зубуривают, теряются при этом. И такой студент у меня никогда не получит «отлично». Пятёрку я скорее поставлю тому, кто чего-то не знает, однако прекрасно соотносит, понимая логику процесса и ориентируясь в тех или иных ситуационных задачах, которые ставит перед ним экзаменатор.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».



КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 77 (1929)

Проаритмическое действие антиаритмических препаратов (ААП) представляет их способность ухудшать/улучшать проявление предшествующей аритмии. Проаритмическое действие ААП проявляется усилением возбудимости миокарда, подавлением автоматизма синусового узла, нарушением проводимости, развитием блокад.

Аритмогенное действие ААП сложно поддается анализу конкретного препарата, так как оно не всегда учитывает инотропную функцию сердца, электрофизиологические параметры проводящей системы, патогенез аритмии, водно-электролитные и кислотно-основные показатели.

В электрофизиологической природе аритмогенного эффекта, как считают, находится диссоциация между скоростью проведения и рефрактерностью, которая может возникать под воздействием ААП. Проаритмия может происходить под влиянием усиления нормального или аномального автоматизма, образования ранних и поздних потенциалов. Аритмогенное действие ААП при регистрации ЭКГ в покое наблюдается в среднем у 6-16% больных; при применении препаратов 1С подкласса проаритмии встречаются значительно чаще – от 11 до 28%. Наиболее часто проаритмии (14-18%) наблюдались при использовании хинидина, пропранолола и метопролола (9-11%). Так, регистрация устойчивой желудочковой тахикардии является, как и тахикардии типа «пируэт», объективным критерием аритмогенного эффекта. (М.С.Кушаковский, 1998; В.Н.Ардашев и соавт., 2005).

Проаритмический и аритмогенный эффекты проявляются:

- брадикардией;
- нарушением проводимости;
- наджелудочковыми нарушениями ритма;
- желудочковыми нарушениями ритма, желудочковой тахикардией с удлинением интервала QT, фибрилляцией желудочков;
- асистолией.

У лиц пожилого и старческого возраста возможность побочного и проаритмического действия ААП заметно выше, что связано с возрастными изменениями электролитного обмена (снижение уровня калия и магния в кардиомиоцитах), изменениями нейроэндокринной регуляции (повышение симпатической активности на фоне снижения парасимпатических и барорефлекторных влияний, снижение устойчивости миокарда к катехоламинам и др.), ухудшения коронарного кровотока и замедления проведения импульса, создающего условия для формирования электрической нестабильности миокарда.

У пожилых пациентов чаще наблюдается дисфункция ЛЖ, его гипертрофия и дилатация, что заметно повышает риск проаритмогенного действия ААП.

При развитии аритмогенных и проаритмических эффектов введение препарата следует немедленно прекратить.

Факторами риска для большинства ААП являются: удлинённый исходно интервал QT, брадикардия, гипокалиемия, длительный приём сердечных гликозидов с возникновением интоксикации. Пациенты со сниженной фракцией изгнания (ФИ) ЛЖ также имеют высокий риск фатальных аритмий. Это в равной мере относится к больным с выраженной гипертрофией и дилатацией желудочков и предсердий, со значительными фиброзными изменениями в них.

Основными целями антиаритмической терапии (ААТ) являются: максимальное подавление аритмий, увеличение качества жизни и её продолжительности у больных. Способы, направленные на снижение аритмогенного эффекта ААП:

1. Назначение ААП строго по прямым показаниям с неременным учётом их возможных противопоказаний.

2. Начинать терапию с малых доз с постепенным их нарастанием.

3. Комбинированная ААТ должна использоваться преимущественно у пациентов с тяжёлыми жизнеугрожающими формами нарушений ритма и проводимости.

4. Подбор конкретных ААП целесообразно проводить под контролем суточного мониторирования ЭКГ.

5. Рациональное лечение аритмий должно проводиться при одновременном эффективном лечении сердечной недо-

статочности и коррекции электролитного обмена.

6. При лечении резистентных к лекарственной терапии аритмий необходимо своевременно использовать хирургические методы.

7. Необходим оперативный учёт побочных (токсических) действий ААП, их отмена и последующее рациональное лечение.

Аритмогенный эффект может наблюдаться при назначении любого АП. Вероятность развития этого эффекта составляет не менее 10% для каждого препарата и максимально высока у больных с тяжёлыми, опасными для жизни желудочковыми аритмиями, особенно при наличии органического поражения миокарда с нарушением функции ЛЖ.

Применение ААП, в том числе активных, сопряжено с определённым риском. Они могут спровоцировать желудочковую тахикардию (ЖТ) и даже фибрилляцию желудочков (ФЖ), трансформацию фибрилляции предсердий (ФП) в трепетание предсердий с атриовентрикулярным проведением 1:1, нарушение проводимости, дисфункцию синусового узла, АВ-блокаду. Кроме того, ААП способны вызвать снижение сократительной функции сердца, вплоть до выраженной гиподинамии.

Из сказанного следует, что назначение ААП всегда сопряжено с определённым, иногда не малым риском, поэтому некоторые аритмии, не сопровождающиеся нарушениями сократимости и значительными субъективными проявлениями, не требуют их назначения.

Не требуют лечения монополюсные желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) у больных без структурных изменений сердца, если нет больших субъективных ощущений. Не нуждаются в лечении пациенты с синусовой брадикардией (СБ) <40 в 1 минуту, если они не предъявляют жалоб, спонтанно прекращающихся приступах ФП.

Прогностически неблагоприятные аритмии:

1. ЖЭ высоких градаций по В.Лоуи – парная, групповая, полиморфная, неустойчивая ЖТ у пациентов, перенёвших ИМ. Пароксизмальная ФП у больных с синдромом WPW.

2. Гемодинамическая значимость аритмий. Синдром Морганьи – Адамса – Стокса у пациента с полной АВ-блокадой; тахикардия с падением АД во время пароксизма ЖТ; острая левожелудочковая недостаточность на фоне пароксизма ФП.

3. Субъективная непереносимость аритмий. Специального анализа требуют побочные, токсические действия основных антиаритмических средств, применяемых в повседневной клинической практике. Противопоказания при использовании

Побочные действия β-блокаторов – общая слабость, похолодание конечностей, возникновение перемежающейся хромоты и синдрома Рейно, выраженная брадикардия, гипотония, усиление бронхоспазма при его наличии, головокружение, иногда снижение либидо, синдром отмены (учащение приступов стенокардии, тахикардия и др.). Противопоказания к использованию β-блокаторов: выраженная СН, СССУ, АВ-блокада > 1 ст., брадикардия (ЧСС < 50 в мин), артериальная гипотензия (АД систолическое < 95 мм рт.ст.), обострение бронхиальной астмы (наличие бронхоастматического статуса в анамнезе), СД у юношей, нарушения функции печени и почек, синдром перемежающейся хромоты, синдром Рейно.

Противопоказания при использовании блокаторов калиевых каналов: нарушения проводимости, синусовая брадикардия, артериальная гипотония, обострение бронхиальной астмы, выраженный лёгочный фиброз, нарушения функции щитовидной железы – гипо- или гипертиреозидизм, беременность. Осложнения: нарастание нарушений проводимости, брадикардия, гипотонии, гипо-, гипертиреозидизма, лёгочного фиброза. Отмена препарата при перечисленных осложнениях, побочных эффектах.

Побочные явления при использовании блокаторов кальциевых каналов: выраженные периферические отёки, головные боли, покраснение лица, тошнота, запоры (особенно у пожилых), брадикардия, АВ-блокада и асистолия, трансформация фибрилляции предсердий в фибрилляцию желудочков при синдроме WPW, синдром отмены (утяжеление приступов стенокардии), проишемическое действие, обмороки, снижение либидо.

Противопоказания для применения блокаторов кальциевых каналов: ОШН (кардиогенный шок, отёк лёгких), прогрессирующая СН III-IV ФК по NYHA, ФВ <40%, СССУ, брадикардия (ЧСС <50 в мин), АВ – блокада II-III ст., фибрилляция предсердий при синдроме WPW, артериальная гипотония (АД систолическое < 90 мм рт.ст.), острый инфаркт миокарда (для нифедипина!), беременность (первый триместр).

Рассмотрим классификацию неотложных состояний и экстренную терапию при аритмиях, аритмогенных и токсических эффектах при использовании основных антиаритмических препаратов. (см. табл., Л.А.Бокерия и соавт., 2000).

При пароксизме наджелудочковой тахикардии:

- массаж каротидного синуса или другие вагусные приёмы;
- при отсутствии эффекта – АТФ 10 мг в/в быстро – при отсутствии эффекта – через 2 мин АТФ 20 мг в/в быстро;

Диагностика и терапия проаритмических и токсических действий антиаритмических препаратов

статочности и коррекции электролитного обмена.

6. При лечении резистентных к лекарственной терапии аритмий необходимо своевременно использовать хирургические методы.

7. Необходим оперативный учёт побочных (токсических) действий ААП, их отмена и последующее рациональное лечение.

Аритмогенный эффект может наблюдаться при назначении любого АП. Вероятность развития этого эффекта составляет не менее 10% для каждого препарата и максимально высока у больных с тяжёлыми, опасными для жизни желудочковыми аритмиями, особенно при наличии органического поражения миокарда с нарушением функции ЛЖ.

Применение ААП, в том числе активных, сопряжено с определённым риском. Они могут спровоцировать желудочковую тахикардию (ЖТ) и даже фибрилляцию желудочков (ФЖ), трансформацию фибрилляции предсердий (ФП) в трепетание предсердий с атриовентрикулярным проведением 1:1, нарушение проводимости, дисфункцию синусового узла, АВ-блокаду. Кроме того, ААП способны вызвать снижение сократительной функции сердца, вплоть до выраженной гиподинамии.

Из сказанного следует, что назначение ААП всегда сопряжено с определённым, иногда не малым риском, поэтому некоторые аритмии, не сопровождающиеся нарушениями сократимости и значительными субъективными проявлениями, не требуют их назначения.

Не требуют лечения монополюсные желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) у больных без структурных изменений сердца, если нет больших субъективных ощущений. Не нуждаются в лечении пациенты с синусовой брадикардией (СБ) <40 в 1 минуту, если они не предъявляют жалоб, спонтанно прекращающихся приступах ФП.

Классификация неотложных состояний и терапия при аритмиях и аритмогенных эффектах

Острое нарушение кровообращения вследствие аритмии	Признаки	Неотложная помощь
Прекращение кровообращения	Отсутствие сознания и пульса на сонных артериях. Прекращение дыхания развивается позже	Резанимационные мероприятия
Нарушение кровообращения, опасное для жизни	Шок, отёк лёгких, синдром МАС	Интенсивная терапия, электроимпульсная терапия (ЭИТ), установка электрокардиостимулятора (ЭКС)
Клинически значимые нарушения кровообращения	Ангинозная боль, острая, но умеренно выраженная гипо- или гипертензия, неврологическая симптоматика, СН	Неотложное лечение
Прямая угроза нарушения кровообращения	Впервые возникший пароксизм без острого нарушения кровообращения, аритмии или нарушения работы ЭКС с указанием на синкопальные состояния, ангинозную боль или острые нарушения гемодинамики, «опасные» желудочковые аритмии, фибрилляция предсердий при синдроме WPW	Интенсивное наблюдение, плановое лечение
Нет прямой угрозы нарушения кровообращения	Непароксизмальные тахикардии, увеличение ЧСС при постоянной форме ФП, снижение ЧСС при хронических брадиаритмиях. Суправентрикулярные или «неопасные» желудочковые экстрасистолы	Симптоматическая терапия. Лечение основного заболевания

– результат не достигнут – через 2 мин верапамил 2,5-5 мг в/в с возможным повторным введением через 15 мин при отсутствии эффекта 5-10 мг верапамила в/в, сочетание АТФ и верапамила с вагусными препаратами;

– пациентам без СН через 20 мин в/в со скоростью 50-100 мг/мин 1г (до 17 мг/кг) новокаинамида;

– пациентам с СН через 20 мин в/в медленно 150 мг амиодарона, при отсутствии эффекта через 5 мин ещё 150 мг амиодарона. Эффект отсутствует – электроимпульсная терапия (ЭИТ).

