

Современные технологии

Возвращая детям дыхание...

Это уверенно делают алтайские хирурги



В детской городской клинической больнице № 7 Барнаула впервые в Алтайском крае выполнили операцию по поводу открытого артериального протока (ОАП) у новорождённого.

До этого в регионе хирургическим путём данную патологию лечили только у детей старшего возраста.

– Освоить эту методику было необходимо, ведь ОАП у новорождённых в большинстве случаев приводит к смерти, – говорит главный врач больницы Владимир Токарев. – Операцию провёл заведующий кардиохирургическим отделением Алтайского краевого кардиологического диспансера, главный внештатный сердечно-сосу-

В отделении реанимации детской больницы Барнаула

дистный хирург Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Павел Ермолин.

– У многих детей артериальный проток может быть открытым, – объясняет заместитель главного врача больницы № 7, врач-неонатолог Татьяна Борисенко. – Но бывают такие ситуации, когда идёт большой сброс крови и из-за этого возникает повышенное давление в лёгких, детки могут дышать только с помощью аппаратов ИВЛ, у них возможно развитие застойной пневмонии. Поэтому проток нужно перекрыть. После операции по перекрытию

ОАП нагрузка на лёгкие сразу значительно уменьшается, улучшается кровообращение и общее состояние ребёнка в целом. На 2-3-и сутки они обычно снимаются с искусственной вентиляции лёгких и начинают дышать самостоятельно. Через 2 дня ребёнок, по сути, здоров.

Первому прооперированному маленькому пациенту всего несколько месяцев от роду. Пока он находится под наблюдением, но, по словам медиков, его состояние удовлетворительное.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Акценты

Кто и за что платит?

Федеральный фонд ОМС провёл пресс-конференцию на тему: «Реализация пилотного проекта по информированию населения о стоимости медицинских услуг».

Заместитель председателя Федерального фонда ОМС Юрий Нечепоренко сообщил, что подготовку пилотного проекта проводило Министерство здравоохранения РФ в течение второй половины 2014 г. совместно с субъектами России.

Эта система информирования позволит сформировать у населения объективное представление о затратах государства на оказываемую медицинскую помощь, предупредить возможные коррупционные явления в медицине – каждый будет знать, сколько государство платит за его лечение, а медорганизации будут более дисциплинированы в качестве и достоверности предоставляемых ими услуг. Все эти возможности позволят в большей степени стимулировать граждан для сохранения собственного здоровья, регулярного прохождения профилактических осмотров. Любой гражданин имеет право знать, сколько государство платит за ту медпомощь, которую он получает бесплатно.

Министр здравоохранения Республики Татарстан Аделъ Вафин отметил, что сейчас в проект вовлечено 105 государственных медучреждений республики. Основной вопрос, который задавали жители во время обсужде-

ния проекта, – какой эффект ожидается? Дело в том, что в Татарстане последние 6 лет особое внимание уделяется высокотехнологичной медпомощи – это использование дорогостоящих имплантатов, медицинских изделий, расходных материалов. При этом чтобы избежать коррупции, пациентам выдаются памятки, в которых указывается, что этот вид помощи оказывается за счёт бюджетов РФ и самой республики.

Заместитель директора Департамента здравоохранения Брянской области Максим Панов добавил, что проект в их области был рассмотрен как ещё одна задача развития электронной медицинской карты пациента, когда существует одна система введения медицинских данных и одна система всех учётов посещений и, соответственно, оплата всех услуг. Были согласованы все вопросы по защите персональных данных пациентов и развитию их «личных кабинетов». Это позволит избавиться от затрат на выдачу многочисленных справок. Теперь пациент будет регистрироваться на региональном портале, а в «личном кабинете» будет содержаться вся информация по его обращениям и стоимости оказанных амбулаторных и стационарных услуг.

Все эксперты сошлись в одном – каждый гражданин должен бережно относиться к собственному здоровью и быть внимательным к тому перечню услуг, которые ему оказываются.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

СЕГОДНЯ В «МГ»

В Правительстве РФ готовятся предложения по развитию комплексной реабилитации и ресоциализации страдающих наркоманией.

Стр. 4

Туберкулёз и ВИЧ-инфекция: угроза двойной эпидемии. Реальная или мнимая?

Стр. 6

Лекарства проверяет прокурор и вскрывает многочисленные нарушения

Стр. 7

Конспект врача. Менопаузальный синдром в практике акушера-гинеколога

Стр. 8-9

В Вене обсуждали новые возможности лечения тяжёлой бронхиальной астмы

Стр. 12

Ориентеры

Партнёры ради здоровья

В Омской городской клинической больнице № 1 им. А.Н.Кабанова открылся центр нефрологии и гемодиализа.

В структуре центра, размещённого в главном корпусе клиники на площади в 1640 м², – кабинет амбулаторного приёма врача-нефролога, круглосуточный стационар на 12 мест, 5 диализных залов на 40 аппаратов «искусственная почка». Это даёт возможность проведения высококачественной процедуры гемодиализа для 240 пациентов. И каждый из аппара-

тов подключён к электронной системе, помогающей не только отслеживать в режиме онлайн весь процесс диализа, но и корректировать его при необходимости. Телемедицинские технологии позволяют врачам практически у койки пациента проводить и удалённые консультации, и даже консилиумы с привлечением врачей смежных специальностей из других медицинских учреждений, передавая изображения на монитор экспертов. Центр нефрологии и гемодиализа, в котором уже проходят лечение омичи,

создан на условиях государственно-частного партнёрства (ГЦП), и по своей оснащённости высокотехнологичным оборудованием ему нет равных в Сибирском федеральном округе. В приобретение новейшей медтехники партнёр Министерства здравоохранения Омской области инвестировал свыше 200 млн руб. Однако обследование и лечение здесь пациентов будет субсидироваться из Фонда обязательного медицинского страхования, а значит, будет для них бесплатным. Опыт такого сотрудничества с коллегами из негосударственных ЛПУ у омских медиков уже есть.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Новости

Донорство с чувством, с толком

319 л донорской крови и её компонентов заготовил Кемеровский областной центр крови за время традиционной акции «Кровь во имя жизни».

Уже второй год подряд традиционную «декаду донора» центр крови проводит в течение... 2 месяцев. Как пояснил главный врач Центра крови, главный трансфузиолог Минздрава Кемеровской области Илгиз Вафин, связано это с растущей популярностью безвозмездного донорства. Чтобы дать возможность приобщиться к благородному делу всем желающим, и при этом избежать аврала на объектах проведения акции «Кровь во имя жизни», трансфузиологи стали приглашать сотрудников учреждений и организаций посетить центр крови в любой другой удобный для них день. Нововведение полностью себя оправдывает. В этом году, например, 86 студентов КузГТУ сдали кровь в стенах альма-матер, а ещё 57 обратились позже в Центр крови. В медакадемии статистика выглядит, соответственно, как 102 и 42.

Благодаря растущей активности студентов средний возраст кузбасских доноров понизился с 40 до 27 лет.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

Электронный формат

Информатизация отрасли медицины продолжается в Хабаровском крае: планируется, что уже скоро ряд медицинских услуг будет оказываться в электронном виде. Даже сейчас к врачу можно записаться через единый портал госуслуг. Главное преимущество новой системы – она позволит избавиться от лишних затрат. Об этом на совещании по вопросам информатизации здравоохранения на территории субъектов РФ сообщил министр здравоохранения Хабаровского края Александр Витько.

– Теперь можно будет вести электронную историю болезни, а в отдалённых районах края и вовсе внедрить телемедицину. Это позволит консультировать пациентов дистанционно. Особенно хорошо это подходит для северных районов, куда трудно попасть, – рассказал Александр Витько.

По словам главы регионального Минздрава, в Хабаровском крае информатизация началась в 2008 г. За 2 года медицинские информационные системы введены во всех крупных учреждениях здравоохранения краевого центра. Сейчас в медицинских организациях региона размещены 9,8 тыс. единиц компьютерного оборудования. Все больницы имеют доступ в Интернет.

– Сейчас в Хабаровском крае введена единая система льготного обеспечения населения лекарствами. Регион готов к дальнейшим мероприятиям по информатизации отрасли, – заверил А.Витько.

Николай ИГНАТОВ.

Хабаровск.

Доброе сердце и трезвый ум

В Министерстве здравоохранения Красноярского края высоко оценили результаты первых 3 месяцев реализации проекта «Доброе сердце – волонтер в больнице». С октября 53 старшеклассника красноярских школ, пожелавшие стать волонтерами, трудятся в лечебных учреждениях города. Ребята ухаживают за пожилыми, одинокими и тяжело больными пациентами, оказывают помощь медицинскому персоналу.

Как подчёркивают в региональном Минздраве, изначально главной целью проекта была профессиональная ориентация школьников в сторону медицины. Однако постепенно интерес к волонтерству проявили не только школьники, но и студенты красноярских вузов, поэтому движение «Доброе сердце – волонтер в больнице» будет расширяться, уверены в министерстве.

Сегодня юные добровольцы трудятся в 6 крупных стационарах Красноярска, в том числе в краевой клинической больнице, онкологическом диспансере, больнице скорой медицинской помощи, перинатальном центре.

При этом, например, в краевой больнице волонтеры «погружаются» в здравоохранение по полной программе: знакомство с клиникой начинается в музее истории медицины Красноярского края, а во время работы им приходится бывать во всех подразделениях больницы – в приёмном покое, клинических отделениях, операционных.

Елена БУШ.

Красноярск.

Медиков нарисовали...

Детские рисунки, плакаты и макеты, посвящённые медицине, в скором времени украсят Черниговскую центральную районную больницу в Приморье. Это работы победителей и призёров конкурса «Мир медицины глазами детей».

Инициатива его проведения родилась совместно у главного врача Черниговской ЦРБ и методистов местного Дома детского творчества Галины Михайлюк и Анны Педченко. Конкурс призван популяризировать профессию врача, избавить детей от страха перед медицинскими работниками. В нём приняли участие 110 детей от 6 до 18 лет.

Детские рисунки, плакаты, макеты, сочинения были ранжированы по темам «Скорая помощь», «Вы дарите людям здоровье», «Я и мой любимый доктор», «Мечтаю стать врачом».

Как рассказала Анна Педченко, несколько работ украсят отделения больницы, основной стенд установят возле регистратуры.

«В нашем конкурсе принимали участие и дети медицинских работников. Например, сын фельдшера из села Синий Гай нарисовал папу и написал сочинение про его работу», – отметила методист черниговского Дома детского творчества.

По словам Олега Быкова, руководителя Черниговской больницы, многие из участников конкурса в будущем мечтают связать себя с медициной. Ведь именно такие дети, искренне верящие, что люди в белых халатах спасают человеческие жизни и дарят людям здоровье, в будущем с большой вероятностью выберут профессию врача.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Приморский край.

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

События

Лучшие в европроекте

Студенты 2-го Меда показали блестящие результаты при сдаче тестов IMAT

Мы уже рассказывали о награждении золотыми и серебряными медалями Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова подданных России, Италии и Ватикана за беспрецедентную реализацию международного проекта, в результате которого наш медвуз вошёл в единую образовательную систему европейских университетов (см. «МГ» № 93 от 12.12.2014).

Тогда в Культурном центре Главного управления по обслуживанию дипломатического корпуса Министерства иностранных дел Российской Федерации ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова профессор Андрей Камкин представил первых российских студентов, прошедших тест IMAT (International Medical Admission Test). Их 7 человек.

Около 30 университетов Европы принимают студентов по результатам IMAT. Теперь РНИМУ в их числе. Тест был разработан в Кембриджском университете для отбора абитуриентов в медицинские университеты. Он сдаётся 2 раза в год – в апреле и сентябре одновременно по всем университетам Европы, где используется подобная система отбора.

Выступая на церемонии, ректор основанного в 1402 г. Туринского университета профессор Джанмари Айани выразил удовлетворение высоким качеством администрирования РНИМУ им. Н.И.Пирогова. И российский, и два итальянских университета разрабатывают программы в области биологии – это только начало совместных исследований. Д.Айани выразил желание сотрудничать с московским вузом в новых проектах, в том числе на стыках фундаментальных наук, где сейчас отмечается наибольшее количество открытий.

– Медико-биологический факультет РНИМУ – единственное место в стране, где готовят специалистов для трансляционной медицины мирового уровня, – сказал один из главных идеологов проекта, член президиума РАН, академик РАН Владимир Чехонин. – И сегодня созданы все условия для подготовки учёных самого высокого уровня в



Андрей Камкин (слева) и Джанмари Айани

области молекулярной физиологии, иммунологии, биохимии, нейробиологии и т.д. Кафедры организованы на базе ведущих институтов РАН. Мы получили возможность работать с выдающимися учёными современности, например, с клеточным биологом профессором Туринского университета Федерико Буссолино.

Надо сказать, что на базе РНИМУ им. Н.И.Пирогова создан медицинский кластер, один из двух, находящихся в ведении Министерства здравоохранения РФ. Вуз является партнёром Сколково, совместно с которым проводится ряд уникальных инновационных разработок. Например, уже создана система, позволяющая донести образовательную программу медицинского университета до любой точки мира, до любого человека, желающего повысить свою квалификацию. Он может получить теоретическую часть знаний через дистанционную систему обучения на русском или английском языке.