При пароксизме фибрилляции предсердий новокаинамид либо амиодарон, либо пропafenон 70-100 мг (1-2 мг/кг) в/в за 5 мин (возможно назначение пропafenона внутрь 450-600 мг). Для снижения частоты

сокращения желудочков – в/в медленно верапамил по 5 мг через 5 мин до суммарной дозы 20 мг или пропранолол 20-40 мг внутрь.

При пароксизме трепетания предсердий – ЭИТ; снижение ЧСЖЭ; катетерная абляция.

При пароксизме ФП на фоне синдрома WPW – медленно новокаинамид или амиодарон, ЭИТ (противопоказаны сердечные гликозиды, БАБ, АТФ, верапамил, дилтиазем!).

При пароксизме ЖТ:

- лидокаин 120 мг (1,5 мг/кг) в/в медленно, при отсутствии эффекта повторно лидокаин в той же дозе (до общей дозы 3 мг/кг), нет эффекта – ЭИТ либо амиодарон;
- можно начать с амиодарона, нет эф-

фекта – ЭИТ, либо лидокаин – ЭИТ при отсутствии эффекта; возможно введение новокаинамида;

- синдром МАС при АВ-блокаде III ст.;
- закрытый массаж сердца;
- вводить атропин через 3-5 мин по 1 мг в/в (общая доза 3 мг – 0,04 мг/кг);
- эндокардиальная чрезкожная или чрезпищеводная электрокардиостимуляция;
- допамин 100 мг или адреналин 1 мг в 200 мл 5% раствора глюкозы в/в;
- медленное введение в/в 240 мг эуфиллина.

Осложнения:

- фибрилляция желудочков;
- острая СН (отёк лёгких, кардиогенный шок);
- артериальная гипотензия;
- ангинозная боль.

В отличие от обычных ААП, следует чаще применять средства, влияющие на различные кардиальные патогенетические механизмы – воспаление, нейрогуморальные факторы, снижение ремоделирования. Они сокращают сердечно-сосудистую смертность, влияют на жизнеопасные аритмии у пациентов со структурной сердечной патологией. Именно в этом значительная патогенетическая роль кортикостероидных гормонов, ω-3-полиненасыщенные жирные кислоты, средств, воздействующих на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, иАПФ, АРАII.

Михаил ГУРЕВИЧ,
доктор медицинских наук, профессор.

Кафедра терапии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского.

Острый коронарный синдром и гипергликемия

(Окончание. Начало в № 86 от 18.11.2015.)

Доказано, что повышенный уровень глюкозы крови при поступлении является предикторным в отношении риска развития осложнений и смертельного исхода, что особенно характерно для больных без ранее диагностированного СД в анамнезе. В ходе исследований доказано увеличение относительного риска летального исхода ИМ в 3,9 раза у больных без СД в анамнезе в случае значительной гипергликемии у них при поступлении $\geq 6,1$ ммоль/л по сравнению с пациентами с нормогликемией.

Хотя хорошо известно, что сахарный диабет существенно усугубляет тяжесть течения сердечно-сосудистых заболеваний и в значительной степени ухудшает прогноз больных, тот факт, что гипергликемия сама по себе, даже у больных ОКС без сахарного диабета, является важным независимым фактором риска, редко принимается во внимание. Наличие гипергликемии у больных ОКС должно служить поводом для особой осторожности врачей и диктовать необходимость принятия специальных мер по коррекции уровня глюкозы в крови.

Однако имеющаяся на сегодняшний день доказательная база не даёт однозначных ответов на ряд вопросов, связанных с проблемой гипергликемии при ОКС. Прежде всего, не ясно, какие уровни гипергликемии в данной ситуации следует считать целевыми и какова должна быть лечебная тактика в случае развития гипергликемии.

Проблема гипергликемии при ОКС незаслуженно отодвигается на задний план, остаётся недостаточно изучаемой в клинических исследованиях и привлекает гораздо меньше внимания практических врачей, чем следовало бы. Нарушения метаболизма глюкозы редко расцениваются врачами как грозный признак возрастания риска, особенно если у пациента ранее не был диагностирован СД.

Вследствие этого, адекватная коррекция уровня глюкозы в крови проводится далеко не всегда, оставаясь второстепенной задачей по сравнению с реперфузионным и антиагрегационным лечением, а также симптоматической интенсивной терапией и реанимационными мероприятиями. Гипергликемия, зарегистрированная при госпитализации пациента с ОКС, ассоциируется с худшими исходами заболевания, в частности с возрастанием смертности и риска развития тяжёлой сердечной недостаточности. Например, внутригоспитальная смертность при гипергликемии выше почти в 2 раза по сравнению с лицами, у которых уровень глюкозы в крови остаётся нормальным.

Даже небольшая гипергликемия у пациентов с ОКС без СД увеличивает смертность, что было показано в исследованиях последних лет. При этом прогностическая значимость гипергликемии актуальна как для раннего, так и для отдалённого периодов после перенесённого сердечно-сосудистого события. Например, обращают на себя внимание результаты крупного ретроспективного исследования M.Kosiborod et al. (2005). Это исследование включало более 140 тыс. пожилых больных с ИМ.

Было показано, что в зависимости от степени повышения уровня глюкозы в крови

гипергликемия обуславливает от 13 до 77% повышения риска смерти в первые 30 суток и от 7 до 46% – в первый год после перенесённого инфаркта. Это увеличение риска было независимым от других факторов, таких как ранее перенесённый ИМ, наличие сердечной недостаточности, повышенные уровни креатинина, креатинфосфокиназы, низкая фракция выброса и пр.

При этом интересно, что увеличение 30-дневной летальности было более существенным у больных с гипергликемией без СД, чем у больных с уже существующим СД; к тому же порог уровня гипергликемии, за которым начиналось возрастание риска, у недиабетиков был гораздо ниже, чем у больных СД.

Эти данные подтверждаются многими другими авторами, в том числе в рандомизированных проспективных исследованиях. Например, в исследовании CREATE-ECLA (2005) 30-дневная летальность у больных с ИМ с подъёмом сегмента ST значительно отличалась в зависимости от содержания глюкозы в крови и составляла 6,6% у тех, у кого гипергликемия находилась в пределах нижнего тертиля, и 14% у тех, у кого гипергликемия находилась в пределах верхнего тертиля.

В рандомизированном контролируемом исследовании HI-5 (2006) подтвердилось неблагоприятное влияние гипергликемии на отдалённые исходы (оценивалась летальность в первые 6 месяцев после ИМ). Также имеет значение, регистрировалась гипергликемия только во время госпитализации больного с ОКС или наблюдалась во время всего периода лечения в стационаре. Персистирующая гипергликемия, как показывают некоторые исследования, имеет большее прогностическое значение, чем однократное определение повышения уровня глюкозы в крови в остром периоде.

Следует отметить, что риск смертельного исхода ИМ у больных СД существенно возрастает при наличии в течение периода госпитализации значений гипергликемии более либо равных 11,0 ммоль/л, а в случае отсутствия СД в анамнезе значительное повышение риска отмечается при более низких величинах глюкозы крови – более, либо равных 7,2 ммоль/л. Это можно объяснить тем, что для развития гипергликемии у лиц, не страдающих СД, требуется гораздо более сильный стресс, не смотря на более низкие цифры глюкозы в крови.

Более высокий риск развития осложнений при ОКС также можно объяснить тем, что наличие гипергликемии без указаний на то, что у пациента имеется диабет, редко становится поводом для агрессивного сахароснижающего лечения, прежде всего с помощью инсулинотерапии, в то время как гипергликемия у диабетиков является чётким показанием для интенсивной сахароснижающей терапии, в том числе для перехода на инсулин даже у тех больных, которые ранее лечились только пероральными сахароснижающими препаратами.

Не менее важным является определение уровня глюкозы крови натощак у больных, госпитализированных в связи с ОКС, т.к. имеет важное прогностическое значение в отношении исходов заболевания как в период нахождения в стационаре, так и в

последующие годы. Предикторная ценность тощаковой гипергликемии, по мнению ряда исследователей, превосходит прогностическое значение гипергликемии на момент поступления, и позволяет предвидеть риск смертельного исхода ИМ в течение последующих двух лет, оценить значение ФВ левого желудочка в постинфарктный период.

В недавно завершившихся исследованиях была выявлена ассоциативная взаимосвязь между значениями гипергликемии натощак и риском развития сердечной недостаточности после ИМ. Оказалось, что прогностическое значение тощаковой гипергликемии более выражено в группе больных ИМ без СД у них в анамнезе.

Таким образом, за последние десятилетия накопились доказательства неблагоприятного влияния гипергликемии на течение и прогноз ОКС. Установлено, что повышенный уровень глюкозы крови у больного на момент госпитализации ассоциирован с высокой летальностью как в период стационарного лечения, так и в течение первого года после инфаркта вне зависимости от наличия СД в анамнезе. Каждое увеличение уровня глюкозы на 1 ммоль/л у больных ОКС сопровождается увеличением летальности на 4%.

Для больных ОКС с гипергликемией при поступлении и повышенным уровнем тощаковой гипергликемии в последующие дни госпитализации характерно увеличение летальности в 3 раза. Неблагоприятный прогноз у таких больных связывают с рецидивирующей миокардиальной ишемией, дисфункцией левого желудочка, развитием тяжёлой сердечной недостаточности, кардиогенного шока, активацией провоспалительных и прокоагуляционных факторов.

Несмотря на некоторые разногласия в оценке прогностической ценности гипергликемии в различных условиях (при поступлении, натощак, постпрандиальная и персистирующая гипергликемия), в настоящее время доказано неблагоприятное влияние повышенного уровня глюкозы крови при всех способах измерения на течение и исходы ИМ.

Прямой повреждающий эффект гипергликемии и/или ассоциированные с ней патологические процессы на функцию миокарда ещё предстоит изучить. Поэтому до сегодняшнего дня обсуждается вопрос: является ли гипергликемия непосредственной причиной ухудшения прогноза пациента с ОКС или же выступает лишь маркёром более тяжёлого течения заболевания. Некоторые авторы, всё же, склонны считать, что гипергликемия – это, так называемый, «эпифеномен», т.е. вторичное явление, сопровождающее основные нарушения и не оказывающее само по себе значительного влияния на течение и прогноз ОКС.

Тем не менее, гипергликемию следует расценивать как независимый повреждающий фактор при ОКС, хотя доказательная база по этому вопросу недостаточна.

Согласно рекомендациям American Heart Association (AHA) по диагностике и контролю гипергликемии у больных с ОКС для пациентов с гипергликемией, но без ранее диагностированного СД, необходимо всем определять уровень глюкозы в крови при поступлении в стационар (уровень доказатель-

ности А) и тщательно мониторировать этот показатель во время пребывания больного в отделении интенсивной терапии (уровень доказательности В).

Интенсивный контроль гликемии целесообразен у всех больных с содержанием глюкозы в плазме крови $>10,0$ ммоль/л (уровень доказательности В), хотя это целесообразно и у лиц с менее выраженной гипергликемией (уровень доказательности С). Для диагностики гипергликемии следует использовать методы, позволяющие непосредственно определить уровень глюкозы в крови. Тесты на уровень гипергликемии при ОКС рекомендуются проводить несколько раз на протяжении всего периода стационарного лечения.

Показано неоднократное определение концентрации глюкозы – как в плазме крови, взятой из вены, так и в капиллярной крови, взятой из пальца; как натощак, так и в разные сроки после еды. Очевидно, что в условиях реанимации диагностика СД по рекомендуемому критериям затруднена. Оценка уровня гликированного гемоглобина (HbA1c) в данной ситуации может оказаться очень полезной для диагностики СД у больных с гипергликемией при ОКС, т.к. отражает состояние углеводного обмена в течение последних 2-3 месяцев. Влияние стрессовой гипергликемии на значение HbA1c минимально.

На протяжении последних 40 лет взаимосвязь между уровнем глюкозы в крови и исходом ОКС является предметом оживлённой дискуссии в мировом научном сообществе. Проведённые исследования дали ответы лишь на некоторые вопросы, но большое количество вопросов ещё остаётся. Нет чёткой определённости в диагностических критериях гипергликемии у больных ОКС, до конца не установлены патофизиологические механизмы, лежащие в основе взаимосвязи гипергликемии и неблагоприятных исходов, отсутствуют единые рекомендации по оптимальному мониторингованию и лечению гипергликемии у данной категории больных.

Ясно одно – больные с ОКС и повышенным уровнем глюкозы в крови должны быть отнесены к группе высокого риска развития кардиоваскулярных осложнений. Это необходимо не только в связи с худшим прогнозом, характерным для данной категории больных, но и для выделения пациентов, нуждающихся в дополнительном внимании, первоочередном применении агрессивных технологий, использовании дополнительных средств терапии.

Сегодня продолжают исследования по данной тематике. Исследовательская доказательная база, которая позволит ответить на все эти вопросы, несомненно, появится в будущем. В настоящее время необходимо опираться на все полученные данные для улучшения прогноза и выживаемости пациентов с ОКС и повышенным уровнем глюкозы в крови.

Олеся НИКОЛИН,
ассистент кафедры госпитальной
терапии № 1, кандидат медицинских наук.

Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.

В последние годы расхожей стала фраза: «Берегите мужчин!» Под таким девизом проводятся различные лекции и акции, где специалисты популярно объясняют, насколько важно мужчинам заботиться о собственном здоровье и насколько важно женщинам об этом помнить.

Безусловно, у мужчин в силу различных факторов гораздо больше предпосылок для развития неинфекционных заболеваний, среди которых на первом месте уже многие десятилетия стоят заболевания сердца.

Но все эти акции, на мой взгляд, ещё и подразумевают, что женщин вроде как и без того берегут...

Нерадостное «равенство»

К сожалению, статистика свидетельствует об обратном: мы всё чаще и чаще слышим, что в зону риска неинфекционных заболеваний попадает всё большее количество женщин, причём молодых. Сейчас от сердечно-сосудистых заболеваний женщин умирает больше, чем от рака, туберкулёза, ВИЧ/СПИДа и малярии вместе взятых. Это – треть всех случаев смерти, то есть 8,6 млн унесённых жизней.

Причина, как водится, не одна. Это и поведенческие моменты – нежелание и, к сожалению, неумение заботиться о себе (а порой и элементарная нехватка времени); отсутствие осторожности даже при появлении тревожных симптомов – согласно статистике, каждая третья женщина не обращает внимания на непривычные ощущения, неизбежно появляющиеся перед инфарктом миокарда, и вследствие этого обращается к врачам гораздо позже, чем мужчины.

Это и возрастающая роль всех факторов риска. Они у женщин и мужчин в принципе одинаковые, но женское курение, например, в последние годы достигло невиданных масштабов, причём оно «молодеет» на глазах. Не уменьшаются и такие факторы, как высокий уровень холестерина, гипертония, стресс, ожирение и низкая физическая активность. Растут показатели заболеваемости сахарным диабетом.

Однако существуют и такие медицинские аспекты, которые связаны со спецификой женского организма. Оказывается, у женщин и симптомы развития инфаркта миокарда могут проявляться иначе, чем у мужчин.

Неосведомлённость медиков в данном вопросе может привести к ошибочной диагностике и лечению. Кроме того, и последствия инфаркта миокарда сами по себе могут быть более тяжёлыми.

Об этом на встрече с московскими журналистами рассказал доктор медицины Клаудио Галли. Он подчеркнул: общеизвестно, что женщины до наступления менопаузы защищены эстрогеном. Но после этого сразу же возникает нерадостное «равенство»: заболеваемость ССЗ как таковая и риск развития инсульта у женщин в период менопаузы ничуть не меньше (а по некоторым данным, и больше), чем у мужчин.

Стресс ударяет сильнее...

А присущая женщинам склонность к депрессии, по данным исследования, опубликованного в Journal of the American College of Cardiology, ни много ни мало – удваивает возможность заболеть сердечно-сосудистыми заболеваниями. Что уж говорить о периоде после перенесённого инфаркта миокарда – женщины переживают случившееся настолько

первые золотые часы, в которые инфаркт миокарда можно остановить. Как известно, «терапевтическое окно» в данном случае составляет 6 часов – это максимальный отрезок времени, за который можно успеть восстановить кровоток в артерии сердца и остановить гибель клеток миокарда.

ницы пороговых значений – у женщин уровень высокочувствительного тропонина изначально ниже, чем у мужчин, поэтому тут важно заметить малейшие изменения. В противном случае велика вероятность постановки неправильного диагноза.

Между тем значение «диагностического окна» труд-

Применение нового рекомендованного уровня тропонина для принятия решения позволит врачам удвоить количество пациентов, выписанных сразу из отделений травматологии или неотложной помощи после одного анализа на тропонин во время первичного осмотра. Кроме того, применение данно-

Ситуация

Сокрушительный удар по женскому сердцу

Кардиологи исследуют гендерные особенности заболевания



Повышенное артериальное давление – один из факторов риска «сердечных проблем»

сильно, что это порой приводит к повторному приступу.

– То, что мы называем ударом для женского сердца в переносном смысле, а именно – любую тяжёлую психическую травму, становится ударом и в смысле медицинском, – сообщил Клаудио Галли. – В таких случаях у женщин инфаркт миокарда развивается в течение 1-2 дней, тогда как мужчины переносят подобные потрясения более стойко.

Исследования гендерных особенностей в кардиологии показали, что женщины в возрасте 45 лет и старше чаще, чем мужчины, умирают в течение года после первого инфаркта. Кроме того, госпитальная летальность у женщин при ССЗ почти вдвое выше, чем у мужчин.

Если продолжать разговор об отличительных особенностях, то у женщин гораздо чаще, помимо наиболее характерного симптома – боли и сдавливания в области грудной клетки, встречаются болезненные ощущения в верхней части спины, в области челюсти и шеи, а также одышка, тошнота, выступание холодного пота, повышенная утомляемость и общая слабость. Всё это сопровождается необъяснимым беспокойством и потерей аппетита.

Такие симптомы легко принять за проявление куда менее тяжёлых заболеваний. А поскольку мы всегда предпочитаем надеяться на лучшее, то чаще всего женщины этим себя и успокаивают. В результате оказываются потерянными

Диагностика: точность и быстрота

– Когда есть малейшее предположение, что у пациента инфаркт миокарда, одним из лабораторных тестов, позволяющих подтвердить это, является динамическое измерение тропонина-I, – говорит доцент кафедры клинической лабораторной диагностики Российской медицинской академии последипломного образования (РМАПО) кандидат медицинских наук Алексей Бугров. – Этот белок позволяет определить степень поражения сердечной мышцы, поскольку он повышается по мере повреждения миокарда.

– Соответственно, необходим качественный высокочувствительный тест, позволяющий выявить тропонин-I и динамику его изменения в очень низких концентрациях, – подчёркивает А.Бугров. – По данным исследования, проведённого британскими учёными, такой высокочувствительный тест способен установить вдвое больше случаев инфаркта миокарда, чем стандартный. К тому же он позволяет врачу определить наличие инфаркта в течение 2-4 часов, тогда как обычно подобная диагностика сейчас проводится через 6 или даже через 12 часов после поступления пациента в отделение неотложной помощи.

В настоящее время многочисленными международными исследованиями доказано существование гендерной раз-

но переоценить: чем раньше определено заболевание, тем больше шансов на назначение адекватной терапии и надежды на положительный результат. Ведь как только кровь перестаёт поступать в сердце, начинается отмирание его клеток, что ведёт к необратимым изменениям...

– Роль лабораторных исследований в профилактике, диагностике и лечении инфаркта становится в последнее время всё более важной, – констатирует А.Бугров. – Высокочувствительный тест для определения тропонина-I, который в соответствии с рекомендациями кардиологических сообществ Европы и Америки необходимо проводить через 30 дней и через 90 дней после перенесённого инфаркта миокарда, может помочь врачам оценить степень риска и предупредить возможные осложнения.

Его слова подтверждает недавняя публикация на сайте знаменитого журнала Lancet результатов исследования, демонстрирующих: срочный высокочувствительный тест на тропонин-I может исключить наличие случившегося инфаркта миокарда, что поможет врачам выписывать две трети пациентов с загрудинной болью из стационара значительно быстрее.

«Данное исследование предполагает, что срочное определение уровня тропонина, белка, повышенный уровень которого может свидетельствовать о повреждении сердечной мышцы, поможет врачам назначать пациентам более эффективное лечение, исключив инфаркт миокарда без повторного анализа и тем самым снизив количество ненужных процедур и госпитализаций», – считают авторы публикации.

Это исследование финансировалось в рамках гранта, выделенного Британским фондом изучения сердца (British Heart Foundation), и было выполнено в Эдинбургском университете. Проводившие его медики отмечают: «каждый год в Англии и Уэльсе в отделения травматологии и неотложной помощи обращаются около 700 тыс. человек с загрудинной болью. В настоящее время врачи назначают анализ на тропонин при поступлении пациента, а затем снова в течение 1-6 часов, чтобы оценить вероятность случившегося инфаркта миокарда.

го теста может снизить затраты системы здравоохранения в целом».

Правильно настроенные паруса

По словам А.Бугрова, большое значение имеет также лабораторное исследование на наличие атеросклероза – основной патогенетической причины большинства сердечно-сосудистых заболеваний. Если его своевременно обнаружить и остановить, можно добиться существенного снижения показателей смертности от инфаркта.

Здесь также нужна высокоточная диагностика, поскольку, как заметил А.Бугров, даже нормальные значения холестерина не всегда являются достоверным свидетельством того, что атеросклероз у пациента нет.

Проведённые недавно в Норвегии исследования ещё раз подтвердили возрастание риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин после наступления менопаузы и возможность избежать трагических последствий благодаря исследованию уровня тропонина-I.

– Недооценка этих особенностей сегодня приводит к тому, что сердечно-сосудистые заболевания являются одной из основных причин смерти каждой третьей женщины ежегодно, – говорит Клаудио Галли. – Необходимо менять отношение и самих женщин, и врачей к этой проблеме. К этому выводу приходит мировое медицинское сообщество. Не случайно в этом году в Италии начали реализовывать информационно-образовательную программу для женщин «Живи с сердцем», призванную повысить уровень знаний общества о ССЗ в целом и о гендерных различиях в частности.

– Подобные программы необходимо разрабатывать и воплощать в жизнь в каждой стране, – убеждён учёный. – Это – залог здоровья не только живущих ныне женщин, но и всего генофонда нации.

Поскольку, как афористично заметил он, «мы не можем управлять ветром, но можем правильно настроить свои паруса».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото автора.

Прямая речь

Детям — лучшее? Однако...

Пора разорвать порочный круг рукотворных проблем

Детская торакальная хирургия — это узкая область медицины, специалистов в которой на всю Россию можно пересчитать по пальцам. При этом востребованность таких кадров высокая и постоянно растёт. При общем увеличении рождаемости возросло и число детей с врождёнными пороками, воспалительными заболеваниями грудной полости. О проблемах этого направления в общем и в частности наш внештатный корреспондент кандидат медицинских наук Светлана СЕРГЕЕВА побеседовала с заведующим отделением торакальной хирургии московской Детской городской клинической больницы Святого Владимира хирургом высшей категории Дмитрием ХАСПЕКОВЫМ. Предлагаем его мнение.

Услуги и оплата

В Послании Президента РФ Федеральному собранию 2013 г. поставлена задача увеличить объёмы высокотехнологичной медицинской помощи. В течение 3 лет сформировать условия, чтобы в 1,5 раза стало больше таких операций. Мы выполняем полный спектр оперативных вмешательств из Перечня методов лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Торакальная хирургия». Это реконструктивно-пластические операции на стенке грудной клетки и диафрагме, эндоскопические и эндоваскулярные операции, видеоторакоскопические операции, расширенные и реконструктивно-пластические операции на органах грудной полости. Однако не можем добиться включения нашего отделения в перечень организаций, оказывающих ВМП за счёт бюджетных ассигнований, что является главным условием предоставления субсидий. В связи с этим мы финансируемся по более низким тарифам, что приводит к уменьшению оказания объёмов медицинских услуг, недостатку оборудования и необходимых расходных материалов.

Почему так происходит? Не имея аккредитации на оказание ВМП, а по сути её оказывая, мы работаем по низким тарифам, не принося прибыли нашей ДГКБ, которая способна была бы покрыть дорогостоящие расходные материалы, текущий ремонт оборудования. В результате нас всем этим не оснащают в полной мере, оборудование изнашивается, новое не закупается, катастрофически не хватает расходных материалов. А ведь как раз по причине недооснащения нас и не аккредитовывают для оказания ВМП. Получается порочный круг, под угрозой забвения и развала целая школа детской торакальной хирургии, созданная величайшим хирургом своего времени — академиком Станиславом Яковлевичем Долецким и целой плеядой известнейших хирургов кафедры детской хирургии тогда Центрального института усовершенствования врачей (ныне РМАПО).