Торжественное заседание явилось промежуточным итогом проделанной РНИМУ работы. Оно

ознаменовалось недавним подписанием договоров по программам двух дипломов с Туринским и Миланским университетами Италии. Сейчас вуз ведёт переговоры с Венским техническим университетом (Австрия), Берлинским университетом Гумбольдта, Университетом Альтенберга (оба – Германия), Университетом Восточной Финляндии. Продолжается интересная и перспективная работа по дальнейшей интеграции в европейское образование.

Среди награждённых золотыми медалями РНИМУ им. Н.И.Пирогова – нунций Апостольской нунциатуры Святого Престола, Чрезвычайный и Полномочный Посол государства Ватикан в Российской Федерации архиепископ Иван Юркович, ректор Туринского университета профессор Джанмари Айани, ректор Миланского университета Лука Ваго.

Альберт ХИСАМОВ,
Юрий ЛУНЬКОВ (фото),
корреспонденты «МГ».

Москва.

Тенденции

«Забота» — с колёс

На Тамбовщине начал работать социальный автопоезд «Забота» областного Управления здравоохранения. Недавно медицинские работники завершили объезд самых удалённых населённых пунктов, побывав в 22 из них. Последнее посещение бригады людей в белых халатах – село Оржевка Умётского района...

Такого здесь ещё не бывало, чтобы врачи приезжали к пациентам, а не наоборот. Поэтому автопоезд ждали, и как только медработники начали приём в местной школе, к каждому кабинету выстроились очереди. Прежде, конечно, как и положено, записались на приём к нужному специалисту. Вот одна из записавшихся к терапевту пенсионерка Лидия Сидорова, всю свою трудовую жизнь проработавшая в местном магазине продавцом. А это ни много ни мало – целых 40 лет. Выехать не то чтобы в Тамбов, в райцентр (а это более 30 км) не так-то просто. Так что проезд социального автопоезда с медработниками для неё как нельзя кстати.

Тамбовская область оказала радушный приём вынужденным переселенцам из Донецкой области. Проживают они и на территории Масловского сельсовета, куда входит Оржевка. Вот и пришли на приём к врачам соседи по общему несчастью Наталья Шерстюк и Елена Шишкина с детьми. Все они прошли медицинское обследование, к счастью, ничего серьёзного выявлено не было. Вот только офтальмолог обнаружил нарушения в зрении дочери Валерии Шерстюк. Побывали на приёме у врачей Елена Шишкина и 5 её детей. Так что докторам потрудиться пришлось по-ударному. Но тут количество не повлияло на качество. Каждому взрослому и ребёнку было уделено достаточно внимания. Вся выездная бригада, закончив свои дела, ждала офтальмолога Татьяну Проскурину, пока она не приняла последнего пациента. На этот счёт у всех без исключения специалистов «Заботы» действует неписанный закон: «Принять всех пациентов до единого!» И автопоезд не отправится в обратную дорогу, пока

последний сельчанин не покинет кабинет врача.

На славу поработали медики ведущих клиник и областной больницы на этом выезде. Было принято сотни сельчан, выявлено множество болезней у пациентов, о которых они и не подозревали. Одним оржевцам были даны направления на стационарное лечение, другим прописаны лекарственные препараты для приёма в домашних условиях.

Более 40 выездов совершила «Забота» в 2014 г. Благодаря приёму врачей «на дом» к пациентам было принято около 6 тыс. человек, произведено без малого 10 тыс. исследований. Только хронических заболеваний впервые было выявлено более 400, из них 17 – острых.

...И полгода не пройдёт, как автопоезд «Забота» снова начнёт колесить по сёлам и весям области, чтобы продолжить укреплять здоровье жителей самых отдалённых населённых пунктов Тамбовщины.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тамбовская область.

Официально

Лекарственная доступность

Пресс-секретарь Минздрава России Олег Салагай не оставил без внимания комментариев руководителя Фонда «Здоровье» Эдуарда Гаврилова по вопросу регулирования цен на лекарственные препараты.

– Министерство в целом разделяет обеспокоенность, высказанную фондом «Здоровье» о необходимости особого внимания к регулированию цен на препараты нижнего ценового сегмента, – сказал он. – Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова говорила об этом в интервью одному из центральных телеканалов ещё в конце прошлого года.

Данный вопрос неоднократно обсуждался с профессиональными ассоциациями фармпроизводителей, регионами, а также федеральными органами исполнительной власти, включая ФАС и ФСТ России.

По итогам указанных консуль-

таций министерством разработан и внесён в Правительство РФ комплекс мероприятий, направленных на предотвращение влияния негативных изменений в экономике на доступность лекарственных препаратов. Данный комплекс мер включает, в том числе, и такие мероприятия, как обновление перечней лекарственных препаратов, формируемых на основе Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), цены производителя и надбавки посредников, которые подлежат государственному регулированию, оперативный мониторинг изменений цен регулируемого и нерегулируемого сегментов, а также дефектуры по отдельным ассортиментным позициям, ведение переговоров с производителями и поставщиками в целях согласования фактически в «ручном режиме» размеров возможной индексации цен отечественных и зарубежных производителей. О предпри-

нимаемых Правительством РФ мерах на данном направлении в своём интервью телевидению рассказала также заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, отметившая, что сейчас рост цен по лекарственным препаратам Перечня ЖНВЛП существенно ниже, чем инфляция, при этом обеспечивается и необходимый ассортимент.

По данным независимого мониторинга цен на лекарственные препараты, не входящие в Перечень ЖНВЛП, проводимого фармацевтическими организациями – дистрибьюторами лекарственных средств, рост цен на указанные лекарственные препараты во второй половине декабря составил от 2 до 8%.

Какого-либо дефицита лекарств для льготных категорий граждан также не возникнет. По последней информации, в регионах сформированы запасы лекарственных средств в среднем 4,5-месячной потребности на общую сумму свыше 17 млрд руб. По всем позициям «семи нозологий», обеспечиваемых на федеральном уровне, закупки осуществлены более чем на 9 месяцев.

Леонид ТРУБЕЦКОЙ.
МИА Сити!

Москва.

Сотрудничество

Ставка на профилактику

Семинар на тему «Рост предприятий и конкурентоспособность в условиях кризиса. Укрепление здоровья на рабочем месте» прошёл в Папском Урбанианском университете (Италия, Рим). Он был организован Министерством труда и социальной политики Италии и Национальным институтом страхования от несчастных случаев на производстве. Семинар проводился в формате параллельных сессий. Одна из них называлась «Эффективные пути повышения уровня здоровья и безопасности на производстве» и проходила при поддержке Европейской сети Международной ассоциации социального обеспечения.

В работе её приняла участие делегация от Российской Федерации, в том числе председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко и заместитель председателя Федерального

фонда ОМС Светлана Карчевская. Были представлены выступления ведущих руководителей из Польши, Германии, Финляндии, Швейцарии и Италии.

Большое внимание привлёк

и доклад Н.Стадченко на тему: «Профилактика: задачи, пути решения, результаты». Актуальность темы выражается в том, что одним из приоритетных направлений государственной политики в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения на основе развития профилактических направлений, формирования здорового образа жизни...

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

100 строк на размышление

Выход — распределение?

Принимая во внимание сложившуюся ситуацию с медицинскими кадрами на селе, руководители 47 региональных ведомств сошлись во мнении, что в Министерстве здравоохранения РФ должны раз и навсегда покончить с проблемой нехватки врачей, вернуть обязательное распределение выпускников медвузов, прошедших обучение за государственный счёт.

«Сегодня мы отмечаем явную тенденцию повышения среднего возраста работающих медицинских работников, многие из которых, особенно представители старших возрастных групп, со временем утрачивают мотивацию и способность к самосовершенствованию. Более того, их квалификация перестаёт отвечать современным требованиям», – заявил директор Центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов.

Примечательно, что, как это

обычно у нас происходит, «зачесались» лишь тогда, когда дефицит кадров в системе здравоохранения стал весьма и весьма ощутимым. Более того, ничего нового не придумали, решив вернуться к распределению, так как из-за несовершенства судебной системы целевые программы далеко не всегда срабатывают.

Однако хочется уточнить вот что: а если москвич или петербуржец учился на бюджете – он тоже должен распределяться на периферию? На обязательную «отработку», как прежде.

Кроме того, как отмечают эксперты, многие руководители медицинских учреждений занимают свои должности после многолетнего опыта работы практическими врачами, в то время как менеджмент в сфере здравоохранения на современном этапе не ограничивается только лишь организацией лечебного процесса в стационаре или поликлинике.

Очевидно, что руководящих

отраслевых работников следует готовить исключительно по современным стандартам и программам специализации «Организация здравоохранения и общественное здоровье».

«Главный врач – это не только специалист с многолетним опытом в клинической медицине, но и эффективный управленец. И первое не означает второго автоматически», – уверен академик РАН Рамил Хабриев.

С руководителем НИИ общественного здоровья трудно не согласиться. Организация здравоохранения и общественное здоровье – это не только медицинская, но и управленческая работа. Это отдельная специализация в медицине, которой, наряду со всеми остальными, обучаются в течение 2 лет в ординатуре, регулярно повышая свою квалификацию. Никто не даст гарантии, что хороший практик будет хорошим организатором.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Итоги и прогнозы

«Глас народа» о медиках

«Число жалоб россиян на качество медицинской помощи впервые снизилось. В структуре обращения граждан имеется положительная динамика», – заявил недавно временно исполняющий обязанности руководителя Росздравнадзора Михаил Мурашко.

В этой связи весьма примечательным выглядит одно из исследований Всероссийского центра изучения общественного мнения, согласно которому почти половина (44%) граждан РФ оценили состояние системы здравоохранения в стране как относительно положительное. На эти данные и сослался чиновник. «Это – хороший показатель, так как ещё в прошлом году их количество составляло лишь 32% от опрошенных», – заметил М.Мурашко.

Данные оценки гражданами РФ состояния отечественной системы здравоохранения были приведены ВЦИОМом в конце ушедшего 2014 г. Исследование показало, что наибольшее недо-

вольство людей вызывает время ожидания медицинской помощи – более 60% респондентов сочли его категорически неприемлемым.

Кроме того, «глас народа» обозначил и другие отраслевые проблемы на современном этапе: сложности с записью на приём, нехватка тех или иных специалистов и, как следствие, рост нагрузки на медицинский персонал, ведущий к явному снижению качества медпомощи.

Что любопытно, при этом региональные медицинские учреждения оцениваются хуже, чем федеральные, – первые получили 50% положительных отзывов, а вторые – 67%.

Напоследок М.Мурашко подчеркнул, что его ведомством проводятся контрольные мероприятия в отношении территориальных ФОМС: «Проверим, как фонды требуют непосредственно со страховых компаний соблюдения прав граждан».

Марк ВИНТЕР.
МИА Сити!

Ну и ну!

Отстранён из-за тараканов....



Департамент здравоохранения Ярославской области отстранил главного врача городской детской больницы Рыбинска Вячеслава Подгорного от должности на время, пока идёт следствие по его делу. Против него возбуждено дело об административном правонарушении по статье «Нарушение санитарно-эпидемиологических требований к эксплуатации жилых помещений и общественных помещений, зданий, сооружений и транспорта».

Поводом для таких действий послужили публикации в местных СМИ о нарушениях прав пациентов. А дальше прокуратура повела несколько проверок и убедилась, что в больнице не выполняются элементарные санитарные нормы. Например, не проводилась регулярная дезинсекция (в результате в лечебном учреждении появились тараканы) и качественная влажная уборка с применением моющих и дезинфицирующих средств. Также правоохранителям не понравилось то, что в оснащении палат и вспомогательных помещений

педиатрических отделений используется мебель, наружная и внутренняя поверхность которой выполнена из материалов, не устойчивых к воздействию моющих и дезинфицирующих средств. Кроме того, в ноябре в рыбинской детской больнице скончался 7-летний мальчик. По факту гибели ребёнка возбуждено уголовное дело по статье «Причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей».

Заместитель губернатора Ростислав Даниленко так прокомментировал отстранение В.Подгорного: «Пройдёт проверка, и тогда можно будет принять квалифицированное решение о дальнейшей судьбе руководителя лечебного учреждения».

11 декабря Вячеслав Подгорный был госпитализирован с подозрением на инфаркт. В этот день, кстати, в эфире Первого канала вышла программа «Пусть говорят», в которой шла речь о детской больнице Рыбинска.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
Ярославская область.

Ход реализации национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества в немедицинских целях, рассмотрен на заседании кабинета министров России. Согласно данным рабочей группы по этим вопросам при правительственной комиссии, от патологий жизненно важных органов из-за систематического употребления наркотиков в стране ежегодно умирают более 60 тыс. человек.

Усилия скоординированы недостаточно

«Наша задача в том, чтобы стихийно сложившийся рынок наркопотребления не просто разрушить, а предложить всем понятную систему лечения, систему социальной адаптации и альтернативу, показать семьям, которые сейчас продолжают сражаться за своих близких (в большинстве случаев это происходит в одиночку), что их усилия обеспечены и государственной поддержкой», – так сформулировал цель заседания председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев. По его словам, именно ради этого и было принято решение о создании системы реабилитационной работы с теми, кто хочет избавиться от наркотической зависимости, формирование которой было предусмотрено ещё стратегией антинаркотической политики до 2020 г., утверждённой в 2010 г. «Работа по её реализации идёт достаточно активно, – отметил глава Правительства РФ, – но, наверное, усилия ведомств, усилия федерального центра, усилия регионов недостаточно хорошо скоординированы по целому ряду вопросов».