По нашему профилю «детская торакальная хирургия» аккредитована на выполнение ВМП только одно госпредприятие — ДГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова Департамента здравоохранения Москвы. Там своя сильная школа и хорошая команда, и, возможно, чиновники от медицины посчитали, что, мол, и достаточно. Но это в корне неверно! Для развития



Доктор Хаспеков со своими пациентами

любого дела нужен постоянный напряжённый диалог равных, ведь только в споре рождается истина. Медицину пока нельзя назвать точной наукой, поэтому здесь всегда нужно альтернативное мнение и люди, способные его сформировать. А в сложившейся ситуации мы не можем привлечь молодые кадры, чтобы передать им свои навыки и сохранить преемственность, потому что это невыгодно с точки зрения менеджмента, так как мы не аккредитованы как ВМП и работаем по низким тарифам.

Детская хирургия — это особая область медицины. На мой взгляд, даже сравнительно несложные оперативные вмешательства у детей, особенно раннего возраста, должны проводиться с использованием высокотехнологичного малоинвазивного оборудования. А открытый доступ может использоваться только по особым показаниям, которые отдельно должны обосновываться в истории болезни. Посудите сами, разве можно оперировать детей «на коленке»? Ведь малоинвазивные технологии позволяют значительно сократить восстановительный период, тем самым в разы уменьшая пребывание малыша в больнице. А как это ни прискорбно, бич нашей хирургии — это послеоперационный уход, когда блестяще выполненную операцию «съедает» неорганизованный больничный быт.

Мы сформировали стратегию

Отдельный вопрос — это планировка больничных хирургических отделений. Не только нашего. Принцип обустройства многих стационаров хирургического профиля одинаково безграмотен относительно новых подходов, представлений об оказании хирургической помощи. Когда возводились эти больничные сооружения, надо было делать быстрее, как с «хрущёвками», а потом в процессе эксплуатации всплывали огрехи, исправление которых уже никто финанси-

ровать не хотел. В начале 90-х было запланировано на территории нашей ДГКБ строительство нового 7-этажного корпуса, где отделению торакальной хирургии отводился целый просторный этаж. Я разработал подробный план организации операционных, учебных залов, палат, оснащения с учётом лучшего отечественного и европейского опыта. Однако всё осталось на бумаге — ничего не построили. В середине 2000-х про корпус снова вспомнили, но срезали 2 этажа. Теперь же к 2017 г. планируется начать строительство нового 4-этажного корпуса. А дальше?..

Также выходом из данного положения могло бы стать проведение перепланировки уже имеющихся площадей, но с уменьшением количества коек. Однако при условии небольшого дооснащения и аккредитации нашего отделения для выполнения ВМП мы сможем значительно увеличить оборот койки, увеличив экономическую эффективность. А затраты на такой ремонт не так уж и велики.

«Бездомные» родители

В отделение поступают дети со всей России. Маленький ребёнок прибывает к нам со своей мамой. Постоянное присутствие одного из опекунов с некоторого времени также стало необходимым, исходя из юридических нюансов. При этом сложные пациенты порой находятся в стационаре несколько недель. А где жить эти несколько недель несчастной матери, если дом в сотнях километров? Снимать жильё в Москве, учитывая зарплату на периферии, неподъёмно! А если это мать-одиночка? В цивилизованных странах эта проблема уже давно решена: на территории клинического городка находится хостел для родителей, где есть условия для сна, соблюдения личной гигиены, предусмотрено питание. Плата за такое размещение небольшая, разумеется, необходимость размещения должна быть обоснована. Почему бы в России

не перенять этот положительный опыт?

За медицинские кадры

Детская торакальная хирургия — одно из самых сложных медицинских направлений. Нозологический ряд, за который ответственна торакальная хирургия, практически неисчерпаем, поэтому врачи, работающие в этой области, должны обладать по-настоящему прочными и систематизированными знаниями современной медицины. Подготовить такого специалиста — задача непростая. В процессе подготовки должны присутствовать следующие обязательные составляющие: коллектив профессионалов, которые могут наглядно показать и передать своё мастерство молодёжи; наличие современного эндоскопического оборудования, позволяющего проводить самые сложные операции максимально щадящим методом; наличие достаточного количества расходных материалов; наличие адекватно спланированного и отремонтированного помещения (операционные и учебные залы); наличие симуляционных моделей для отработки практических навыков.

Я полностью согласен с тем, что система образования должна строиться вокруг сильного, одарённого учителя. В нашем хирургическом направлении есть такие люди, есть школа, которая десятилетия развивалась, которая позволяла передавать новым поколениям не только знания и навыки, она формировала такие качества, как внимание к людям, благородство, выполнение своего профессионального и морального долга. Сейчас мы видим перед собой пропасть. Разрыв между нами и теми, кто всё же придёт после нас, растёт с каждым годом. Если ситуация с поддержкой материально-технической базы не изменится к лучшему, мы не сможем вырастить новое поколение. Это больно. Мы хотим видеть молодёжь с горящими глазами, с несгибаемым энтузиазмом и верой в светлое

будущее. И такие люди есть. Они как вспышки на солнце. Это те самые кадры, которые нужно отбирать по крупицам, беречь их и поддерживать.

А что получается на деле? У нас хирург, чтобы провести сложнейшую операцию, должен думать не только о технике её выполнения, но и о том, как полностью обеспечить операционную расходными материалами, чтобы быть в полной готовности к любому развитию событий. Ведь успех операции — это не только мастерство хирурга и оперирующей бригады, это ещё оборудование и качественные расходники к нему: степлеры к сшивающим аппаратам, клипсы к клипсодержателям и многое другое. Здесь есть нюансы, которые не всегда учитывают «снабженцы», в итоге зачастую поставляется не то и в недостаточных количествах, а то и вовсе не поставляется... Наши заявки уходят в департамент и там пропадают. От хирурга это не зависит, он никак не может повлиять на эти административно-хозяйственные процессы. Бывают ситуации, когда понимаешь, что ты можешь сделать всё, но при этом не можешь брать ребёнка «на стол», так как не хватает каких-нибудь расходников. Это постоянное моральное давление элементарного недостатка оборудования, что от тебя не зависит, но в итоге ты отвечаешь. А вы говорите — профессиональное выгорание, тут «профессиональное прижигание» системой. И это страшно. Молодой специалист либо не выдерживает, либо «закаляется».

Мы родом из советской действительности, и хоть здравоохранение и тогда финансировалось по остаточному принципу, нас не учили считать деньги, а учили, что нет ничего дороже жизни. На стипендию студента, аспиранта можно было существовать. А сегодняшний молодёжь? Они берут кредиты на обучение, им надо их отдавать, их рыночная система в другие рамки загоняет. Наши студенты-кружковцы занимают призовые места на хирургических всероссийских олимпиадах. Но опять же: если нет состоятельных родителей — об аспирантуре эти ребята только мечтают. А мы в сложившейся ситуации не можем привлечь их финансовой стабильностью. И один из рычагов, который бы мог относительно быстро нормализовать ситуацию — аккредитация отделения для оказания ВМП.

Ждём участия и поддержки!

Мы понимаем, что сейчас сложная ситуация, социально-экономические реалии требуют реформ, а любая реформа по сути своей эксперимент. Мы видим, как на глазах, во многом к лучшему, меняется система российского здравоохранения. Мы верим, что наступит то прекрасное время, когда мы догоним и перегоним наших европейских коллег по социально-экономическим показателям. Но не просто мечтатели. Мы готовы работать на благо нашей страны. Помогите нам выполнить свой долг!

Согласно договору о Евразийском экономическом союзе (ЕАЭС), с 1 января 2016 г. начнёт функционировать единый рынок лекарств и медицинских изделий. Предполагается, что с этой даты все безопасные, эффективные и качественные лекарства и медизделия 5 стран союза смогут свободно перемещаться не только в пределах отдельно взятой страны ЕАЭС, но и по всей союзной территории.

Прийти к консенсусу

Созданию единого рынка лекарств предшествовала большая предварительная работа. Ещё в 2013 г. при ЕАЭС была создана рабочая группа по формированию общих подходов к регулированию обращения лекарственных средств. Одновременно с этим был подготовлен перечень документов, который позволит обеспечить формирование общего фармацевтического рынка.

Основная сложность заключается в различии подходов в сфере обращения ЛС и медизделий, которые на сегодняшний день существуют в государствах – участниках Союза. Необходимо было увязать единые интересы всех стран. По словам члена рабочей группы, исполнительного директора Союза профессиональных фармацевтических организаций (СПФО) Лилии Титовой, хотя каждая из них ориентировалась в своей регуляторной практике на международные нормы, на деле оказалось, что они не всегда понимаются едино, и в конкретных документах трансформированы по-разному.

– Выработка соглашения о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств в рамках ЕАЭС идёт непросто, тем более что на площадке Евразийской комиссии по любому документу необходимо найти консенсус, не допуская приоритета мнения какой-либо страны. Найти согласованную формулировку довольно сложно, это длительная процедура, – подчеркнула представитель СПФО, выступая на конференции в Москве.

Все документы, которые разработаны на уровне рабочей группы, размещены в сети Интернет на сайте ЕАЭС, с ними можно ознакомиться в свободном доступе. Нормативно-правовые акты фармацевтической отрасли Российской Федерации и 4 стран, входящих в Евразийскую комиссию, которые необходимы для реализации соглашения, должны начать действовать с 1 января следующего года. Вместе с тем в законодательстве предусмотрен 10-летний переходный период – до 2025 г. До сих пор по некоторым спорным момен-

Сотрудничество

Лекарства без границ

Фармацевтические рынки стран ЕАЭС: снова вместе?



там сторонам так и не удалось достигнуть консенсуса.

Каждый о своём

Первый документ – Информационный справочник понятий (терминов). Как отметила Л.Титова, в нём по многим пунктам не найдено конечное соглашение, поскольку, несмотря на похожесть глоссария многих стран, всё же существуют некие различия. И как только будут введены наднациональные правила, то все национальные правила должны будут снова поменяться. В этих условиях каждая из стран стремится вносить как можно меньше изменений, и настаивает на том, чтобы её законодательная база послужила основой для принятия документа. А на практике это невозможно.

– Это огромный массив документов, которые отрасль должна не только изучить, но и перестроить согласно им свою деятельность в сжатые сроки, – подчеркнула Л.Титова. – Сегодня звучат разные предложения, в частности, отсрочить принятие некоторых российских документов до того, как будут утверждены наднациональные, а потом уже под них подстроиться. Но это неприемлемо. В Федеральном законе № 429-ФЗ, которым вносятся поправки в 61-ФЗ, обозначены сроки принятия документов, их нужно выполнять.

Единственный документ, по мнению эксперта, который «увязывается» с Евразийскими нормами, – это Перечень лекарственных форм (ЛФ). Положительный момент в том, что ЛФ будут унифицированы, и проделав работу на данном этапе, регуляторам больше не придётся ею заниматься в ближайшие 10 лет. Другой пакет документов, ко-

торый размещён на сайте Евразийской комиссии, – Надлежащие фармацевтические практики (GCP, GMP, GDP).

Российский термин «правила» заменился международным – «практики». Однако, как полагает Л.Титова, эти документы не будут до конца соответствовать европейским нормам: «Проблема в том, что в Европейском союзе постоянно выходят директивы, корректирующие существующие нормы, благодаря чему отрасль всегда находится в тонусе и движется вперёд. Как этот вопрос будет поставлен Евразийской комиссией, пока не ясно, то есть будет ли жить отрасль согласно принятому документу 10 лет или в него будут оперативно вноситься изменения».

На настоящий момент соглашение достигнуто только по одному документу – GDP («Надлежащая дистрибуторская практика»), он вступит в силу 1 января 2017 г. По статистике Росздравнадзора, 40% рекламаций, которые поступают на лекарственные препараты, находящиеся в обращении на рынке, связаны с тем, что их неправильно хранили и транспортировали, напомнила эксперт. В ФЗ-429 разделены «правила хранения и транспортировки» и «правила дистрибуции». Эти два различных документа, но идущие в одной связке, сейчас уже готовятся в соответствии с проектом правил GDP, который вывешен на сайте.

Есть мнение...