Цифры по наркозависимым приводятся разные, но речь идёт о нескольких миллионах человек, по данным медиков, заметил Д.Медведев. «Это страшные цифры, конечно», – резюмировал он. «Необходимо, – считает премьер, – как можно скорее установить единые требования к организациям, которые занимаются реабилитацией людей, готовых покончить со своей зависимостью. Медицинские учреждения, сами медики, педагоги, психологи, социальные работники, добровольцы в некоммерческих организациях – все они должны работать по чётким программам, которые учитывают специфику ситуации, особенно в том, что касается несовершеннолетних пациентов». «Возраст наркоманов снижается год от года, и мы не должны на это закрывать глаза», – добавил он.

Из 290 тыс. ежегодно привлекаемых к уголовной и административной ответственности более 200 тыс. являются наркопотребителями, доложил директор Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН России) Виктор Иванов. При этом суммарные бюджетные затраты силовых структур, следствия, судов и пенитенциарной системы на таких наркопотребителей составляют 96 млрд руб. ежегодно.

Возвращаться к принуждению нет необходимости...

Подчеркнув, что данное обсуждение вынесенного на рассмотрение кабинета вопроса «более чем знаменательно, поскольку оно будет первым за последние

25 лет, руководитель ФСКН напомнил, что почти четверть века назад, 25 октября 1990 г., Комитет конституционного надзора СССР в своём Заключении № 8 о законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, «свёл проблему наркомании исключительно к проблеме здоровья индивида».

Госпрограммы противодействия незаконному обороту наркотиков, принятой 15 апреля текущего года Правительством РФ, существенно минимизирует демографический, криминальный и экономический ущербы. В подтверждение своих слов руководитель ФСКН привёл успешный опыт минимизации ущерба от наркотиков – «реальный эффект сокращения за

ликации стратегии государственной антинаркотической политики разительный дисбаланс между карательной и гуманистической функцией государства, когда мы привлекаем к уголовной ответственности минимум в 100 раз больше наркопотребителей, чем направляем на бюджетную реабилитацию. В развитых странах это соотношение прямо противоположное».

онно-административная база национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации создана, – констатировал В.Иванов. Он попросил правительство «поддержать и через необходимое ресурсное обеспечение дать полномасштабный старт этому принципиально новому виду деятельности государства уже со следующего (2015 г. – К.Щ.) года».

Действительно, эта тема «очень, скажем прямо, затратная», заметил Д.Медведев. «По понятным причинам, – продолжил он, – справедливо было сказано, система ресоциализации в нашей стране существенно отстаёт от аналогов за границей. Тому есть разные причины. Понятно и то, что возвращаться к советским аналогам невозможно. В общем, двигаться вперёд, по всей вероятности, необходимо».

«Работа ведётся, и она проводится всеми заинтересованными ведомствами, – сказала на это вице-премьер Ольга Голодец, курирующая в кабине социальные вопросы. – В ней участвует и Министерство здравоохранения, и Министерство труда и социальной защиты, Министерство образования. Мы подробно выверим наши программы в отношении тех лиц, которые потребляют наркотики. Есть специальные программы и по выявлению таких лиц, и по их реабилитации».

Но, конечно, нам нужно сделать серьёзный шаг в отношениях с гражданским обществом, потому что это может быть весомым вкладом и в ограничение числа лиц, потребляющих наркотики, и в решение этой проблемы, особенно среди молодёжи. Такие программы заложены, они имеют финансовое обеспечение, в том числе в 2015–2017 гг.»

Глава Правительства РФ сообщил, что в протокольном решении записано поручение ФСКН, Минздраву, Минтруду, Минобрнауки России с участием других федеральных структур подготовить в течение первого полугодия 2015 г. и внести в кабинет предложения по развитию системы комплексной реабилитации и ресоциализации.

«Ещё раз говорю, двигаться вперёд необходимо, – заключил Д.Медведев. – Это действительно одна из задач государства, о которой мы далеко не часто говорим. На самом деле это проблема колоссальная, и она как-то у нас тонет периодически в более частных вопросах». По словам премьера, на ближайшие 3 года, с 2015 по 2017 г., на эти цели выделяется 10 млрд руб. с нарастающим итогом: 2, 3 и 5. «Это, согласитесь, далеко не самые большие деньги, но они существенные, колоссальные облегчение принесут нашему обществу. Более того, принесут экономии нашему бюджету, поскольку, по определению Международного комитета по контролю за наркотиками ООН, каждый рубль, доллар, вложенный в реабилитацию, оценивается как инвестиция и даёт эффект сохранения денег государству в 10 раз больше, по самым минимальным оценкам. В 10 раз больше сохранение!» – заключил премьер-министр РФ.

Похоже, мы решили выйти, наконец, из тени «чёрного ангела» смерти наркоманов...

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Ситуация

Под сенью «чёрного ангела»

Правительство РФ ставит задачу снизить смертность от патологий жизненно важных органов из-за наркозависимости



Лечение больного с наркозависимостью – сложное дело

Более того, употребление наркотиков было отнесено «к правам человека, который «ни перед кем не обязан отвечать за своё здоровье».

Тогда же были закрыты лечебно-трудовые профилактории (ЛТП), где осуществлялись принудительное лечение, трудовая реабилитация лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией. «Разумеется, нет необходимости возвращаться к принуждению в любых его видах, – полагает В.Иванов, – однако вернуться к реальности стоит и ясно постулировать, что наркомания – это далеко не личное дело каждого, а, напротив, ключевой фактор разрушения общественной и национальной безопасности, ведущей к масштабным негативным последствиям».

Однако государство реализацией краеугольной задачи – уменьшением количества наркопотребителей – до сих пор, то есть уже четверть века, не занимается, вынужден был констатировать глава ФСКН. «Очевидно, тогда, 25 лет назад, вместе с водой выплеснули и ребёнка: старую систему осудили, отменили, но никакой новой не создали, при том, что уровень наркопотребления в стране за этот период вырос почти в 20 раз», – заметил он.

В то же время В.Иванов убеждён, что упразднённую систему ЛТП «полностью и с гораздо большей эффективностью компенсирует» создаваемая с опорой на институты гражданского общества национальная система реабилитации и ресоциализации наркопотребителей. По его мнению, именно эта деятельность, регламентируемая соответствующей подпрограммой

10 лет на одну треть смертности молодого населения в возрасте от 15 до 34 лет».

Весомый вклад в эту позитивную динамику, считает он, внесли решения о создании профильного направления федеральной службы в 2003 г. и Государственного антинаркотического комитета в 2007 г. Значительной вехой стало и утверждение в 2010 г. Стратегии государственной антинаркотической политики РФ до 2020 г., где впервые, помимо борьбы с предложением, обозначен императив сокращения спроса. А также поручения по итогам президиума Госсовета в апреле 2011 г. приступить к формированию национальной системы комплексной реабилитации и ресоциализации, введению механизмов государственной поддержки общественных организаций, занимающихся реабилитационной деятельностью.

За это время правоохранительные органы России ликвидировали около 50 тыс. наркопритонов и мест производства наркотиков; изъяли из незаконного оборота 26 т опиатов, в том числе 11,5 т афганского героина, 131 т наркотиков каннабисной группы (121 т марихуаны и 10 т гашиша). Изъято 18 т наркотиков синтетического ряда – только в этом году за 11 месяцев объём их в 160 раз больше, чем изымалось 10 лет назад. За последние 5 лет к уголовной и административной ответственности привлечены 1 млн 200 тыс. человек, пресечена деятельность 26 тыс. организованных преступных групп и сообществ.

«Это показывает, – считает В.Иванов, – что пришла пора также ликвидировать в ходе реа-

Прямая инвестиция в общество

Глава ФСКН обратил внимание участников заседания на то, что введённый в нашей стране принципиально новый правовой институт альтернативной ответственности уже сейчас решениями судов в уголовном и административном судопроизводстве создал существенный поток наркопотребителей на реабилитацию. Но, как заметил он, её «собственно им негде проходить».

Это, считает В.Иванов, определяется тем, что силами лишь медицинских наркологических учреждений невозможно обеспечить реализацию двух важнейших функций государства – освобождение от зависимости с одновременным содействием семьям в трудной жизненной ситуации и собственно защита общества от асоциального, криминального поведения наркоманов. А действующих неправительственных организаций в ситуации отсутствия госбюджетного финансирования обязательств перед государством нет. «Они, во-первых, не обязаны, а во-вторых, подчас и не имеют элементарной материальной возможности брать на реабилитацию направляемых к ним граждан», – пояснил руководитель ФСКН.

Он убеждён, что правильно организованную немедицинскую реабилитацию можно и нужно, по определению Международного комитета по контролю за наркотиками ООН, рассматривать «как прямую инвестицию в общество, поскольку реабилитация позволяет ежегодно возвращать в экономику до 1 трлн руб.»

Поскольку реабилитация является существенным фактором снижения смертности молодёжи, уровня наркопреступности и в целом инструментов декриминализации молодёжной среды, 10 июля текущего года Президент РФ своим указом наделил ФСКН полномочиями по координации деятельности федеральных органов власти, органов власти субъектов Федерации и органов местного самоуправления в области реабилитации и ресоциализации наркопотребителей. ФСКН также наделена полномочиями по организации поддержки социально ориентированных неправительственных организаций, осуществляющих данную деятельность.

«Таким образом, организаци-

Говорят, у молодых нынче большие запросы. Хотят всё и сразу: работу непыльную, должность приличную, зарплату высокую, квартиру в элитном доме, автомобиль покруче... Немало, конечно, и таких. Но я лично уверен, что больше других – тех, кто, не рассчитывая на родительский тугой кошелёк, не надеясь на родственные связи или влиятельных знакомых, поскольку таковых просто нет, самостоятельно, без кумовства и протекции, строят после окончания вуза свою жизнь. И пусть порой им приходится нелегко, они всегда, рассказывая о своих успехах и достижениях, могут с гордостью сказать: «Всё по-честному!»

Впрочем, молодой врач Кирилл Хомяков считает, что в жизни ещё нужно чуточку везения. Ему судьба благоволила не раз... Сначала, когда после окончания средней школы, решив стать медиком по примеру мамы, Ольги Владимировны, не один десяток лет отработавшей педиатром в центральной районной больнице города Калачинска, он поступил в Омскую государственную медицинскую академию. Второй раз повезло, когда он после 4-го курса ОмГМА перевёлся в славящийся своей базовой подготовкой Томский военномедицинский институт. Он даже успел окончить там интернатуру по общей врачебной практике, а буквально через несколько месяцев «сердюковское» оборонное ведомство в связи с реформой закрыло уникальный вуз... И коль скоро войскам оказались не нужны медики-офицеры, Кирилл Хомяков стал искать себе работу «на гражданке».

И опять повезло. Нашлось вакантное место – заведующего поликлиникой в городке Колпашево, расположенном в центре Томской области. Даже вдвойне повезло. В Колпашевской ЦРБ он встретил свою «половинку» – будущую жену. Диана – тоже молодой врач, акушер-гинеколог.

Работая в Колпашево, Кирилл Хомяков смог побывать в Москве на курсах первичной подготовки врачей ультразвуковой диагностики (средства на обучение были выделены в рамках создания в районной больнице сосудистого центра). И всё бы складывалось у молодых супругов-медиков хорошо, да только своего жилья не было. Купить квартиру с врачебной зарплатой, понятно,

Наши коллеги

Такое очень непростое счастье доктора

Это – интересная работа, любимая семья и уютный дом на своей земле



Земский доктор Кирилл Хомяков в своём кабинете

нереально, даже в глухой провинции. Ждать господдержку на приобретение жилья в рамках программы «Земский доктор», живя в Колпашево, было бесполезно, поскольку, известно, она рассчитана на молодых специалистов, которые остаются работать в сельской местности, но никак не в городке с населением более 20 тыс. человек.

И снова ему помог случай. Глава администрации Кожевниковского района той же Томской области Александр Емельянов, находясь по делам в Колпашево, узнал про молодых врачей и, недолго думая, пригласил их в свою районную больницу, где узких специалистов ох как не хватает, а самое главное – крайне необходим был именно врач УЗИ-диагностики. Техника есть, пациентов хоть отбавляй, а работать на аппаратах некому... Переманивая их, Емельянов пообещал, что Хомяковы, став участниками программы «Земский доктор», смогут не только получить по 1 млн руб.,

но и серьёзную финансовую помощь на строительство дома от района – в рамках программы «Социальное развитие села Томской области до 2014 г.» А это ещё 860 тыс. руб...

В райцентре Кожевниково (самый южный район области, в 140 км от Томска) молодой семье понравилось. В июне 2012 г. они приступили к работе. Диана – акушером-гинекологом в женской консультации роддома (новый корпус родильного дома здесь был построен в 2007 г. по программе «Дети Томской области», подпрограмма «Здоровый ребёнок»), а Кирилл – врачом УЗИ-диагностики. Работы на него, действительно, «свалилось» много. Спектр проводимых обследований большой: органы брюшной полости и почки, сосуды и суставы. Словом, всё «с головы до пят», кроме гинекологических исследований. Принимать приходится как амбулаторных больных, приезжающих в ЦРБ со всех сёл и деревень района, так и

пациентов, проходящих лечение в стационаре.

Параллельно приходилось заниматься оформлением бумаг для участия в программе «Земский доктор». Попасть в неё, оказалось, не так просто. Есть в ней такой серьёзный нюанс, как прописка (по-новому – регистрация) по месту жительства.

– Понятно, что государству нужны доказательства, что ты тут живёшь, а не «гастролируешь» по разным городам и весям. Но где и как можно зарегистрироваться на новом месте, если у меня нет своего жилья? – резонно спрашивает Кирилл. – Чтобы попасть в программу, нужна была хотя бы временная прописка. Хорошо, что владелец квартиры, которую мы сняли в аренду, пошёл нам навстречу и согласился нас временно прописать. А ведь мог не согласиться... В общем, мы с женой заключили договор с Департаментом здравоохранения Томской области на получение по 1 млн руб. с условием, как и все молодые специалисты, что отработаем в Кожевниковской больнице не менее 5 лет...

А время летит быстро. Вот уже и дочке Алёнке исполнилось 2 годика, она пошла в детский сад. Дом, который супруги Хомяковы начали строить, получив статус «земских врачей», уже под крышей.

– Мы сразу с Дианой решили, что квартира нам не нужна, будем строить свой дом, на своей земле. Таким, каким мы его представляем. Просторным, светлым, уютным... Подключим отопление – и справим новоселье!.. А после ввода дома в эксплуатацию сможем оформить в собственность и земельный участок. Конечно, построить свой дом – хороший, кирпичный, нам очень помогли наши миллионы, полученные по программе «Земский доктор». Плюс существенная

помощь администрации района. Разумеется, мы открыли блокированный счёт, с которого нельзя снять наличные и на что-то их потратить. Эти средства использовались со счёта на счёт – только на оплату стройматериалов...

Есть работа по профессии, есть семья, есть свой дом и земля – что ещё надо, чтобы крепко стоять на ней и чувствовать себя счастливым!

Недавно в гости к Кириллу приезжала мама. Ольге Владимировне понравилось, как сын устроился на новом месте. Далековато, правда, от Омска, от родительского дома, от сестры-двойняшки Юли, которая работает педагогом в сельском городке Калачинске Омской области. Но для матери главное, конечно, то, что сын сам выбрал свою дорогу, сам решил, как и она, служить медицине. И, выбирая эту стезю, Кирилл Хомяков не искал лёгких обходных дорожек.

– Не жалеете, что судьба занесла вас сюда? – поинтересовался я на прощание.

– Нет, не жалею. Это же наш выбор.

Сейчас семья врачей Хомяковых уже справила новоселье в новом доме, и в 2015 г., когда обживутся в нём, думается, напроць забудут, что когда-то были пришлыми людьми на земле Кожевниковского района Томской области. Эта земля теперь им – родная.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Томская область.

КСТАТИ. За 5 лет, с 2012 по 2017 г., в программе по улучшению жилищных условий учителей и врачей на селе, утверждённой губернатором Томской области, смогут принять участие 363 молодых врача.

Итоги и прогнозы

В рамках 16-й Российской конференции «Современные проблемы и перспективы антимикробной терапии», которая состоялась в Центральном доме учёных РАН, на пленарном заседании были озвучены данные результатов исследования экспертной рабочей группы по изучению нозокомиальных инфекций (ЭРГИНИ).

Внутрибольничные инфекции – актуальная проблема для мирового здравоохранения, однако точных данных об их распространённости в России не было. Поэтому в стране была поддержана идея межрегиональной общественной организации «Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов» по созданию рабочей группы экспертов, которая осуществила в 2013 г. масштабное проспективное клинико-эпидемиологическое исследование, охватившее 32 лечебно-профилактических учреждения в 18 городах России.

Обоснованная тревога врачей

Как избежать инфекций в стационарах?

В ходе исследования были выявлены реальная частота и структура внутрибольничных инфекций, оценены факторы риска их возникновения и распространения. Кроме того, экспертами изучены антибиотикочувствительность возбудителей этих инфекций, реальная практика назначения антибактериальных средств и их целесообразность.

По данным ЭРГИНИ, наличие внутрибольничных инфекций у пациентов ЛПУ России в среднем составляет 7,61%. В некоторых регионах этот показатель выше среднего (например, в Московской области он составляет 10,1%). В целом российские

данные соответствуют мировым: в зарубежных исследованиях показатели колеблются от 5 до 10%.

О значимости этой медицинской и социальной проблемы говорит тот факт, что вследствие подобных инфекций, усугубляющих состояние больного, длительность стационарного лечения увеличивается в 1,5 раза, а риск летального исхода – в 5 раз.

По словам профессора кафедры госпитальной терапии № 2 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, участника Альянса клинических химиотерапевтов и микробиологов, доктора медицинских наук Сергея Яковлева, ре-

зультаты исследования позволили спрогнозировать количество случаев заражения внутрибольничными инфекциями в российских ЛПУ. Сегодня этот показатель достигает около 2,3 млн случаев в год.

– Если учесть, что многие возбудители характеризуются высокой устойчивостью к действию большинства антибиотиков, этот факт вызывает тревогу, так как ресурс высокоэффективных антибактериальных препаратов у нас крайне ограничен, – говорит он.

Эксперты считают: одним из вариантов назначения адекватной стартовой антибактериальной терапии может стать внедрение протокола лечения с учётом фак-

торов риска инфицирования резистентными штаммами. Создание данного протокола целесообразно не только для улучшения результатов лечения, сокращения показателей госпитальной летальности и сроков пребывания пациентов в стационаре, но и для снижения финансовых затрат.

Результаты исследования будут положены в основу рекомендаций по оптимизации антибактериальной терапии и контролю использования антибиотиков в стационарах на территории РФ.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

– Основная проблема в теме «сочетанная инфекция ВИЧ-туберкулёз» заключается в том, что в России не удаётся стабилизировать ситуацию с распространением ВИЧ-инфекции. Существующая система контроля, к сожалению, эффекта не дала.

Если заболеваемость туберкулёзом начиная с 2009 г. удалось снизить даже в самых неблагополучных по этой инфекции СФО и ДФО, то с ВИЧ-инфекцией всё ровно наоборот – число больных растёт. И коль скоро это так, практически все больные ВИЧ-инфекцией в конце концов заболевают туберкулёзом. Уже сегодня доля ВИЧ-инфицированных среди больных туберкулёзом в разных регионах страны достигает 25–30%. А в территориях, где распространённость ВИЧ-инфекции особенно высока, снижать уровень заболеваемости туберкулёзом будет всё сложнее и сложнее.

Среди всех впервые выявленных больных туберкулёзом в среднем по Сибирскому федеральному округу таких пациентов 15%, в Алтайском крае – 18%, а в Кемеровской и Иркутской областях – каждый пятый пациент. Если из общего числа больных туберкулёзом в Новосибирской области вычсть ВИЧ-инфицированных, показатель заболеваемости туберкулёзом окажется на уровне Центральной России. Таким образом, мы видим весьма значимый «вклад» ВИЧ-инфекции в заболеваемость туберкулёзом, и если этот «поток» не перекрыть, неизбежен новый рост туберкулёза в России.

Более того, растёт доля больных, у которых одновременно выявлены туберкулёз и ВИЧ-инфекция. Это говорит о том, что человек даже не знал о своём положительном ВИЧ-статусе, пока не попал в поле зрения фтизиатров.

Где же выход? На международных и российских научных форумах много внимания уделяется

Прямая речь

Двойная угроза

Против неё должны объединиться две сферы здравоохранения

Объединению возможностей противотуберкулёзной службы и службы профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом была посвящена прошедшая в Москве Всероссийская научно-практическая конференция «Туберкулёз и ВИЧ-инфекция: угроза двойной эпидемии», которую организовали Российское общество фтизиатров, Центральный НИИ туберкулёза и Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом.

Своей точкой зрения на проблему «двойной угрозы» с корреспондентом «МГ» поделилась заведующая отделением Новосибирского НИИ туберкулёза Минздрава России, фтизиатр-координатор по организации противотуберкулёзной помощи больным ВИЧ-инфекцией в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах, кандидат медицинских наук Светлана НАРЫШКИНА.

диагностике и лечению туберкулёза у ВИЧ-инфицированных, и это оправданно, так как есть особенности течения заболевания при глубоком иммунодефиците, а препаратов для терапии сочетанной инфекции необходимо применять намного больше. Но не только как клиницист, а как человек, имеющий отношение к организации здравоохранения, я понимаю, что обсуждение данных тематик – не выход из положения. Мы бежим за последствиями, а основная задача сегодня – предотвратить распространение ВИЧ-инфекции. Но мы, фтизиатры, на это не можем повлиять.

Как уже сказано, у значительного числа людей выявляются одновременно ВИЧ-инфекция и туберкулёз. Эта категория, с одной стороны, представляет угрозу в плане распространения вируса иммунодефицита, а с другой стороны, является группой риска по заболеванию туберкулёзом из-за ослабления иммунитета. Исходя из этой данности, необходимо решать одновременно две задачи.

С одной стороны, мотивировать

граждан обследоваться на наличие ВИЧ-инфекции. Я говорю о тотальном скрининговом обследовании половозрелого населения на ВИЧ-инфекцию, коль скоро вирус иммунодефицита передаётся, в том числе, половым путём. Миллионы россиян ежегодно обследуются для подтверждения или профилактики различных заболеваний, но культуры обследования на ВИЧ-инфекцию в нашей стране почему-то нет. Попытки сузить проведение обследования на ВИЧ до группы риска, в которой на первом месте потребители инъекционных наркотиков, не оправдала себя, поскольку основная масса наркоманов не состоит на учёте, а значит, находится вне поля зрения инфекционистов. Повышение санитарной грамотности населения по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции поможет снизить риск передачи болезни.

С другой стороны, необходимо серьёзно заниматься организацией химиопрофилактики туберкулёза у больных ВИЧ-инфекцией. Именно здесь возникает необходимость тесного и эффективного

взаимодействия двух ветвей медицинской службы – фтизиатрии и АнтиСПИД. В каких же направлениях это взаимодействие должно быть выстроено? Перечислю то, что кажется важным мне и моим коллегам-фтизиатрам.

В организации работы центров по профилактике и борьбе со СПИДом обязательно должен быть предусмотрен приём фтизиатра. К сожалению, далеко не во всех центрах есть такие специалисты, хотя там можно увидеть, к примеру, гематолога. Как результат, в Сибирском федеральном округе нет даже статданных, какое число больных ВИЧ-инфекцией нуждалось в профилактическом лечении туберкулёза.

Причём химиопрофилактику туберкулёза ВИЧ-инфицированным также необходимо проводить на базе этих центров. Но как только диагноз «туберкулёз» ВИЧ-инфицированному человеку поставлен, он должен наблюдаться уже не в этом учреждении, а в противотуберкулёжном диспансере, и пока не завершит общий курс лечения туберкулёза, в центре

АнтиСПИД появляться не может.

Почему оптимальна именно такая логистика? Да потому, что туберкулёз – инфекция, передающаяся воздушно-капельным путём, а в центр АнтиСПИД приходят люди с иммунодефицитом, и подвергать их опасности ятрогенного инфицирования не следует.

Вы спросите, а как же быть с лечением ВИЧ-инфекции в то время, когда эти больные проходят курс терапии туберкулёза? Ответ прост: инфекционист ведёт приём пациентов с ВИЧ на фтизиатрической базе, то есть в противотуберкулёзных учреждениях должны быть консультанты по ВИЧ/СПИДу.

Если ещё недавно нас и слушать не хотели, то сегодня идея именно такой организации помощи больным с сочетанной инфекцией рассматривается на федеральном уровне, и мы надеемся, что в ближайшее время она обретёт статус правил, стандартов, приказов или иных обязательных к исполнению документов. Дистанцироваться друг от друга фтизиатрической службе и службе АнтиСПИД больше нельзя, мы теперь связаны одной проблемой, решать которую необходимо сообща.

Могу привести в пример регионы, где есть успешный опыт такого сотрудничества, – это Иркутская, Кемеровская, Свердловская области.

Мы надеемся, что, изучив его, Министерство здравоохранения РФ разработает оптимальную модель организации специализированной помощи больным двумя опасными инфекционными заболеваниями – ВИЧ и туберкулёз. Напомню, речь идёт о сотнях тысяч россиян, которые уже больны, и о миллионах, которых мы должны защитить от болезней.

Записала
Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Инициатива

Максимально быстро снизить показатели детской и младенческой смертности в Спасском территориальном медицинском центре, что в Приморском крае, надеются уже в ближайшем будущем. Учитывая, что сегодня Спасская городская больница плотно работает в этом направлении, а постепенно к ней подтягиваются и остальные прикреплённые учреждения, можно сказать, что местных женщин уже фактически приравняли к «золотому» резерву. Иначе добиться поставленного результата будет довольно сложно.

Как было заявлено во время очередного перинатального совета, прошедшего в Спасске, снижать показатели детской и младенческой смертности возможно только при чётком понимании всех служб, что от них требуется. Недавно в территориальном центре зафиксировано 3 младенческих смерти, каждая из которых была скрупулёзно проанализирована.

Лариса Колокольцева, заместитель главного врача по лечебной работе Спасской городской больницы обратила внимание коллег на то, что все беременные женщины, которые встали на учёт по беременности до 14 недель, без исключения должны быть обследованы на первичном пренатальном скрининге.

– Это женщины, которые хотят сохранить беременность. Поэтому задача врачей серьёзно обратить внимание на эту категорию будущих мам. Более того, фельдшерам необходимо отслеживать и тех женщин, которые по каким-то причинам отказываются вставать на учёт в эти сроки. Сегодняшняя реальность такова, что каждая будущая роженица на вес золота, – подчеркнула Л.Колокольцева.