Следующие два важных документа, которые стали «камнем преткновения» для экспертов рабочей группы, это «Правила регистрации и экспертизы лекарственных средств» и «Правила проведения исследований био-

эквивалентности воспроизведённых лекарственных препаратов». Основная сложность заключается в том, что у регуляторных органов стран, входящих в ЕАЭС, существуют разные подходы к решению данной проблемы.

Один из вопросов – что делать с локальными клиническими исследованиями. Точка зрения российского Минздрава – локальную клинику сохранить. Подход наших коллег из Белоруссии, Казахстана, Киргизии и Армении – локальная клиника не нужна. Пока консенсус на протяжении многих заседаний найти не удаётся.

Ещё один важный момент касается пакета документов, который предоставляется для регистрации. Наши коллеги из стран – участниц ЕАЭС считают, что достаточен некий компетентный орган вне этих стран. Позиция Российской Федерации иная: это компетенция Министерства промышленности и торговли РФ, а заключение GMP должно быть выдано либо РФ, либо одной из 4 стран союза.

Изначально предполагалось, что если будет единое экономическое пространство, то будет и некое «единое окно», в которое можно подать документы на регистрацию и получить итоговый, разрешающий работать в странах союза. В процессе обсуждения эта модель трансформировалась, и, как считает Л.Титова, не в лучшую сторону.

Новая модель регистрации предусматривает возможность выбора референтной страны, в которую регуляторы будут подавать заявления, но одновременно документы должны идти для согласования в оставшиеся 4 страны. И только после всестороннего рассмотрения будет приниматься общее решение. Что делать в случае возможных разногласий, пока неясно. Судя по всему, сроки введения этих принципиальных для отрасли документов также будут перенесены на более поздний период.

Для врача и пациента

Нерешённым остаётся вопрос гармонизации фармакопеи. До сих пор нет единого мнения, на что ориентироваться – Европейскую фармакопею или каждой страны. Хотя, если имеется такое понятие, как «референтная

страна», то должны быть единые стандарты, считает эксперт.

На сайте Европейской комиссии также представлены «Требования к маркировке ЛС» и «Требования к инструкции по применению». Принятое решение, что в рамках Евразийского союза инструкции будут разделены – для врача и для пациента, как в европейских странах.

Очень важный документ для производителей – «Правила проведения фармацевтических инспекций». Его краткое резюме: единый наднациональный инспекторат в рамках ЕАЭС не предусмотрен. Проверки будут осуществляться как инспекторами одного государства, так и совместно инспекторами из нескольких государств – членом союза.

Следующий документ – «Порядок аттестации уполномоченных лиц производителей ЛС». Он практически полностью повторяет текст российского приказа, и его выполнение не должно вызвать особых сложностей у производителей. И наконец, ещё один значимый документ – «Порядок формирования и ведения единого реестра зарегистрированных лекарственных препаратов и информационных баз данных». Предполагалось, что к 1 января 2015 г. база данных будет полностью сформирована, но этого не случилось. На сегодняшний день она находится на этапе технического задания.

Кроме того, пока находятся в стадии разработки и не вывешены на сайте ещё два документа: «Порядок деятельности экспертного комитета» и «Правила определения категорий лекарственных средств, отпускаемых без рецепта и по рецепту». Вопросы государственного контроля качества лекарственных средств и фармаконадзора остались вне общего правового поля, в компетенции каждой из стран – участниц союза.

Тем не менее ни один из уже разработанных и прошедших общественное обсуждение документов до сих пор не подписан. По данным из неофициальных источников, подписание документов состоится в конце декабря текущего года.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Рынок

Объём коммерческого рынка лекарственных препаратов в сентябре 2015 г. составил 45,3 млрд руб. (с НДС). По сравнению с августом ёмкость рынка увеличилась на 13,8%. Такая информация приводится в аналитическом обзоре DSM Group.

В начале осени коммерческий рынок лекарств, как правило, демонстрирует заметный прирост продаж после летнего затишья. Сентябрь в этом году не стал исключением. Вместе с тем, как отмечают аналитики, в сентябре прошлого года увеличение спроса на лекарства относительно августа 2014 г. было более значительным (+25,2%). В этом году стоимостный объём коммерческого рынка был меньше, чем за аналогичный период прошлого года. Причина в том, что спрос на противостудные

Осенний прирост

лекарства (относятся к нескольким АТС-группам) не показал такого лавинообразного роста, как это случилось в сентябре 2014 г.

По итогам аптечных продаж за первый осенний месяц 2015 г. коммерческий рынок лекарств в натуральном выражении был равен 321,9 млн упаковок, что на 14,8% меньше, чем за аналогичный период 2014 г. Средняя стоимость упаковки лекарственного препарата на коммерческом рынке России в сентябре 2015 г. по сравнению с августом увеличилась на 4,3% и составила 140,6 руб.

В течение сентября 2015 г. цены

в рублях увеличились на 1,5%. В долларовом выражении индекс цен сократился на 5%. Всего же с начала 2015 г. инфляция цен на лекарства в аптеках страны составила +7,4% в рублёвом выражении и –15,4% в долларовом.

Структура коммерческого рынка ЛП в сентябре 2015 г. по ценовым секторам кардинально не изменилась по сравнению с аналогичным периодом 2014 г. Продолжилось сокращение доли лекарств с ценовым диапазоном 50-150 руб. за упаковку (с 20% в сентябре 2014 г. до 16% в сентябре 2015 г.), на 0,7% уменьшился удельный вес

лекарств ценой от 150 до 500 руб. за упаковку (48,9 и 48,2% соответственно). Препараты низшей ценовой группы (дешевле 50 руб./упак.) немного ослабили свои позиции, уменьшив долю с 6,7 до 6,5%. Лекарства ценой от 500 руб. за упаковку заняли по итогам первого месяца осени 2015 г. долю 29,4% коммерческого рынка, что на 5,1% больше, чем в сентябре 2014 г.

По итогам сентября 2015 г. 56% препаратов, реализованных на рынке, являлись отечественными (в натуральных единицах измерения), однако ввиду своей

невысокой цены относительно импортных лекарств, в стоимостном выражении они занимали лишь 27%. Коммерческий сегмент рынка по итогам сентября 2015 г. на 52% был представлен рецептурными препаратами, и на 48% – Rx-лекарствами.

Объём российского аптечного рынка БАД в стоимостном выражении в сентябре 2015 г. увеличился на 15,6% относительно августа и составил 2,4 млрд руб. В натуральном выражении объём аптечного рынка БАД в первом осеннем месяце 2015 г. уменьшился на 14,4% по сравнению с аналогичным периодом 2014 г. и составил 21,6 млн упаковок. Средневзвешенная цена упаковки БАД в сентябре 2015 г. по сравнению с августом снизилась на 2,2% и составила 111 руб.

Анна КРАСАВКИНА.

По всему миру можно обнаружить самых обычных людей, которые регулярно пьют... человеческую кровь. Почему они это делают? – попытался выяснить психиатр Джон Эдгар Браунинг из Нового Орлеана (США).

Начало этого действия напоминает медицинскую процедуру: протирается спиртом небольшой участок кожи в верхней части спины «донора», затем делается надрез любительским одноразовым скальпелем и надавливается, чтобы потекла кровь. А потом «вампир» припадает к ранке губами и начинает жадно всасывать тёмно-красную жидкость.

«Сделав несколько глотков, он отёр кровь и сделал мне перевязку», – рассказывает потом партнёр. К удивлению донора, он оказался не вполне во вкусе кровопийцы. «Он сказал, что в моей крови недостаточно ощутим привкус металла – это его слегка огорчило», – вспоминает «донор». Судя по всему, режим питания, водный баланс в организме и группа крови могут влиять на её вкус. Прибравшись после кровавого пира, парочка отправилась на благотворительный ужин в поддержку бездомных.

Будучи научным сотрудником Университета штата Луизиана (США), «донор» был готов пройти через это испытание ради своего проекта – этнографического исследования сообщества «настоящих вампиров», проживающих в Новом Орлеане.

Что это было: религиозный обряд, бред сумасшедшего или фетиш?

Как лекарственное средство?

Так называемые «медицинские вампиры» утверждают, что регулярный приём человеческой крови избавляет их от приступов слабости, головных болей и сильных желудочных спазмов.

«В одной только Америке кровь пьют тысячи человек, и, по моему, это не совпадение и не модное увлечение», – заявляет научный сотрудник. Поведение этих людей и проявляющиеся у них симптомы – это настоящая тайна.

Для многих людей тема вампиризма близка к непристойной. В последние несколько лет это явление стало ассоциироваться с жуткими убийствами, например, с нашумевшим в США случаем, когда подросток по имени Род Феррелл, вдохновлённый ролевой игрой и вообразивший себя вампиром, убил супружескую пару в штате Флорида.

«Когда речь заходит о людях, ощущающих себя вампирами, часто на ум приходят именно такие жуткие образы, – рассказывает Д. Дж. Уильямс, учёный-социолог из Университета штата Айдахо (США). – Поэтому такие люди живут замкнуто и с подозрением относятся к чужакам. Вампиры, с которыми я общался по Интернету, просили меня использовать вымышленные имена».

Но так было не всегда. История знает времена, когда человеческая кровь считалась вполне легитимным лекарственным средством. К примеру, в конце XV века лекарь папы Иннокентия VIII, по слухам, убил трёх юношей и напоил ещё тёплой кровью своего умирающего хозяина в надежде, что с ней ему передастся жизненная сила молодости.

Позднее это средство употреблялось для лечения эпилепсии: по совету лекарей страдающие толпились вокруг эшафотов и собирали тёплую кровь казнённых. «Кровь считалась посредником между физическим и духовным», – поясняет британский учёный Ричард Сагг из Даремского университета, который недавно опубликовал книгу о «трупной медицине», а сейчас работает над трактатом о вампиризме.

По словам Сагга, считалось, что, выпив кровь здорового молодого человека, можно вобрать в себя его дух и излечить любой душевный недуг. Подобные методы лечения вышли из моды только в эпоху Просвещения, после появления в обществе склонности к ханжеству, которая возобладала в XVIII и XIX веках. И всё же в небольшой группе людей эта практика, по-видимому, сохранилась.

До распространения Интернета вампиры жили изолированно, но теперь у них есть свои страницы в сети, благодаря которым они сформировали успешно действующие подпольные организации.

Мифы и факты

Вампиры среди нас

Кровопийц больше, чем принято считать



Боясь огласки, эти сообщества научились отлично прятаться – с этим препятствием столкнулся и Браунинг, когда только начинал своё исследование. «Эти люди вовсе не желают, чтобы о них узнали», – рассказывает учёный. В то время он жил в американском городке Батон Руж (штат Луизиана), всего в часе езды от Нового Орлеана, который славился своей развитой субкультурой.

Душегуб выходит на охоту

Бродя по улицам днём и ночью, он начал заходить в места, где могли водиться «вампиры» – обычно в клубы, где собирались готы. На самом деле, больше всего он беспокоился не о своей собственной безопасности, а о «вампирах». В конце концов, он заговорил о своём проекте с владельцем магазина одежды для готов, и тот украдкой указал ему на стоявшую в проходе женщину с двумя детьми.

Браунинг подошёл к ней и, начав издали, рассказал о своём исследовании. «Наконец она улыбнулась и сказала: «Пожалуй, я знаю парочку таких», – вспоминает Браунинг. – Когда она улыбалась, я заметил у неё во рту два искусственных клыка». Приём внутрь человеческой крови иногда становится фетишем, иногда «вампиры» вступают в сексуальную связь со своими «донорами». Но многие «доноры» – всего лишь добрые друзья пьющих кровь.

Хотя потом Браунинг потерял из виду женщину, представившуюся как Дженифер, эта встреча побудила его продолжить поиски, и в итоге он сдружился с большой группой «вампиров», которых часто расспрашивал об их жизни.

Получается, вампиризм бывает разным. Люди, пьющие челове-

скую кровь, работают, например, официантами, секретарями, медсёстрами, некоторые исповедуют христианство и ходят в церковь, часто помогают другим людям.

«Вампиры» не обязательно бродят по кладбищам, тусуются в клубах для готов и участвуют в кровавых оргиях, – поясняет член сообщества, известного как Мертикус. – Существуют настоящие организации «вампиров», которые кормят бездомных, участвуют в спасении животных и занимаются другими благотворительными проектами».