В территориальном центре идёт

«Золотые» беременные

Ориентир – снижение детской и младенческой смертности



Если каждая будущая роженица на вес золота, значит...

снижение показателей младенческой смертности, по последним данным, – от 18,05 до 17,4 промилле (кстати, остальные показатели в большинстве своём ниже краевых). Однако останавливаться на достигнутом нельзя, считает главный врач больницы Светлана Забудская.

– Мы готовы принимать у себя женщин с осложнённым течением

беременности, консультировать их, а при необходимости и выезжать на территорию для оказания квалифицированной помощи новорождённым, беременным и роженицам, – отметила С.Забудская.

В свою очередь, руководители районных медицинских учреждений пообещали приложить все усилия, чтобы помочь в этой работе

Спасску. Так, Олег Быков, главный врач Черниговской ЦРБ отметил, что его работники постоянно повышают свою квалификацию, чтобы избежать прежних ошибок, поскольку цена каждой слишком высока.

– Важно, что у нас есть возможность разбирать все сложные случаи с коллегами из Спасска,

чтобы не допустить схожих ошибок в будущем, – подчеркнул О.Быков.

Продолжать убеждать женщин пройти обследование намерены и в Спасском районе. Главный врач Спасской ЦРБ Владимир Сухих уверен, иначе добиться снижения показателей младенческой смертности невозможно.

– Если предстоят длительные выходные, то мы собираем всех рожениц с отягощённым акушерским анамнезом из деревень и привозим в роддом в Спасск. По-другому мы не можем, поскольку оставить женщину дома на 3–4 дня – значит поставить под угрозу жизнь женщины и её будущего ребёнка, – заверил собравшихся Владимир Анатольевич.

Больница в этом году получила лицензию на оказание медицинской помощи в дневном стационаре. И те беременные женщины, которые по каким-то причинам откажутся лечь в стационар, смогут получить необходимые процедуры в дневном стационаре в отделении патологии беременных.

Не забывает Спасск и про остальные показатели работы. Всем главным врачам ещё раз напомнили, что всех пациентов с инфарктами и инсультами необходимо направлять строго в профильное отделение. Отклонение от этого правила приравнено сегодня Минздравом к преступлению.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

В 26 регионах страны в ходе проверки прокурорами субъектов Федерации выявлено более 8 тыс. нарушений в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий, что потребовало принятия комплекса мер. Это констатировала коллегия Генеральной прокуратуры РФ на своём недавнем заседании.

Права и интересы только через суд?

По итогам проверки принесено 39 протестов на незаконные правовые акты, внесено свыше 1,8 тыс. представлений, к административной ответственности привлечено свыше 1,5 тыс. виновных лиц. В суды направлено более 150 заявлений, возбуждено 1,6 тыс. дел об административных правонарушениях, предостережения о недопустимости нарушения закона получили 25 должностных лиц. В следственных органах – 7 материалов проверок для решения вопроса о возбуждении уголовных дел.

Результаты плановой проверки свидетельствуют о распространённости нарушений законов в области лицензирования, ценообразования, госзакупок, социального обеспечения и др., заявил, открывая заседание, генеральный прокурор Российской Федерации Юрий Чайка.

Надзорные мероприятия, по его словам, высветили проблему недостаточной правовой регламентации в сфере оборота лекарств и обеспечения ими граждан. Так, Минздравом России до сих пор не утверждены правила изготовления и отпуска лекарственных препаратов аптечными организациями и индивидуальными предпринимателями, порядок использования наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях и др.

Принимаемые региональными органами государственной власти правовые акты по вопросам обеспечения пациентов лекарствами и ортопедическими изделиями не всегда соответствуют требованиям федерального законодательства и не гарантируют соблюдение прав и законных интересов граждан. В органах власти всех уровней выявлены существенные недоработки, касающиеся стимулирования участников рынка к его наполнению качественными медицинскими препаратами.

Акценты

Лекарствам быть на прокурорской проверке

Она вскрыла многочисленные нарушения в лицензировании, ценообразовании и проведении закупок медикаментов



Лекарственные средства проходят сертификацию

Ю.Чайка отметил, что региональные органы власти ненадлежащим образом организовали обеспечение лекарствами больных, в том числе страдающих жизнеугрожающими орфанными заболеваниями (Хабаровский край, Белгородская, Ульяновская и другие области), злокачественными новообразованиями, граждан, проживающих в отдалённых и труднодоступных местностях. В текущем году осложнилась ситуация с обеспечением больных, страдающих тяжёлыми формами заболеваний, обезболивающими лекарственными препаратами.

Причинами отсутствия препаратов зачастую являлось заключение контрактов на их закупку, невыполнение программ государственных гарантий оказания бесплатной медпомощи. Кроме того, имелись случаи недофинансирования расходов на приобретение лекарств и изделий

в связи с искусственным занижением реальной потребности в них.

Практически во всех регионах выявлены нарушения законодательства при проведении закупок лекарственных средств и медицинских изделий для государственных нужд. Результаты прокурорских проверок свидетельствуют о многочисленных нарушениях законодательства. Лицензирование производства лекарственных средств и медицинских изделий, фармацевтической деятельности, государственная регистрация указанных средств и изделий осуществляются федеральными органами исполнительной власти с нарушениями требований законодательства. В ряде регионов прокуроры вскрыли факты реализации лекарственных средств и медицинских изделий, не прошедших государственную регистрацию в Российской Федерации.

Кроме того, распространены факты необоснованного отказа медицинскими организациями в выписке льготным категориям граждан необходимых лекарственных препаратов. В ряде случаев только после обращения прокуроров в суд пациенты получали необходимые лекарства либо им возвращались затраченные на приобретение лекарств средства. Выходит, отстаивать свои права и законные интересы можно только через суд?

Надзор и ещё раз надзор!

Не способствуют соблюдению законности в сфере оборота лекарственных средств нарушения в деятельности контролирующих органов, заметил генпрокурор. Росздравнадзор, например, получая информацию о побочных действиях при использовании медицинских изделий, не всегда принимал решения о приостановлении их применения, изъятии из обращения и привлечении виновных к установленной законом ответственности. В результате упущений региональных органов контроля не проверялся порядок установления предельных торговых надбавок к ценам на лекарства, соблюдения учреждениями условий лицензирования, реализовывались также лекарственные средства, не прошедшие госрегистрацию (Кабардино-Балкарская Республика, Краснодарский край, Волгоградская область и др.).

«Вызывает обеспокоенность и деятельность правоохранительных органов», – сказал Ю.Чайка. Подавляющая часть выявленных в сфере здравоохранения преступлений связана с хищениями и нецелевым использованием

бюджетных средств, предназначенных для строительства либо ремонта помещений лечебных учреждений. А, например, посяательства в этой сфере, совершённые в составе организованных преступных групп с участием должностных лиц органов государственной власти, не выявлялись.

Широкая распространённость выявленных нарушений в ряде случаев является результатом несвоевременного и неадекватного реагирования прокуроров (Камчатский край, Ленинградская, Оренбургская, Самарская области).

«Кроме того, прокурорами не отслеживается обеспечение обезболивающими лекарственными препаратами граждан, страдающих тяжёлыми формами заболеваний, – констатировал в заключение Ю.Чайка. – Мы обращали ваше внимание на это в марте текущего года, однако соответствующих выводов не сделано».

По результатам заседания его участники выработали комплекс мер, направленных на повышение эффективности и совершенствование надзорной деятельности за исполнением законодательства об обращении лекарственных средств и медицинских изделий.

Систему лекарственного обеспечения в регионах проверит и Счётная палата РФ. Как сообщила глава ведомства Татьяна Голикова, от граждан поступает много нареканий по поводу цен. «Проверки по 2013 г. показали большой разброс цен при закупках одних и тех же препаратов. Будем разбираться», – сказала Т.Голикова.

Валентин МАЛОВ,
МИА Сити!

Проблемы и решения

Ярким событием общественной жизни Твери стала организация Родительского клуба при уполномоченном по правам ребёнка в Тверской области. Основной целью данной организации стало широкое обсуждение и решение актуальных проблем, с которыми общественность сталкивается в повседневной жизни.

Очередное заседание клуба было посвящено оказанию педиатрической и иных видов медицинской помощи детям региона. Организатор совещания, уполномоченный по правам ребёнка в регионе, журналист Лариса Мосологина пригласила ведущих специалистов – заместителя министра здравоохранения Тверской области Раису Бабичеву, начальника отдела организации медпомощи матерям и детям Ольгу Носелидзе, главных врачей детских больниц, сотрудников педиатрических кафедр Тверской государственной медицинской академии.

Одним из самых актуальных на встрече был кадровый вопрос среди медиков, который тянет за собой длинную вереницу на-

Родительский контроль

В Твери вопросы медицинской помощи детям решаются сообща

сущных проблем: в поликлиниках города не хватает специалистов, соответственно, трудно попасть к ним на приём, а значит, вовремя диагностировать заболевание и назначить необходимое лечение; в итоге – масса осложнений и неблагоприятных исходов. Поделится своим опытом главный врач детской больницы № 3 Анна Зайцева, которая обрисовала ситуацию, сложившуюся в Заволжском районе Твери, где проживает треть населения города. Здесь работают всего 2 поликлиники, которые не в состоянии обслужить всех нуждающихся. Поэтому она, помимо основных административных нагрузок, вынуждена вести приём больных, во время которого ей приходится осматривать порядка 60 детей. Безусловно, страдает качество медицинской помощи, а пациенты недовольны результатом.

Р.Бабичева предложила свой

вариант решения ситуации – на министерском уровне рассматривается возможность организации филиалов поликлиник в различных районах города. Кроме того, в дальнейшем при проектировании новых микрорайонов Твери министерство обещает обязательно учитывать размещение медучреждений и кабинетов врачей. Эта инициатива уже поддержана администрацией Твери и взята на контроль Комитетом по градостроительству. Вместе с этим для привлечения специалистов предпринимаются следующие шаги: денежные компенсации, муниципальные меры поддержки, предусматривающие дополнительные выплаты, по возможности обеспечение специалистов жильём, оплату проезда до места работы.

Как заметила главный врач городской детской больницы № 1 Ольга Устинова, ключевым факто-

ром по привлечению медицинских кадров в столицу Верхневолжья должно стать действенное решение жилищного вопроса. В отдельных муниципальных образованиях области уже пожинают положительные плоды такого подхода – врачи едут туда, где есть перспектива быстро получить квартиру.

Среди прозвучавших на заседании тем была и специфическая – оказание паллиативной помощи. На сегодняшний день в Тверской областной детской больнице имеются 2 паллиативные койки, однако в условиях стационара довольно трудно создать атмосферу, приближённую к домашней. В рамках государственно-частного партнёрства в регионе готовится к открытию первый в истории области хоспис «Анастасия». Его директор протоиерей Александр Шабанов предложил Родительскому клубу выступить с инициативой созда-

ния в регионе детского хосписа, а также его выездной службы. Важно отметить, чтобы обсуждение таких тем давало ожидаемый результат, после каждого заседания Родительского клуба его участники готовят письменную резолюцию, где формулируют свои предложения. В итоговый документ этого собрания кроме выше описанных аспектов включены и следующие не менее ценные положения: рекомендовать Министерству здравоохранения региона широко и в доступной форме распространять информацию о выдаче бесплатных лекарств для детей до 3 лет и до 6 лет из многодетных семей, организация социального питания детей в возрасте 1–2 лет, выделение бесплатных путевок в детские санаторно-курортные учреждения. Участники встречи также предлагают организовать на постоянной основе на базе реабилитационных центров специальные дни приёма педиатров и узких специалистов для помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.

Максим СТРАХОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тверь.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 2 (1854)

Общее увеличение продолжительности жизни, отмечаемое по результатам анализа мировой статистики во всех странах, – огромное достижение цивилизации, совместная заслуга результативного здравоохранения и грамотной социальной политики. ООН прогнозирует, что к 2025 г. число лиц старше 60 лет достигнет 1,2 млрд человек, а к 2050 г. пожилых людей в развитых странах будет вдвое больше, чем детей.

По оценке и прогнозам экспертов, количество женщин старше 50 лет в ближайшие годы будет прогрессивно увеличиваться, а их растущая социальная включённость обусловит стремление к активному и здоровому долголетию. Последнее обстоятельство накрепко связывает две важнейшие задачи в ведении таких пациенток: повышение качества жизни за счёт устранения неприятных симптомов, связанных с неизбежным возрастным дефицитом эстрогенов, с одной стороны, и профилактику состояний, угрожающих жизни и долголетию, – с другой.

При этом не следует забывать, что риск для жизни и здоровья может быть обусловлен последствиями не только терапии эстрогенами, но и, напротив, невыполнением вовремя эстрогенного дефицита.

С увеличением продолжительности жизни улучшение качества жизни женщины является важнейшей медико-социальной задачей, иначе какой смысл в увеличении продолжительности жизни, если долгая жизнь суждена больной, пожилой и часто одинокой женщине.

Климактерический период (КП) – это физиологический период в жизни каждой женщины, во время которого при возрастных изменениях в организме начинаются инволюционные процессы в репродуктивной системе, характеризующиеся сначала прекращением детородной, а затем и менструальной функции. Физиологическое течение климактерического периода характеризуется вазомоторными, эндокринно-обменными и нервно-психическими нарушениями. Этот период и связанные с ним физиологические и морфологические изменения наблюдаются и у мужчин, и у женщин, но угасание генеративной функции у них происходит неодновременно.

Период, связанный с наступлением климакса, подразделяют на три временных отрезка:

Переход к менопаузе (пременопауза) – переходный период от начала снижения функции яичников и появления первых менопаузальных симптомов до первого прекращения менструации, соответствует возрасту 45-47 лет и может длиться от 2 до 10 лет. Эндокринологически этот период характеризуется истощением фолликулярного аппарата и снижением гормональной функции яичников (уменьшается секреция эстрогенов (прежде всего эстрадиола), ингибина, прогестерона), биологически это проявляется снижением фертильности. Клиническим отражением изменённой функции яичников является нарушение менструального цикла.

Менструальный цикл становится ановуляторным. Ритм менструаций может сохраниться у 5-10% женщин или менструации становятся редкими, короткими, скудными. В 10% развиваются дисфункциональные кровотечения климактерического периода. В пременопаузе отмечается увеличение уровня фоллитропина в плазме крови при неизменённом уровне лютеинизирующего гормона и эстрадиола. Затем нарастает эстрогенная недостаточность, ещё больше увеличивается фоллитропин и лютропин, снижается содержание пролактина. Происходит дальнейшее истощение фолликулярного аппарата и относительная гиперплазия мозгового слоя яичников, что ведёт к увеличению синтеза андрогенов – тестостерона и андростендиола.

Одновременно увеличивается экстрагенитальное превращение андростендиола в эстрол в результате ароматизации андрогенов в жировой ткани. Менструации прекращаются.

Менопауза – последняя менструация в жизни женщины. Возраст менопаузы устанавливается ретроспективно – через 12 месяцев после неё. На возраст наступления менопаузы влияют радиация, голодание, аутоиммунные процессы, которые способствуют раннему или преждевременному наступлению менопаузы. У курящих и злоупотребляющих алкоголем женщин возраст

менопаузы наступает на 1-2 года раньше. И практически никакого влияния не имеют раса, география, число родов и аборт.

Постменопауза – длится от менопаузы и продолжается до полного или почти полного прекращения функции яичников (до 65-69 лет). Постменопауза предшествует наступлению старости и делится на раннюю (3-5 лет) и позднюю. Уровень эстрадиола снижается ниже 80 пмоль/л, концентрация фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов (ФСГ и ЛГ) стабильно повышена, причём продукция фоллитропина увеличивается в 13-14 раз, а лютропина – только в 3 раза в сравнении с репродуктивным возрастом и остаются повышенными в течение 10 лет, а затем медленно снижаются. Прогестерон в постменопаузе секретируется надпочечниками. Подвергается инволюции щитовидная железа – к 70 годам её масса уменьшается на одну треть.

Менопаузальный синдром в практике акушера-гинеколога

В связи с появлением системных изменений, обусловленных угасанием функции яичников, важное практическое значение в жизненном цикле женщины приобретает выделение перименопаузального периода.

Перименопауза – период возрастного снижения функции яичников, в основном после 45 лет, который объединяет пременопаузу и два года после последней самостоятельной менструации, либо год после менопаузы. Возраст перименопаузы колеблется между 45-55 годами.

Этиология и патогенез

Главным регулирующим звеном менструального цикла является гипоталамус. В нём вырабатываются релизинг-гормоны. В настоящее время считается, что гипоталамическая регуляция продукции аденогипофизом ФСГ и ЛГ осуществляется одним гормоном – гонадолиберин, вырабатываемым гипоталамусом.

В течение долгих лет система гипоталамус – гипофиз – яичники функционирует как саморегулирующая система по принципу обратной связи. Однако с возрастом наступают инволютивные изменения гипоталамуса, что проявляется повышением порога чувствительности его к действию эстрогенов и повышенной продукцией гонадотропных гормонов, прежде всего фоллитропина. Нарушается также цикличность их выделения.

В силу всё увеличивающейся стимуляции яичников со стороны гипоталамуса они секретируют в кровь большое количество не только рабочих гормонов эстрогенов, но и промежуточные продукты их синтеза. Однако с определённого момента количество вырабатываемых гормонов яичниками оказывается недостаточным для торможения возбуждённой гипоталамической активности и высокой продукции фоллитропина. Снижение выделения фоллитропина не происходит, и поэтому не наступает овуляция. С прекращением овуляции не развивается жёлтое тело, прекращается репродуктивная функция.

С возрастом наблюдается прогрессивное снижение количества примордиальных фолликулов, хотя небольшое их количество можно обнаружить и в постменопаузальных яичниках. Наиболее характерна для этого периода резистентность таких фолликулов к действию ФСГ и ЛГ, повышение уровня которых в сыворотке крови всегда имеет место при климаксе.

Для климакса характерно нарушение секреции многих гормонов, и в первую очередь гонадотропных и половых. Несмотря на почти полное прекращение гормональной функции яичников, уровень эстрогенов в сыворотке крови не отражает этого состояния. Это связано с тем, что дополнительным источником эстрогенов, преимущественно в виде эстрона, вообще, а особенно в климактерическом периоде, является андростендион, который в периферических тканях конвертируется в эстрон.

Снижение в организме уровня классических эстрогенов способствует развитию остеопороза. Дефицит эстрогенов ускоряет развитие атеросклероза. Повышение концентрации гонадотропинов, вероятно, способствует развитию рака яичников. Снижение содержания в гипоталамусе дофамина приводит к вегетососудистым реакциям, что проявляется приливами, вегетативными кризами, повышением артериального давления.

Возрастные изменения всей репродуктивной системы, характеризующиеся гипозастрогией, создают потенциально патологический фон, на котором при наличии различной гинекологической и экстрагенитальной патологии, неблагоприятного воздействия внешней среды развиваются климактерические расстройства. Они делятся на 3 группы:

I группа – ранние – вазомоторные, эмоционально-психические, эндокринно-обменные («приливы» жара, потливость, сердцебиение, гипертензия, одышка, нарушения сна, депрессия, ослабление памяти, головные боли, снижение либидо). Составляют 40-60% всех климактерических расстройств. В развитии приливов имеют значение гиперемия области шейного симпатического узла, расширение сосудов головы, шеи, верхнего отдела туловища, повышение уровня тиреотропного и адренкортикотропного

держания мочи при напряжении.

3. Тяжёлые расстройства – атрофический вагинит и уретрит и истинное недержание мочи.

Основными клиническими проявлениями атрофического вагинита являются: сухость и зуд во влагалище, рецидивирующие выделения, диспареуния (болезненность при половом акте), контактные кровянистые выделения. Причина этих расстройств – дефицит эстрогенов.

Кроме того, он может служить причиной атонии влагалищных стенок и развития опущения, что, в свою очередь, играет роль в нарушении функции мочеиспускания. Недостаток эстрогенов способствует уменьшению пролиферации эпителия влагалища и уретерия, происходит снижение количества лактобактерий, что ведёт к увеличению pH среды, влагалище колонизируется микроорганизмами кишечной группы. Эта колонизация ведёт к увеличению риска восходящей инфекции мочевых путей и развитию клиники расстройств мочеиспускания.

К проявлениям атрофического цистит-уретрита при урогенитальных расстройствах в климактерии относятся и так называемые сенсорные, или раздражающие симптомы:

1. Поллакиурия – учащение позывов к мочеиспусканию (более 4-5 эпизодов в день)

с выделением при каждом мочеиспускании небольшого количества мочи.

2. Цисталгия – учащённое, болезненное мочеиспускание в течение дня, сопровождающееся чувством жжения, болями и режаниями в области мочевого пузыря и уретры.

3. Никтурия – учащение позывов к мочеиспусканию в ночное время (более одного эпизода мочеиспускания за ночь).

III группа – поздние осложнения – остеопороз, сердечно-сосудистая патология, болезнь Альцгеймера – 25-40%. Поздние осложнения развиваются спустя 10-15 лет после постменопаузы.

Тяжесть КС удобнее определять по количеству приливов. К лёгкой форме следует относить количество приливов до 10 в сутки при ненарушенном общем состоянии и работоспособности. КС средней тяжести характеризуется 10-20 приливами в сутки, а также другими симптомами: головная боль, головокружение, боль в области сердца, ухудшение общего состояния и снижение работоспособности. Тяжёлая форма характеризуется частыми приливами (более 20 в сутки) и другими симптомами, которые приводят почти к полной потере трудоспособности.

Клиника

Вследствие многообразия проявлений климактерического синдрома особенно большое значение при обследовании больных имеет не только целенаправленный опрос по системам, но и детализация жалоб, выяснение причин, способствующих их возникновению. Особое значение это приобретает в случаях, когда на первый план выступают симптомы вовлечения в процесс органов кровообращения.

Основными проявлениями климактерического синдрома являются:

- 1. Приливы.**
- 2. Выраженная потливость.**
- 3. Парестезии, онемение конечностей,** чувство ползания «мурашек» в руках и ногах, жжение, покалывание, неопределённые боли, возникающие чаще в ночное время.
- 4. Вестибулярные расстройства.**
- 5. Дизэнцефальные (гипоталамические) кризы,** обычно симпатоадреналовые, – нередкий симптом климактерического невроза.
- 6. Нейропсихические нарушения** выражаются в раздражительности, плаксивости, головных болях, бессоннице, угнетённом настроении, иногда отмечаются депрессия, ипохондрические настроения, снижение памяти.
- 7. Остеопороз.**
- 8. Ожирение** возникает как результат распространённых функциональных нарушений центров гипоталамической области.
- 9. Атрофия половых органов** и их трофические нарушения.

У женщин с климактерическим синдромом преобладают жалобы на периодическое, не связанное с какими-либо внешними факторами, сердцебиение, боль в сердце, сжатие

в груди, одышку. При опросе обычно выясняется, что все эти жалобы сочетаются с чувством жара в виде приливов, повышенной потливостью и т.д.

Как правило, боль в сердце не иррадирует в левую руку, лопатку, шею, не снимается приёмом сосудорасширяющих средств, в том числе нитроглицерина. Возможно исчезновение боли спустя 15-20 минут после приёма нитроглицерина, что свидетельствует против её стенокардического генеза. Обычно боль успокаивается в результате приёма седативных средств (бромидов, валерианы, валокардина и др.).

Выясняется характер взаимосвязи боли в сердце с физической нагрузкой. При климактерической кардиомиопатии боль в сердце при физической нагрузке, как правило, проходит. Следует также уточнить характер одышки, которая в отличие от одышки при патологии органов дыхания или кровообращения не связана с физической нагрузкой, появляется нередко в покое, проявляется ощущением нехватки воздуха, носит кратковременный характер и исчезает или ослабевает при физической нагрузке. Сочетание у женщин боли в сердце, одышки с вегетативными расстройствами (приливами) подтверждает их климактерический генез.

У части больных, в том числе и у мужчин, возможна иррадиация боли в сердце в левую руку, лопатку. При этом для дифференциации климактерической кардиомиопатии и ишемической болезни сердца весьма важно выяснить эффективность сосудорасширяющих средств, влияние физической нагрузки, а также использовать дополнительные методы исследования, в том числе электрокардиографию с велоэргометрией.

К характерным проявлениями патологического климакса относятся психоневрологические расстройства (раздражительность, вспыльчивость, быстрая смена настроения, головная боль, нарушение сна и др.). Могут возникать симптомы гипостенического (беспокойно-депрессивные состояния, навязчивость идей, фобии, эволюционирующие в сторону психастении) и гиперстенического типа (обидчивость, приступы ревности, ипохондрические проявления).

В период климакса нередко возникает увеличение щитовидной железы, чаще всего узлового характера. Наличие увеличения щитовидной железы нередко ведёт к гипердиагностике диффузного токсического зоба. Однако в отличие от токсического зоба тахикардия при климактерическом синдроме непостоянная, отсутствуют симптомы повышения основного обмена (снижение массы тела при сохранном аппетите, плохая переносимость тепла и др.).

Вместе с тем наблюдаются приливы жара к лицу, груди, сопровождающиеся покраснением кожи, выраженной потливостью верхней половины туловища и другими вегетативными нарушениями, отсутствующими при диффузном токсическом зобе. Таким образом, в процессе собирания анамнеза во многом решается вопрос диагностики и дифференциальной диагностики климактерического синдрома и сходных с ним состояний.

Необходимо выяснить наличие других возможных проявлений патологического климакса, а именно: вестибулярных расстройств (головокружение, иногда в виде приступов, сопровождающееся шумом в ушах, тошнотой, режой затылка, нарушением равновесия при ходьбе), изменений функции органов пищеварения, связанных в первую очередь с дискинезией полых органов, нарушением аппетита. Нередко проявлением патологического климакса может быть боль в крупных суставах (коленных, локтевых, плечевых), позвоночнике с появлением симптомов вторичного радикулита, синдрома вертебральной артерии (при шейном остеохондрозе).

Обращает на себя внимание возникновение в ряде случаев (чаще всего при раннем климаксе) типичных гипоталамических расстройств в виде приступов сердцебиения, головной боли, головокружения, повышения артериального давления, иногда озноба с повышением температуры тела, которые заканчиваются пароксизмальной полиурией.

Объективное исследование. Результаты объективного исследования, как правило, весьма скудные и неспецифичные. Нередко отмечается увеличение массы тела, причём с диспластическим распределением подкожной жировой клетчатки (преимущественно в области туловища, пояса верхних конечностей). Одним из проявлений повышенной секреции гормонов надпочечников у женщин может быть рост волос на верхней губе, вокруг сосков молочных желёз.