Важно отметить, что хотя некоторые «вампиры» стремятся получить через кровь психическую энергию, которая даёт им силу, остальные (их называют «медицинскими вампирами»)

Мозг работает быстрее. Я могу есть всё, что захочу, не бегая в ванную каждые 5 минут; проходят мышечные и суставные боли. Этот период продолжается около 2 недель в зависимости от порции и регулярности приёма крови».

Вполне возможно, у нас просто не всё в порядке с головой. Кинезия раз в 2 недели берёт кровь у своего мужа. В некоторых случаях, по словам Браунинга, «донору» предлагается некое вознаграждение. Но какими бы ни были отношения «донора» и «вампира», в основе их всегда лежит взаимное согласие. «К «донорам» мы относимся максимально бережно, чтобы они всегда чувствовали себя спокойно и

не испытывают удовольствия от приёма крови – они и рады бы бросить это занятие, но врачи, по их словам, пока так и не придумали другого способа облегчить симптомы их болезни.

«Многие из нас мечтают жить как нормальные люди вместо того, чтобы регулярно испытывать эти неприятные ощущения», – уверяет Кинезия. Алексия согласна с ней: «Если можно было бы найти причину этого состояния, я, разумеется, предпочла бы лечиться таблетками».

Одна из их собственных теорий состоит в том, что у «вампиров», возможно, нарушена функция желудочно-кишечного тракта, и питательные вещества из обычных продуктов усваиваются их организмом только тогда, когда

действовали исключительно по доброй воле», – уверяет Кинезия.

Как Браунинг убедился на собственном опыте, сам забор крови больше похож на медицинскую процедуру, чем на сладострастный пир. Более того, обычно и «донор», и «вампир» сначала проходят обследование на наличие передающихся инфекций в венерологическом диспансере или в обычных центрах сдачи крови.

«Сообщество «вампиров» в целом очень заботится о здоровье и безопасности», – пишет британка под ником Алексия, которая серьёзно изучила искусство флелотомии, прежде чем впервые взять у «донора» кровь из вены. Сам по себе процесс питания, по её словам, «обезличен, это всё равно что принять таблетку».

Судя по всему, приём крови не вызывает у «вампиров» никаких побочных явлений: хотя попадание в организм большого количества железа может вызвать отравление, в порции крови его не так много, чтобы это представляло опасность.

Несмотря на это, сотрудник Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе (США) Томас Ганц отмечает, что нельзя полностью исключить риск передачи инфекции. Обследование в венерологическом диспансере не позволяет выявить все заболевания, которые могут передаваться через кровь; обычно речь идёт о наиболее распространённых вирусах, таких как ВИЧ и вирус гепатита В и С, предупреждает он.

Ни мы, ни они не понимаем, что это такое

Лучшим способом правильно оценить опасности такой «терапии» является изучение официальной медицинской статистики. Но большинство «вампиров» так боятся общественного осуждения, что не решаются рассказать врачам или социальным работникам о своей привычке.

Некоторые постепенно становятся более открытыми: так, Алексия обсуждала своё пристрастие к человеческой крови и с хирургом, специализирующимся на лечении желудочно-кишечного тракта, и с психиатром. «Оба они меня поддерживали, но, к сожалению, никакого другого решения проблемы пока предложить не смогли», – говорит она.

На самом деле, те «вампиры», с которыми я общался, отнюдь

они растворены в крови. По этой причине некоторые «вампиры» пытались прекратить питаться кровью в надежде, что симптомы исчезнут, но пока их попытки были безуспешными.

Томас Ганц предполагает, что облегчение от приёма крови во многом имеет психологическую подоплёку; врачи ещё не до конца разобрались с тем, как мозг может контролировать наше здоровье, причём контролировать по-настоящему, буквально физически.

«Скорее всего, в данном случае активно проявляется эффект плацебо, как и в случае приёма горьких порошков, разноцветных жидкостей или других веществ, которые по виду или по вкусу не похожи на обыкновенные продукты», – поясняет Ганц. В сочетании с тем фактом, что кровь весьма питательна и действует как природное слабительное, такой эффект, по его мнению, может служить объяснением временного облегчения симптомов, связанных как с желудочно-кишечным трактом, так и с умственной деятельностью.

У кого-то может возникнуть вопрос о том, не является ли жажда крови признаком глубоких нарушений психического здоровья. Однако сотрудник Гарвардского университета (США) Стивен Шлоzman говорит, что иногда ставить диагноз этим людям – всё равно, что ходить по краю пропасти.

Профессор Шлоzman стремится подойти к ситуации непредвзято и выяснить, действительно ли его пациент получает пользу от этой процедуры. И Браунинг, и Уильямс говорят, что за весь долгий период общения с этими людьми они не замечали у них никаких психических отклонений.

Это давний и сложный спор психиатров: как не допустить огульного признания любой безвредной, хоть и необычной модели поведения отклонением от медицинской нормы и при этом не пропустить людей, которые действительно нуждаются в помощи?

Может быть, теперь, когда общество «вампиров» начинает открываться перед чужими людьми, можно будет провести научное исследование, чтобы найти, наконец, ответы на наболевшие вопросы.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

Согласимся – чтобы вводить скальпель в живой мозг, требуется беспримерная уверенность в себе, опыт и профессионализм. Наверное, поэтому Бен Карсон считает, что имеет полное право получить путёвку от республиканской партии в качестве её кандидата на предстоящих в следующем году выборах Президента США и стать первым в истории страны медиком, въехавшим в Белый дом.

Дело в том, что 64-летний Б.Карсон – бывший нейрохирург с более чем 30-летним стажем. Помимо лечения травм и опухолей мозга он много занимался пластической хирургией и детской травматологией. В числе прочего он снискал широкую известность своей решающей ролью в беспрецедентной операции с участием десятков специалистов по разделению 4-месячных сиамих близнецов, сросшихся головами.

Войдя в политику 2 года назад, Б.Карсон подтвердил приверженность смелым взглядам, которые ранее изложил в ряде книг на социальные темы. Они тем более импонируют многим американцам, что опираются на личный опыт темнокожего подростка из гуши бедноты Детройта, сумевшего окончить элитный Йельский университет и овладеть одной из самых престижных профессий после учёбы в Медицинской школе Мичиганского университета.

По опросам общественного мнения, сегодня Б.Карсон – один из трёх лидирующих претендентов на президентский пост от республиканцев. Корреспондент «МГ» не мог не воспользоваться представившейся возможностью, чтобы задать ему несколько вопросов.

– Более половины из 44 президентов США прежде были юристами, реже – военными, ещё реже – бизнесменами. Один из самых популярных среди них – Рональд Рейган –

Наше интервью

Главный вызов доктора Карсона

Человек в белом халате претендует на Белый дом



в молодости снимался в кино. Насколько профессия хирурга может обусловить ваш успех на высшем государственном посту?

– В своей медицинской практике я то и дело сталкивался с, казалось, неразрешимыми ситуациями, когда многие говорили мне: «Это невозможно». Я отвечал: «Может быть, вы правы. Но стоит попробовать что-то новое в попытке всё-таки сделать это».

Я рано осознал, насколько важно привлечь к себе людей видением перспективы. Если вы сумеете заразить их своей убежденностью, сплести воедино их энергию и интеллект, то сможете

продвинуться много дальше в решении проблем, нежели делать это в одиночку.

– Работая в операционных, заведя отделением детской нейрохирургии в балтиморском госпитале им. Дж.Хопкинса, вы явили немало примеров такого рода. Например, убедив коллег прибегнуть к гипотермии во время знаменитой, длившейся почти сутки операции по разделению сиамих близнецов в 1987 г.

– Перед тем как приступить к ней, я сказал, что если в достаточной степени охладить организм оперируемых в самый критический момент, то можно избежать смертельного исхода из-за потери крови, чего мы все опасались. Я долго описывал, как и почему это должно сработать в сочетании с остановкой сердечной деятельности, не повредив тканей мозга младенцев. Меня выслушали и, в конце концов, согласились.

Всё дело в способности объяснять так, чтобы тебя легко поняли и поддержали. Думаю, это в равной степени относится к руководителям государства. До большинства американцев, например, сейчас не доходит что такое грозящая стране так называемый «налоговый разрыв» и как можно его преодолеть. Столь важные вещи нужно объяснять так, чтобы их понимал каждый.

– Какие у вас запасные рецепты, если довести ваше мнение и убедить каждого всё же не удаётся?

– Необходимо всегда быть, что называется, в активной фазе, размышляя о том, что может сработать, а что нет. Есть определённый строй речи, который не позволяет людям услышать вас по существу. Смею полагать, что я научился, как справляться с этим, и избиратели усвоят суть и правоту моей позиции, не отвлекаясь на её словесное оформление.

– Говорят, что подобно тому, как президенту не должно прийти в голову заняться по истечении срока хирургией, так и прирожденному хирургу, как вы, не пристало вдруг подаваться в президенты. Не обескураживают вас такие сентенции?

– Обескураживают в том смысле, что высказывающие их очень плохо представляют себе требования, предъявляемые к хирургу, в сравнении с тем, что ожидают от того, кто идёт в политику. Речь о совершенно разных наборах умений и навыков. Многие думают, что заниматься государственной деятельностью можно, только если в деталях знаешь все её азы и зававыки. Абсолютно не согласен с этим. Было бы только хорошо, если бы врачи, учёные, инженеры

и другие профессионалы, обученные и привыкшие принимать решения, основываясь на строгих фактах и эмпирических данных, вставали у руля государства.

– Вы отошли от практической нейрохирургии ради политики 2 года назад. В каком состоянии вы оставили тогда область медицины и в каком направлении она развивается?

– Не открою никакого секрета – в сторону всё большего проникновения в неё дистанционной робототехники и микроскопии. И это нельзя не приветствовать. Современные роботы действуют с гораздо большей точностью и аккуратностью, чем хирург, каким бы опытным и искусным он ни был. Они позволяют настолько приблизить операционное поле, что сосуды, между которыми несколько миллиметров, кажутся отстоящими друг от друга на мили. Роботы всё шире применяются в урологии и кардиоторакальной хирургии. Они ещё не достигли требуемой степени точности для использования в операциях на мозге. Но это лишь вопрос времени.

– Несколько неожиданно слышать такой прогноз от автора, озаглавившего свою автобиографию «Одарённые руки». Не чувствуете дисконформ от того, что роботу суждено выйти на первый план вместо рук хирурга?

– У хирурга всё равно останется контроль за техникой. И ему надо будет многое знать, чтобы управлять ею. Прогресс неминуем. Точно так же, как, скажем, с самолётами. Мы летаем на «боингах», которые большей частью управляются уже не пилотами, а компьютерами на борту. Тем не менее, пилоты лучше знают, что и как должны делать компьютеры и когда брать управление на себя.

Беседу вёл
Том ЗАЙЦЕВ,
соб. корр. «МГ».

Балтимор – Нью-Йорк.

Акции

Латвийские врачи протестуют против низких зарплат

Около 200 медиков, решивших выразить протест против недостаточного финансирования здравоохранения, собрались около здания латвийского парламента – сейма. Акция была приурочена к рассмотрению бюджета страны в первом чтении.

Участники акции, как сообщает агентство ЛЕТА, держали в руках плакаты с надписями: «Ты тяжело болен? Чувствуешь себя бессильным и незащищённым?»

Разбирайся сам! Правительство, сейм», «Наше молчание повредило бы вашему здоровью», «Наших специалистов в Европе ценят очень высоко! Почему в Латвии нас не ценят? Неужели и вправду «как платят, так и работаем?».

Врачи потребовали, чтобы расходы на здравоохранение были увеличены на 130 млн евро. 22 млн евро из этой суммы должно быть направлено, по мнению протестующих, на повышение окладов медицинских работников – это позволит как минимум

раз в 2 года увеличить зарплату медиков на 10%. Сейчас средняя зарплата в стране ежегодно растёт на 5%.

Руководитель Латвийского профсоюза работников здравоохранения и социального ухода Валдис Керис заявил, что в результате акции протеста врачей услышали: представителей профсоюза пригласили на встречу в парламент. В интервью утренней программе «Латвийского радио-4 «Домская площадь» В.Керис заявил, что проект бюджета на 2016 г. показывает, что государство планомерно движется в сторону платной медицины.

Валентин МАЛОВ.
МИА Сито!

Ситуация

Без фанатизма

42-летняя британка попала в госпиталь Королевского колледжа из-за увлечения пилатесом.