Гормональные изменения, повышенная возбудимость вазомоторного центра являются причиной развития артериальной гипертензии с преимущественным повышением

диастолического артериального давления и гипертрофией левого желудочка.

В тех случаях, когда диагноз климактерического синдрома установлен, следует определить его форму: типичная, или неосложнённая, осложнённая (в сочетании с ишемической, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, артропатией, остеопорозом) и атипичная, при которой преобладают симптомы, свидетельствующие о первичных нарушениях в области гипоталамуса, что проявляется гипоталамическим синдромом (чаще всего при раннем климаксе у молодых женщин). В зависимости от частоты вегетативных пароксизмов различают лёгкое (до 10 в сутки), средней тяжести (11-30) и тяжёлое течение (свыше 30 в сутки) климактерического синдрома.

Дополнительные исследования. В первые дни обследования проводится общий анализ крови, мочи, ТТГ, исследование уровня калия, натрия в плазме крови, электрокардиография с физической нагрузкой (по показаниям), рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

При патологическом климаксе электрокардиограмма нормальная либо характеризуется патологией зубца Т в виде его снижения, сглаживания и перехода в отрицательный, смещением интервала S-T, особенно в правых (V1-V3), реже в левых (V5-V6) грудных отведениях, без динамических изменений (в отличие от изменений, обусловленных ишемией), в том числе и после физической нагрузки. Проба с нитроглицерином не только не улучшает, но иногда даже ухудшает показатели ЭКГ и самочувствие больных. В то же время назначение анаприлина, препаратов калия в ряде случаев оказывает положительное влияние на её показатели.

Следует учитывать возможность сочетания ишемической болезни сердца с климактерической кардиомиопатией, что требует определённой насторожённости при диагностике и более широкого использования в лечении комплексной терапии.

Дальнейшее обследование включает консультации невропатолога, окулиста (глазное дно, поля зрения), гинеколога, цитологическое исследование влагалищного мазка, по показаниям исследование суточной экскреции с мочой 17-кетостероидов, по возможности определение содержания в крови гонадотропина, в моче – эстрогенов, прогестерона.

При сложности дифференциальной диагностики ишемической болезни сердца и климактерической кардиомиопатии, особенно у мужчин в связи с отсутствием вегетативных расстройств (приливов), следует провести пробу с тестанатом, после введения которого спустя несколько дней боль в сердце при климактерическом синдроме прекращается, тогда как при ишемической болезни сердца её характер существенно не изменяется. Проводится проба с хлоридом калия или анаприлином.

Коррекция КП

Многочисленные проблемы этого возраста сегодня решаемы. Период климакса женщина может воспринять и прожить без тяжёлых заболеваний и стрессовых ситуаций при своевременном обращении за медицинской помощью к специалисту.

Современная терапия позволяет эффективно контролировать многочисленные симптомы, сопровождающие период менопаузы.

Эксперты особо подчёркивают главные цели лечения – помочь женщине безболезненно пройти переход от репродуктивного периода к «осенней поре» жизни, сгладив неприятные симптомы (потливость, приливы, перемены в настроении) и предотвратить опасные последствия (урогенитальная атрофия, остеопороз, заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение и т.п.), а не просто заменить естественные половые гормоны, выработка которых с возрастом прогрессивно и необратимо снижается.

Важной составляющей лечения является изменение отношения женщины к своему заболеванию, а также изменение образа жизни. Правильное питание и дозированные физические нагрузки позволят женщине почувствовать себя намного лучше в этот непростой период её жизни.

При выборе метода лечения необходимо учитывать клиническую форму, тяжесть развития и длительность заболевания, возраст, экстрагенитальные заболевания. Лечение КС проводят поэтапно: применение немедикаментозной терапии (первый этап), негормональной (второй) и гормональной терапии (третий этап).

При лёгких, типичных формах КС приблизительно у 1/3 больных в течение года исчезают патологические симптомы, поэтому не следует начинать лечение с медикаментозной терапии. Лечение без лекарственных препаратов предусматривает обязательное проведение утренней гимнастики (15-20

мин), лечебной физкультуры в группах «Здоровье» (2-3 раза в неделю по 30-40 мин), общий массаж и прогулки перед сном.

Продолжительность ночного сна 9-10 часов. В питании должны преобладать овощи, следует отдавать предпочтение растительным жирам, ограничивать в пище углеводы. Очень хорошо действуют водные процедуры в домашних условиях (холодные обливания, ванны хвойные, шалфейные, контрастные ножные). Можно применять веерный и циркулярный душ, а при ожирении (если нет артериальной гипертензии) – струйный (Шарко) и шотландский.

В лечении КС можно использовать и бальнеотерапию, включая минеральные и радоновые воды. Лечение на курортах и в санаториях лучше проводить в привычной климатической зоне. Очень эффективны жемчужные, кислородные, пенные и азотные ванны, а у больных с миомой матки, эндометриозом, мастопатией, тиреотоксикозом – радоновые и йодобромные. Довольно эффективны физиотерапевтические процедуры: гальванизация шейно-лицевой области и электрофорез новокаина на область верхних шейных ганглиев в сочетании с ручным классическим массажем области «воротника» или с иглорефлексотерапией. Лечение проводят в течение 3-6 недель (до исчезновения патологических симптомов). Полезно и применение некоторых лекарственных растений.

Самое главное правило при лечении климактерического синдрома – своевременность. И это в одинаковой степени относится к средствам менопаузальной гормональной терапии (МГТ) и к альтернативным препаратам.

Преимущества МГТ перед её отсутствием неоспоримы: коррекция вазомоторных и уrogenитальных расстройств, профилактика остеопороза и переломов, снижение риска кардиоваскулярных событий, профилактика некоторых видов рака – все эти данные нашли отражение в «Глобальном консенсусе».

Следует помнить, что существуют и реальные противопоказания к приёму МГТ, и у ряда женщин гормональные средства системного действия противопоказаны в связи с повышенным риском тромбозомболических осложнений и рака молочной железы.

Гормонотерапия противопоказана при:

- * опухолях матки, яичников и молочных желёз;
- * маточных кровотечениях неясного генеза;
- * остром тромбофлебите;
- * острой тромбозомболической болезни;
- * тромбозомболических расстройствах, связанных с приёмом эстрогенов;
- * почечной и печёночной недостаточности;
- * тяжёлых формах сахарного диабета.

Таким пациентам во многих ситуациях оправдано назначение альтернативных терапевтических средств, которые можно разделить на три группы.

Фитоэстрогены – растительные вещества, природные заменители женского полового гормона, которые структурно и функционально близки к эстрогенам. Они уменьшают выраженность симптомов и замедляют метаболические сдвиги, а значит, снижают риск поздних осложнений. Их положительные влияния порой сопоставимы, порой значительно уступают средствам МГТ, но при противопоказаниях к ней именно фитоэстрогены могут быть использованы для улучшения самочувствия в пери- и постменопаузе. Фитоэстрогены регулируют обмен веществ и гормональный баланс, снимают климактерические симптомы и противодействуют процессам старения.

Растения, содержащие фитоэстрогены: соя, чечевица, гранат, финик, подсолнечник, капуста, клевер красный, наружный слой зёрен, особенно пшеницы, ржи и риса, растительные волокна, семена льна, орехи, фрукты (вишня, яблоки) и овощи (чеснок, морковь).

Также выделяют фитогормоны, которые содержатся в растениях: мильбродия, рапунтицин, цимицифуга. Климадинон применяют для облегчения симптомов климакса (приливы, потливость) не менее 3 месяцев, если после 3 месяцев улучшения не наступило, необходима консультация врача и назначение другого лечения.

Препараты эстрогенов для местного применения, направленные на купирование симптомов уrogenитальной атрофии. Такое лечение не сопровождается рисками системной гормональной терапии.

Симптоматические средства, например на основе β-аланина, которые действительно устраняют симптоматику климактерического синдрома, улучшая качество жизни. Однако в долгосрочной перспективе их использование не предотвращает поздних осложнений, а значит, не влияет на продолжительность.

Но основной медикаментозной терапией климактерического синдрома считается назначение гормонзаместительной терапии.

Она должна быть назначена только врачом при учёте противопоказаний.

Основная цель МГТ: восстановление оптимального минимального уровня половых гормонов в организме женщины, устраняющих патологические климактерические симптомы при минимальном риске побочных реакций, связанных с приёмом препарата.

Основные принципы и показания для назначения МГТ

- Типы эстрогенов: показано использование в климактерии лишь «натуральных» эстрогенов и их аналогов.
- Дозы эстрогенов низкие и соответствуют уровню таковых в крови молодых женщин в ранней фазе пролиферации.
- Сочетание эстрогенов с прогестагенами позволяет защищать эндометрий от гиперпластических процессов при интактной матке.
- Женщинам без матки (после гистерэктомии) показана монотерапия эстрогенами прерывистыми курсами или в непрерывном режиме. В случае если показанием к гистерэктомии был эндометриоз, то обязательно используется комбинация эстроген-прогестаген или эстроген-андроген, либо монотерапия прогестагенами или андрогенами.
- Необходимо предоставлять женщинам соответствующую новую объективную информацию, которая бы позволяла им принимать информированное решение на проведение МГТ.
- Режим приёма МГТ
- I Монотерапия эстрогенами или прогестагенами
- II Комбинированная терапия (эстроген + гестаген) в циклическом режиме
- III Монофазная комбинированная терапия в непрерывном режиме.

Монотерапия

Прерывистые курсы или непрерывный режим:

Эстрогенами: прогинова, эстрафем/эстримакс, климара, дивигель, эстражель, овестин.

Прогестагенами: микронизированные прогестерон (утрожестан), дидрогестерон (дюфастон), Мирена – внутриматочная спираль с левоноргестрелом.

Комбинированная терапия в циклическом режиме

- двухфазные препараты в прерывистом циклическом режиме (дивина, климен, климонорм, циклопрогинова);
 - двухфазные препараты в непрерывном режиме (фемостон 1/10, 2/10);
 - двухфазные препараты с пролонгированной эстрогеновой фазой в непрерывном режиме (дивитрен);
 - трёхфазные препараты в непрерывном режиме (трисеквенс).
- Эстрогены с прогестагенами: клиогест. Низкодозированные препараты: фемостон1/5, анжелик. Другие препараты тиболон (ливиал).

Случай из практики

Пациентка 57 лет обратилась с жалобами на проявления патологического климакса. После наступления менопаузы в 50 лет возникли приливы к лицу и шее средней интенсивности. Принимала гормональные препараты в течение 2 лет, в результате чего приливы значительно уменьшились, но появились периодические кровянистые выделения из половых путей, которые возникают от любой провокации, физических усилий, кашля и т.п. Кроме того, беспокоит повышение артериального давления до 160/100 мм рт.ст., приступы головокружения, спазматической головной боли. Использует гипотензивные препараты. При одном из кровотечений с диагностической и лечебной целью произведена операция выскабливания стенок матки. После 3-месячного курса гомеопатического лечения кровянистые выделения прекратились. Артериальное давление стабильно 140- 150/90 мм рт.ст. Решила отказаться от аллопатической терапии. Приливы редкие, легко переносимые. Повторный осмотр гинеколога и обследование не установили наличие патологии.

Достойной альтернативой гормональной терапии является гомеопатия, способная оптимизировать уровень гормонов и сделать течение климактерического периода если не физиологическим, то максимально приближенным к нему.

Ольга ЧЕЧУЛИНА,
заведующая кафедрой акушерства
и гинекологии № 2,
доктор медицинских наук,
профессор.

Казанская государственная
медицинская академия.

Этика в медицине является основой гуманизма, особенно в клинических дисциплинах. Деятельность современного нейрохирурга должна основываться на совокупности трёх главных слагаемых: гуманизме, клиницизме, техницизме. Это и обуславливает его высокий профессионализм. Однако в обучении и практике нейрохирурга обычно доминируют клинические и технические аспекты, а гуманным началом уделяется мало внимания.

Со времён Гиппократ

Нейрохирургия переживает технологический взрыв применительно к методам диагностики и лечения патологии головного и спинного мозга; в то же время этическая составляющая врачевания оказалась в глубоком кризисе. Вместе с тем именно этика определяет человеческое лицо нейрохирургии и каждого нейрохирурга.

Термин «этика» стал расхожим и, что особенно опасно, часто употребляемым, без стремления вникнуть в его содержание. Многие «этика» кажется ненужной обёрткой, тем более в хирургических специальностях. А между тем в медицине ещё со времён Гиппократ этика включает в себя прежде всего человеколюбие, долг, любовь к своей профессии. Без этого невозможно истинное врачевание.

Этика в нейрохирургии (как и в любой медицинской дисциплине) существовала изначально. Однако этические принципы долгое время никак не регламентировались, определяясь лишь господствовавшей религиозной и общественной моралью, а также уровнем знаний и медицины в преломлении личности врача, его совести и культуры. Развитие цивилизации, внедрение в нейрохирургию высоких технологий и связанных с ними новых диагностических и лечебных возможностей потребовали регламентации этической составляющей врачевания.

Этика претерпела существенные изменения, прежде всего обусловленные соблюдением прав человека и расширением круга медицинских ситуаций, где морально-нравственные факторы играют решающую роль.

Сегодня общепринятые принципы медицинской этики включают: автономию пациента, благодеяние, непричинение вреда, справедливость.