В ходе обследования у пациентки выявили ликворею. Женщина сообщила, что регулярно посещала занятия по пилатесу. Во время одного из занятий она почувствовала неожиданный хлопок в шее с левой стороны. Спустя час возникла головная боль, которая ослабевала, если женщина ложилась. Но в последующие дни боль начала усиливаться.

дики установили, что карманы со спинномозговой жидкостью просто вытекали. То есть на занятиях произошёл разрыв выстилки спинного мозга в области шеи. Это изменило давление спинномозговой жидкости и спровоцировало боли. Врачам удалось исправить ситуацию. Через месяц боли ушли вовсе.

...Занятия пилатесом принято считать безопасными и полезными, так как они весьма позитивно сказываются на здоровье, однако всё хорошо в меру.

Алина КРАУЗЕ.
По сообщению ВВС.

Осторожно!

У многих развилось некое помешательство на кофеине. Сформировалась целая индустрия, предлагающая потреблять кофеин более эффективно.

В наше время кофеин содержится в самых разных пищевых продуктах и сопутствующих товарах: напитки-энергетики, таблетки типа «не засыпай», жевательная резинка. «Самый сильнейший» – чистый порошковый кофеин, которым полагается приправлять еду – продаётся оптом, в пакетах или жестяной таре. Цена невысокая – где-то 10 долл. за фунт», – говорится в статье. Одна чайная ложка такого кофеина эквивалентна 28 чашкам обычного кофе. В старые времена пришлось бы выпить 81 чашку кофе или 317 чашек чёрного чая, чтобы получить летальную дозу кофеина.

Кофейный кризис

Тысячи людей страдают от передозировок

Все эти новые продукты повлекли за собой тревожное, до толе неслыханное явление: тысячи передозировок, сообщения о симптомах зависимости и ломки. Есть и смертельные исходы: 14-летняя девочка, у которой было больное сердце, умерла вскоре после того, как выпила за сутки две порции энергетика с кофеином.

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) активно предостерегает потребителей об опасности продуктов с кофеином и критикует производителей за то, как рекламируется эта продукция.

На днях это ведомство предупредило пятерых распространителей чистого порошкового кофеина, что они торгуют опасным продуктом. Оно пояснило: разница между безопасной и токсической дозой такого кофеина очень мала, а отмерить безопасную дозу обычными кухонными принадлежностями почти невозможно.

В 2013 г. американские психиатры включили «кофеиновую абстиненцию» в список психических расстройств.

Игорь НИВКИН.
По материалам
The Independent.



Все, наверное, слышали популярную песенку про чибиса? Помните: «он всё кричит, волнуется, чудака»? Беспокойство птицы вполне понятно: она увидела приближающихся мальчишек, а все пернатые опасаются за судьбу птенцов. Беспомощных же чибисят вообще можно обидеть запросто. Вот если бы чибису мощные когти...

Но, оказывается, этот недосмотр матушки-природы очень легко исправить однажды в наборе карманных календарей с прекрасно выполненными фотографиями птиц. Однако один из календариков заставил меня крепко удивиться. То был снимок крупной птицы на фоне мощного дерева. Изогнутый клюв, большие лапы с растопыренными пальцами, отчётливо видны и острые когти. Короче, налицо все признаки представителя отряда хищных. Внизу под снимком подпись: «Чибис». Эти календарики я купил в своё время для своего маленького сына, пытаясь приобщить его к обожаемой мною в то время охоте. Пусть, мол, вначале научится узнавать пернатых «в лицо». И едва не оказал ребёнку медвежью услугу, потому как на снимке был изображён... канюк. Думаю, стоит поразмышлять над фактом...

Увлекаясь поэзией, за многие годы я собрал обширную библиотеку. Неплохо зная природу (вырос среди могучих брянских лесов), нередко записывал в отдельную тетрадь обнаруженные в стихах огрехи в изображении обитателей дубрав и полей. На днях взялся её перелистывать. Вот, например, отрывок их стихотворения В.Карпеко, опубликованного в одном из поэтических сборников:

Поэзия и медицина

«Хищный» чибис

Знание о природе так же важно, как знание о своём здоровье

*«Ночной, едва заметной тропкой,
В бою пробивший бок врагу,
Изюбр к своей подруге робкой
Ломился грозно сквозь тайгу.*

*Весна свирепствовала звонко,
Гремел лесной весны накал...»*
Во-первых, турнирные бои – у оленей (а изюбр – это восточно-сибирский олень) проходят осенью, но никак не во время «свирепствовавшей весны». К тому же непонятно, как это:

*«Насторожив рогов развил,
Разгорячёнными ноздрями...»*
Самец мог учить противника? Да к тому же и пробить ему, несчастному, бок «развилом рогов»? При всей своей жажде самки (а бои-то из-за них и происходят) изюбр этого сделать весной не может: в это время года олени безрогие. Расставшись со своими турнирным оружием поближе к зиме, самцы приобретут его вновь лишь осенью.

В том же сборнике было помещено и стихотворение В.Кузнецова «Снегирная зима»:

*«А у зимы сидит на темени
И зёрна долбит снегирёк.
И что ему зима бровастая,
И белый холод на Руси!
На нём – шапчонка пламя*

*красное.
Её попробуй погаси!»*
Если бы что-нибудь и пришлось снегирю «гасить», то вовсе не шапчонку, а грудку. Головка-то у птички – совсем чёрная!

К сожалению, примеры такие – вовсе не единичные. Например, в одном из сборников В.Цыбин так описывает ток тетеревов:

*«...На щуплой хворостинке,
Начистив клювкой красные ботинки,
Тетерева токуют шепотком.
В лесу июнь справляет*

новоселье».
С «шепотком» косачей ещё как-то согласиться можно. Эти протяжные звуки, напоминающие порой то рокот далёкого водопада, то бесконечное почти голубиное воркованье, действительно переходят в шёпот. Но почему тетерева стали токовать в июне? Делают они это ранней весной. Да и не на «хворостинке» вовсе, а на земле, на лесной поляне. Если же продолжать начатый разговор, то никаких «красных ботинок» у тетеревов нет. Красные у них брови. Что же касается возможности нечто «начистить клювкой», тут вообще, как говорится, тёмный лес. Из года в год я собираю созревшую клюкву на торфяном болоте за Жуковкой. Именно в сентябре, по первосбору эта целебная ягода бывает обильной и крупной. Но вот в июне клюква никак созреть не может.

Однако вернусь опять к своим давним записям:

*«Шапки прочь; в лесу
поют дрозды...
Певчие избранники России».*

Эти слова поэт Г.Серебряков вынес эпиграфом к своему стихотворению «О дроздах»:

*«Над рябиновым стягом,
Над молчаньем воды
Вновь разбойной ватагой
Закружились дрозды.
Хлещут клювы наотмашь,
Словно хищный металл,
Неужели народ наш
Их в певцы избирает?»*

Да полноте! Послушать на закате певчего дрозда – одно удовольствие. Это его бесконечное: «Спиридон... Спиридон... Чай пить... Чай пить...» вряд ли кого может оставить равнодушным. А печальная флейта чёрного дрозда так царапает душу, что иные знатоки природы предпочитают пение этих птиц соловьиному. Неплохо поёт и дрозд-белобровик. Что же касается «грабежей», то это – сезонное явление, да и полакомиться-то рябиной дрозды могут очень недолго, перед отлётом. К слову, собиратели ягод знают, что особо ценится рябина, собранная после первых заморозков. Однако сделать это, по собственному опыту знаю, не всегда удаётся. Дрозды порой начисто обирают деревья, чтобы подкрепиться перед отлётом.

Скорее всего, Г.Серебряков наблюдал за поведением дроздов-рябинников. У тех действительно и название говорит само за себя, да и петь они толком не умеют.

Думается, довольно негативных примеров. Сказанное можно привести, по сути, к одному знаменателю. Знания о природе необходимы каждому, как и знания о собственном здоровье. Тем более что постоянное общение с фауной и флорой укрепляет организм и продлевает долголетие, являясь лечебным фактором. Тут уместно вспомнить, насколько тонко умели описывать природу классики отечественной литературы. Ведь многие страницы произведений Н.Лескова, К.Паустовского и других писателей можно смело использовать в качестве учебных пособий. Впрочем, то же относится и к более раннему «Слову о полку Игореве». Помните, например, описание побега князя из половецкого плена? Вчитаемся в эти строки: «Дятлы стуком путь в реке указывают...». Бывшие в степи знают, что деревья растут там лишь в долине рек. Просто поражает тонкости наблюдения древнего автора: Игорь шёл к воде, ориентируясь по стуку дятлов. Впрочем, в том же «Слове...» можно найти описание соколиной охоты, бега волчьей стаи и т.д.

Лучшее же пособие для её изучения – сама природа. Ведь даже в большом загазованном городе можно при желании найти зелёный уголок. Выберите туда всего на часок. И тогда – весь праздник ваш. Увидите, как стягивает солнце с земли туманное одеяло. Или как, вытянувшись идеальным ключом, плывут в вышине на юг журавлиные семьи. Увидите заготавливающих впрок жёлуди хлопотливых соек...

На такой праздник вовсе не нужен билет. Было бы только желание.

Василий ШПАЧКОВ,
собр. корр. «МГ».

Брянск.

Секреты творчества

Врач, художник, литератор

В этом докторе из Подмосковья уживается много талантов

В Историко-художественном музее Долгопрудного (Московская область) на днях открылась выставка живописи врача, художника и писателя Александра Климая.

Наши читатели и гости редакции «Медицинской газеты», возможно, помнят экспозицию картин, которая была развёрнута в помещении нашей редакции 5 лет назад по случаю 55-летия автора. И вот – 60-летний юбилей!

У врача А.Климая очень интересная биография, и напомним основные её вехи. Родился он в Курганской области. С отличием окончил медицинское училище. В этом же году поступил в Ленинградскую военно-медицинскую академию им. С.М.Кирова, но... ввиду обстоятельств, покинул учебное заведение. Отслужил в Советской армии, после чего всё-таки окончил Челябинский государственный медицинский институт. Работал терапевтом, затем 13 лет – главным врачом санатория в Кургане. С 2001 г. работает в Подмосковье: заведующим кабинетом ЦГБ по оргметод-работе, заместителем главного врача по страховой медицине и медицинской части. Параллельно с профессиональной медицинской деятельностью Александр Петрович увлёкся литературной. На данный момент он – автор 20 разножанровых литературных произведений. Около половины из них – продолжения известных книг, таких как «Человек-амфибия», «Евгений Онегин», «Белое солнце пустыни», «Алые паруса»,



Доктора Климая принимают в члены Российской академии народного искусства

«Чудесное путешествие Нильса с дикими гусями» и др.

А рисовать он начал ещё в детстве, как и большинство детей. Но в конце 1980-х брал уроки живописи у заслуженного художника РСФСР Н.Ромадина. Портрет В.Высоцкого работы А.Климая («Идёт охота на волков!..») с 2001 г. хранится в государственном культурном центре-музее имени прославленного артиста.

Александр Петрович работает во всех жанрах живописи и, кроме того, часто иллюстрирует свои собственные литературные произведения.

Наш корреспондент Анна Самохина встретилась с юбиляром и задала ему несколько вопросов:

– 60 лет и 60 картин на выставке – это некий символ?

– Да-а. Тут многие параметры совпали, и я как-то попробовал объединить их: вместимость зала музея, количество прожитых лет и даже постоянство некоторой части моих зрителей.

– Медицина вам не мешала заниматься этими хобби?

– Я ни разу не пожалел, что отдал здравоохранению 40 своих лет! Но у меня ещё много планов, для реализации которых хотелось бы включить «зелёный свет» на полную мощность, например для литературных замыслов.

– Александр Петрович, пенсия – это грустно?

– Да что вы! Я, можно сказать, мечтал об этом!.. Надеюсь, будет больше свободного времени, чтобы окунуться в творчество...

Московская область.

Далёкое – близкое

В IV-III веках до н.э. жители южных районов Сибири обладали достаточно сложными знаниями в хирургии. К такому выводу пришёл ведущий научный сотрудник Института археологии и этнографии Сибирского отделения РАН доктор исторических наук Павел Волков. Он подробно изучил артефакты из коллекции Минусинского краеведческого музея – медицинские инструменты древних сибирских врачей-операторов и сохранившиеся трепанированные черепа тагарцев – народности, которая населяла сибирские степи на территории нынешней Хакасии и Красноярского края. В Сибирском отделении РАН подчёркивают, что все эти находки были сделаны в хакасских сёлах в 1901 г. и ещё больше века ждали своего часа, чтобы быть разгаданными.

И резали, и пилили, и зондировали

Хакасские сёла приоткрывают «медицинские» тайны

По мнению Павла Волкова, характерные отверстия на черепных коробках пращуров, а также следы износа колюще-режущего инструментария свидетельствуют о том, что этим людям выполнялись нейрохирургические операции. А сравнение с инструментами хирургов эпохи Древнего Рима подтвердило догадку исследователя.

– Совокупность найденных орудий можно считать типичным инструментарием хирурга, практиковавшего в конце последнего тысячелетия до нашей эры. Морфология и функция орудий близка европейским. Какими путями шёл обмен медицинским опытом между людьми, жившими так разрозненно, – повод для более детальных археологических исследований. Но очевидно, что обитатели юга Сибири в тот период обладали сложными знаниями в хирургии, не уступающими знаниям их древнеримских и древнегреческих коллег, – говорит учёный.



Этими ножами оперировали древние хирурги

Судя по арсеналу, «нейрохирурги», жившие и работавшие в этих местах до нашей эры, выполняли сложные операции. В числе инструментов у них были ланцет, нож для кости, нож для мягких тканей, пинцеты, медицинские зонды, а также пилы, аналогов которым в памятниках древнеевропейской культуры не найдено.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Тётя Шура робко постучалась в дверь кабинета главного врача и вошла после глухо прозвучавшего «войдите», впервые за 20 лет работы в гардеробе. Семён Семёнович поднялся с кресла, подошёл к тёте Шуре, взял оторопевшую гардеробщицу под локоть, подвёл к столу и усадил на стул напротив своего кресла. Сам занял привычное начальствующее положение и заговорил:

– Александра Александровна, вы, конечно, в курсе событий и знаете, почему отрываю вас от служебных обязанностей в гардеробе... Более того, я лично да и весь наш коллектив связываем с вашим выступлением в суде большие надежды. Справедливость должна восторжествовать...

Главный врач ещё что-то красиво говорил, но у тёти Шуры закружилась голова от обращения к ней «Александра Александровна». Последний раз её так называли полтора года назад в пенсионном фонде, куда она приходила по поводу перерасчёта пенсии.

– Итак, Александра Александровна, мы надеемся, что ваш честный, искренний рассказ на суде позволит изоблечить авантюристку и отстоять доброе имя и репутацию нашей поликлиники. Кстати, я поставил вопрос о премировании вас за 20-летие безупречной службы на передовых рубежах отечественного здравоохранения. Как театр начинается с вешалки, так и поликлиника – с гардероба, – бодрый голос главного врача вновь явственно обозначился в сознании гардеробщицы.

Когда смысл сказанного главным врачом о возможном премировании стал понятен тёте Шуре, у неё ещё сильнее закружилась голова. Её робкие возражения о том, что она никогда не выступала в судах, были отвергнуты пафосным заявлением Семёна Семёновича: «За нами – Правда! Мы победим!»

А правда действительно была на стороне главного врача, тёти Шуры и всего коллектива поликлиники № 12. Некая особа женского пола, неопределённой внешности, вследствие постоянно меняемой косметики и париков, именуемая Эльвирой Феоктистовой, угрожая публичным скандалом и судом, нагло требовала от главного врача компенсацию за якобы совершённую стоматологом поликлиники врачебную ошибку – отлом инструмента в канале корня зуба. По стечению обстоятельств тёте Шуре удалось услышать телефонный разговор дамы по мобильнику, видимо с подругой, когда она, выйдя из кабинета главного врача, прихорашиваясь перед зеркалом возле гардероба, злорадно сообщила, что накажет «этих олухов из 12-й поликлиники так же, как уже наказала – из 9-й».

Бдительная тётя Шура поделилась услышанным с администратором, тот – со стоматологом, у которого лечилась дама, а стоматолог поспешил сообщить главному врачу о корыстных планах коварной пациентки. Главный врач связался с коллегой из 9-й поликлиники, бывшим однокурсником. Тот подтвердил факт

отлома инструмента при лечении этой пациентки и получение ею компенсации, но официально подтвердить это он может только по запросу юридических инстанций. В целях изобличения и наказания авантюристки было решено передать дело в суд.

Весь вечер тётя Шура готовилась духовно и материально к выступлению на заседании суда. Она нагладила свою праздничную одежду, отполировала бархоткой до блеска обувь, покрасила воло-

и продолжил уже деловым тоном: – Главное не волнуйтесь, вас пригласят. Рассказывайте всё, как мы договаривались.

Дальнейшие события тётя Шура помнит как в тумане. Её вызывают, она идёт по залу, встаёт за трибуну, с удивлением не находит там ни Библии, ни Конституции, слышит, будто издадека и сверху, предупреждение об ответственности за дачу ложных показаний. И тут – словно туман рассеивается, тётя

как это всем известно, грамотный окулист, даже когда в понедельник с похмелья...

– Александра Александровна, пожалуйста, ещё ближе! – настойчиво попросил судья.

– Сейчас будет совсем близко, – послушно отозвалась тётя Шура. – Это произошло в пятницу, в самом конце рабочего дня. Многие врачи и медсёстры уже разбежались кто куда, хотя по графику рабочий день ещё не закончился... Я могу перечислить

В зале зашушукались, кто-то ехидно хихикнул.

– Семён Семёнович, я правду говорю, я клятву здесь дала, – ответила, повернувшись к главному врачу, тётя Шура.

– Вы слишком много говорите, тётя Шура! – отозвался Семён Семёнович.

– Правды много не бывает, – торжественным голосом заявила гардеробщица.

В зале несколько человек зааплодировали. Кто-то крикнул:

На литературный конкурс

Анатолий ИВАНОВ

Правды много не бывает



сы и, вся в бигудях, сидела перед неработающим телевизором и обдумывала своё завтрашнее выступление, вспоминая содержание кинофильмов, в которых были сцены заседаний суда.

Самой тёте Шуре не довелось побывать в суде в силу, как она сама считала, миролюбивого характера и скромного образа жизни. Но богатейший опыт телезрительницы позволил ей мысленно нарисовать картину своего завтрашнего выступления. Только два вопроса вызвали сомнения: на какой книге ей нужно будет присягнуть на честность – на Библии или на Конституции России; и как обращаться к судье – «Ваша светлость» или «Уважаемый суд». Уже засыпая, она решила использовать оба этих красивых обращения, ну а присягать на той книге, какую дадут.

...Утром около здания суда никто из сотрудников поликлиники не признал гардеробщицу в даме неопределённого возраста с ярко-каштановыми кудрями в синем бархатном жакете, хотя тётя Шура поздоровалась со всеми и держалась рядом с главным врачом. Только когда она отозвалась на недовольное восклицание главного врача «где же эта долбанная гардеробщица?!», все поняли, что яркая и праздничная не по ситуации дама и есть тётя Шура.

– Ну, Александра Александровна, вы – как на свадьбу! А нас тут всех жизнь задолбала, – попытался смягчить впечатление от своей предыдущей фразы главный врач

Шура испуганно восклицает: «Я?! Ложные показания?! Никогда!!!» Затем она прижимает правую ладонь к сердцу и торжественно произносит: «Обязуюсь и клянусь говорить правду и только правду и ничего, кроме правды!»

Судья, интересный мужчина с посеребрёнными сединами висками, почему-то улыбнулся и уже с серьёзным лицом произнёс:

– Скажите, свидетель, что вы можете сообщить суду по существу дела?

– Существо дела, вообще-то, происходило не на территории гардероба, но рядом со мной. А у меня есть глаза и уши в очень даже исправном состоянии. Это могут подтвердить и наш окулист Стефан Иванович, и ухо-горлоно Валентин Петрович. А они редко говорят неправду, разве что когда кто от армии косит или на права сдаёт... – начала свой рассказ тётя Шура.

Судья почему-то недовольно поморщился и сказал:

– Александра Александровна, ближе к делу.

– Мой гардероб оказался очень даже близко к делу, поскольку сотрудники раздеваются там самостоятельно, а всех остальных посетителей обслуживаю лично я. Кабинет главного врача – хотя и наискосок от гардероба, но полностью просматривается с моего рабочего места, а поле моего зрения, как его по-учёному называет Стефан Иванович, вовсе не сужено; а Стефан Иванович,

всех, кто и насколько раньше ушёл с работы.

– Ради бога, не надо! Пожалуйста, продолжайте по делу, – взмолился судья.

– Продолжаю по делу, ваша светлость, уважаемый суд, – произнесла торжественным голосом тётя Шура, довольная, что вспомнила это красиво прозвучавшее обращение к судье. – Как я уже сказала, к концу рабочего дня в пятницу в гардеробе почти не оставалось одежды: только плащ скандальной дамочки, из-за которой и разгорелся весь этот сыр-бор, и куртки Валентина Петровича и нашей акушерки Анжелики Михайловны. Но с последними всё ясно – у них любовь уже два с половиной года, пылкая, как в сериалах. Об этом все в поликлинике знают, кроме жены Валентина Петровича. Вы, ваша светлость, уважаемый суд, почему так смотрите на меня – вы мне не верите?!

– Верю! Верю! – замахал руками судья. – Рассказывайте о дамочке и не надо говорить «ваша светлость», достаточно – «уважаемый суд».

– Вот такой же скромный у нас начмед Игорь Дмитриевич, и ноги всегда вытирает, не то что завхоз Кузьмич, – растроганным голосом произнесла тётя Шура, умиленно глядя на судью. – Прошлой весной, накануне 8 Марта, подходит ко мне с цветами и коробкой конфет. Название мне сейчас не вспомнить, а придумывать я не буду...

– Александра Александровна, давайте про дамочку! – прервал тётю Шуру судья.

– Ваша воля, уважаемый суд, – отозвалась обиженным голосом гардеробщица. – Так вот, эта дамочка зашла в кабинет главного врача и, наверное, полчаса не выходила. Кузьмич, завхоз наш, возле кабинета, как маятник, туда-сюда, туда-сюда... Он по пятницам в это время всегда к главному врачу приходит, и они распределяют стройматериалы: какие – на дачу к главному, а какие – на дом Кузьмичу. Стройматериалов у нас сейчас завалили – новый корпус к поликлинике пристраиваем.

– Тётя Шура! Не отклоняйтесь от темы! – прозвучал из зала зычный голос главного врача.

«Пусть говорит!» Тётя Шура нашла глазами аплодирующих и сделала в их сторону поклон головой. Судья встал и поднял руку ладонью в зал, успокаивая публику. Затем, обращаясь уже только к тёте Шуре, сказал:

– Свидетель, вы нам тут уже на новое дело наговорили. Но давайте сначала разберёмся с первым... Александра Александровна, слушайте меня внимательно, я буду задавать конкретные вопросы, а вы максимально конкретно отвечайте. Всё понятно?

Тётя Шура покорно склонила голову.

...Под искусным руководством судьи тётя Шура доходчиво и, главное, быстро рассказала о том, что она увидела и услышала в ту злополучную пятницу. Её рассказ убедительно дополнил выступление представителя поликлиники № 9, где лечилась скандальная пациентка. Мошеница была изобличена и понесла заслуженное наказание.

Выступление тёти Шуры в суде имело и другие последствия. Лор-врач Валентин Петрович развёлся с женой и оформил свои отношения с акушеркой Анжеликой Михайловной. Главный врач и завхоз вернули похищенные материалы на строительство нового корпуса. После этого Семён Семёнович уволился по собственному желанию, а Кузьмича уволили. Тётю Шуру премировали за 20-летие безупречной работы в гардеробе, и сделал это уже новый главный врач поликлиники Игорь Дмитриевич, бывший начмед, который по характеристике самой тёти Шуры не только скромный человек, но и ноги всегда вытирает, заходя с улицы в родную поликлинику.

Санкт-Петербург.

ОБ АВТОРЕ. Анатолий Иванов окончил Омский государственный медицинский институт. Ныне доцент кафедры организации здравоохранения и медицинского менеджмента Санкт-Петербургского института стоматологии последипломного образования, кандидат медицинских наук, лауреат пяти литературных премий, в том числе премии «МГ» имени Михаила Булгакова.

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

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

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – В. ЕВЛАНОВА.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-10-00447 Тираж 31 102 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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