Автономия больного означает его право делать выбор, принимать решение и отвечать за свои поступки по отношению к собственному здоровью. Врач должен уважать право больного человека на его размышления и действия, связанные с болезнью, и предоставлять ему честную информацию о ней; сюда относится так называемое информированное согласие. Компетентные (т.е. с сохранной психикой) больные имеют право соглашаться или отказаться от лечения или операции, независимо от связанного с их решением исхода болезни.

Пользу и вред лечения прежде всего оценивает сам больной, если по своему состоянию способен это сделать. В нейрохирургии благодеяние всегда сопряжено с возможностью причинения вреда, ибо вторжение в мозг не исключает возможности не только дополнительного неврологического дефицита, но и изменения личности больного. Когда это допустимо с позиции гуманизма и когда нет? Проблема, требующая обсуждения.

Больные имеют право на справедливое отношение к себе и

никакой дискриминации в их лечении существовать не должно, невзирая на различия в социальном и экономическом положении. Тем не менее это часто не реализуется.

Наряду с извечными этическими проблемами в современной нейрохирургии возникли новые: 1) диагноз смерти мозга и трансплантация органов и тканей; 2) персистирующее вегетативное состояние; 3) активная и пассивная эвтаназия; 4) нейротрансплантация; 5) клинические

вживлённые электроды и др.).

– Переход от деструктивных воздействий к стимуляционным, модулирующим (особенно в области функциональной нейрохирургии).

– Расширение сферы нехирургического лечения очаговой патологии ЦНС (гамма-нож и кибер-нож – при АВМ, первичных и метастатических опухолях, лучевая терапия – при герминомах шишковидной железы, парлодел – при пролактиномах гипофиза, моноклональная им-

жизни, религией, государственным строем, социальной обеспеченностью и защищённостью общества и с индивидуальной моралью (определяемой врождёнными свойствами, условиями, воспитанием и нравственными устоями личности).

Часто общественная мораль извращена рыночными отношениями, коррупцией и социальными диспропорциями. Поэтому почти вся ответственность соблюдения высокой этики врача ложится на плечи личности. Устоит ли она

и пациента и не нарушает морально-нравственных норм. Это допускает и этический кодекс российского врача: «Врач вправе принять благодарность от пациента и его близких» (ст. 4).

Но одно дело, когда больной по собственной инициативе в доступных ему пределах денежно благодарит доктора. Другое – когда доктор, подчёркиваю, государственной больницы, пользуясь зависимым от него положением больного, сам назначает оплату своих консультаций и операций,

Ситуация

Истинное врачевание

Этика и гуманизация современной нейрохирургии



В коридорах наших клиник жизнь протекает напряжённо...

испытания новых препаратов, методов диагностики и лечения; 6) клонирование.

Факторы гуманизации

Современная нейрохирургия обогатилась факторами, её гуманизирующими:

– Приближение нейрохирургической диагностики к критериям идеального метода (безболезненное, бескровное, безопасное, немедленное и прямое видение головного и спинного мозга). Диагноз через страдания ушёл в историю.

– Хирургия ранее недоступной патологии мозга (опухоли, аневризмы, гематомы ствола мозга, третьего желудочка, эпифиза, зрительного бугра и др.).

– Замена паллиативных операций радикальными (опухоли основания черепа, краниоорбито-фациальные, цереброспинальной оси, глубокие артериовенозные мальформации, гигантские аневризмы и др.).

– Распространение щадящих операций (вместо травматичной трепанации черепа – минимально инвазивные, эндоскопические, эндоваскулярные, стереотаксические вмешательства и др.).

– Прицельность и деликатность самого воздействия на ткани и сосуды мозга (микрохирургическая техника, системы навигации, интраоперационный мониторинг, волоконная оптика, флуоресценция, лазер, ультразвуковой отсос,

мунотерапия – при метастазах меланомы, консервативное лечение – при очагах разможения и внутримозговых гематомах и др.).

– Развитие реконструктивной и косметической нейрохирургии (врождённые пороки развития головного и спинного мозга, черепа и позвоночника, приобретённые дефекты костей черепа и позвоночника и др.).

– Адекватное обезболивание и возможность длительного эффективного управления жизненно важными функциями.

– Новые знания по структуре и функциям нервной системы, по патогенезу и саногенезу её патологии, открывшие принципиально новые пути и возможности предупреждения и лечения разнообразных заболеваний и травм центральной нервной системы.

– Новые технические приспособления и достойные социальные условия для полноценной жизни инвалидов в семье и обществе.

– Открытие реабилитационных центров и хосписов.

Долг врача и коммерческие соблазны

Врачебная мораль и нравственность есть кодекс правил и поведения, обеспечивающий добросовестное выполнение медиком своих профессиональных обязанностей. Она, естественно, тесно связана с общественной моралью, обусловленной национальными традициями, укладом

перед разлагающим соблазном денег, богатства или не устоит?

В России врач подвергается большому нравственным испытаниям, чем врач на Западе, где он лучше материально обеспечен и где между ним и пациентом непосредственно нет денег, а страховые компании выплачивают солидные гонорары. Конечно, и в этой ситуации возможны нравственные падения, как, например, выполнение ненужных операций ради наживы.

В России, как и во многих других странах, врач вынужден подрабатывать – дежурства, совместительства, консультации и т.д., что, в среднем, даёт возможность удвоить доходы. Но для достойной жизни (современная квартира, приличная машина, дача, образование детей, путешествия и т.д.) этого обычно недостаточно. Естественно, что в рамках профессии главной возможностью увеличить доходы остаётся доплата за лечение самими больными. Психология наших пациентов такова, что они, зная, как невысоко государство оплачивает, а стало быть, ценит труд врача, чувствуют себя обязанными вознаграждать эскулапа за проявленное к ним профессиональное участие.

Само по себе получение врачом денег от больных за консультацию или операцию вполне укладывается в современную этику взаимоотношений врача

несоизмеримую с возможностями больного. В этом нет ничего криминального, хотя такие действия предосудительны.

Аморально, когда афишируемая бесплатность оказания медицинской помощи служит маской для вымогания денег у больных. В некоторых солидных учреждениях на стенах висят отлитые в металле объявления о бесплатности лечения, а на деле каждого стационарного пациента облагают денежной данью и неотступно требуют её.

Власть полученных под столом денег такова, что нередко возникает жажда наживы, разрушающая морально-нравственные устои врача. Перешагнув справедливое вознаграждение своей деятельности, пусть не государством, но больным, врач превращается в обычного вымогателя. Увы, подобное встречается в медицинской среде.

Гораздо выше, и прежде всего с этической точки зрения, стоит западная практика страховой медицины, когда между врачом и больным непосредственно нет денег, а функцию по-настоящему адекватной, фиксированной оплаты специалиста выполняет государственная или частная страховка. Видимо, это тот путь, по которому следует пойти России и другим странам с неразвитой ещё страховой медициной.

В принципе, этика должна быть независима от экономики, но в нашем обществе ущербность экономики определяет и ущербность этики.

Большие коммерческие соблазны исходят от фармацевтических и технологических фирм, производящих и распространяющих лекарственные средства и медицинское оборудование. Они, что совершенно естественно, хотя как можно больше расширить рынок сбыта своей продукции в России. Рекламы в медицинских журналах и газетах, по радио и телевидению для этого недостаточно. Гораздо перспективнее и надёжнее использовать «агентов влияния» – учёных и практических врачей. Основным способом завлечь их «в свои сети» является материальная стимуляция. Фирма предлагает видному специалисту выступить на организуемых ею семинарах, симпозиумах, во врачебных аудиториях с лекциями или докладами о преимуществах своих препаратов, инструментов, аппаратуры. За это гарантируется хороший гонорар, финансирование поездки за рубеж, спонсирование издания монографии и т.д. Ничего зазорного в этом сотрудничестве

нет, но так «покупается» служение профессионала фирме.

Любая фирма, понятно, заинтересована, чтобы врач из обширного списка аналогичных препаратов назначал больным производимый именно ею. Как добиться этого? Вот пример. Есть большое количество препаратов, эффективных в лечении эпилепсии, однако у каждого из них есть свои особенности и в клиническом применении, и в индивидуальной переносимости, и в стоимости, и др. Лечение эпилепсии обычно многолетнее и с назначенного препарата трудно «слезть».

Ко мне в кабинет часто приходят представители фармацевтических компаний, производящих противосудорожные препараты. Одни – обосновывают преимуществами фирменного препарата, другие – депакина, третьи – топамаса. Однако в одном все едины: выписывайте вашим пациентам именно наш препарат, а мы вам за услуги будем платить определённый процент за каждый рецепт. И дадут список аптек, где есть их лекарства и отлажена система учёта – кто его выписал. Точно так же действуют фирмы, выпускающие аппаратуру, ортопедические изделия, медицинские полимеры, клеевые композиции, инструменты и т.д.

Я предпочитаю независимость от фирм, ибо как врач обязан свободно учитывать все обстоятельства и болезни, и социального статуса больного. Согласившийся на сотрудничество с фирмой медик уже денежно повязан, и обязательства перед фирмой порой перевешивают заботу о больном. Меняется психология врача: выписываю лекарства и ничего за это не получаю, но могу выписывать полезный препарат и при этом ещё зарабатывать, а сможет ли за него платить больной – не моё дело. Иначе говоря, коммерческие соблазны начинают мешать исполнению профессионального долга врача. Эта категория отклонений не имеет ничего общего с уголовными деяниями и подлечит только моральному измерению.

Другое дело, когда коммерчески обусловленные отступления от профессионального долга врача не только аморальны, но и входят в наказуемую сферу. В частности, зная, что его ждёт солидное денежное вознаграждение, врач у постели умирающего больного будет стремиться к преждевременной констатации смерти мозга, чтобы как можно раньше были забраны органы и ткани для трансплантации.

Фирмы щедры на «откат», если у них покупают дорогостоящие аппаратуру, оборудование, рекативы. И это тоже нередко является опасной приманкой для лоббирующих и реализующих их предложения медиков.

В наше время коммерческих соблазнов много, а профессиональный долг врача по-прежнему один – честное беззаветное служение больному. Противостоят разлагающему влиянию денег могут только совесть и нравственные устои доктора.

Терапия отчаяния и модные спекуляции

В горе люди согласны на всё – лишь бы спасти близкого человека. При этом критика и оценка ситуации резко снижаются. Поэтические строки: «Будь, каким ни будешь, только будь!» точно отражают страстное желание сделать даже невозможное, не задумываясь о последствиях. Отчаяние охватывает мать, отца, сына, дочь, когда тяжело заболевает кто-то из родных. Долг врача – понять их состояние и

постараться помочь всеми достижениями медицины, помочь искренне, не спекулируя на беде и не вымогая деньги.

Увы, идёт какой-то девятый вал обманных и разорительных предложений. Я не говорю здесь о знахарях, шаманах, магах, колдунах или экстрасенсах. Врачи и даже профессора выступают в самой неприглядной роли одурачивателей несчастных. Что хотите – пожалуйста: сделать парализованного ходячим, слепого – зрячим, глухого – слышащим, обезреченного – говорящим, безрассудного – мыслящим, умирающего – выздоравливающим. Только платите, платите щедро, не жалейте. А методы – у каждого свои, научно звучащие и таинственные.

Отец моего друга погибал в Америке от метастазов рака лёгкого. Двадцать лет назад его успешно прооперировали в Нижнем Новгороде с практическим выздоровлением от рака кишечника. Спустя 10 лет пожилого человека настиг рак лёгкого в США. Были курсы лучевой и химиотерапии с длительными ремиссиями. Но в конце концов наступила финальная стадия болезни. Родные в отчаянии искали спасения. И нашли – в приличном офисе в Нью-Йорке один эскулап гарантировал исцеление с помощью особых вливаний. На вопрос, что это за лекарство, ответил: «Ну-хау», а на вопрос, сколько это стоит, чётко назвал сумму: «100 тыс. долл., деньги сразу и без возврата». «Рак-то я вылечу, но могут случиться осложнения, за них я ответственности не несу». Жена и сын, люди образованные, усомнились в эффективности такого лечения. Позвонили мне. Я, понимая ситуацию, сказал определённо: «Как вам ни тяжело, это – блеф, ваше разорение бессмысленно».

В последние годы самыми модными, распространёнными и дорогими спекуляциями на страданиях стали стволовые клетки. Их применение перспективно, однако только начинает выходить из необходимого исследовательского этапа. Между тем в России стволовые клетки давно используются в лечебных целях с опасным размахом при любых тяжёлых заболеваниях и травмах. Куда их только не вводят: в головной и спинной мозг, в ликвор, в кровь, в мышцы, под кожу, в брюшную полость. Я знаком с результатами терапии стволовыми клетками не понаслышке. После тяжёлой черепно-мозговой травмы с диффузным аксональным повреждением мозга порой развивается стойкое вегетативное состояние. После комы восстанавливается деятельность внутренних органов и ствола мозга, но кора больших полушарий, лишённая активирующей импульсации ретикулярной формации, остаётся выключенной – сознание отсутствует, возникают симптомы её разобщения с подкорково-стволовыми структурами. Видя тщетность усилий нейрореабилитологов, родные пострадавшего впадают в отчаяние. Им предлагают, естественно за огромные суммы, вернуть человеку психическую жизнь с помощью пересадки стволовых клеток. Обнадежить легко, как и содрать деньги, а результатов я не видел. Псевдонаучно обоснованный бум обогащает его творцов, собственно, в этом и есть цель наглой рекламы. А при упреке, что ничего не изменилось, у нейромодификаторов есть «убедительный» ответ: «Слишком поздно к нам обратились». Деньги, однако, не возвращают. Правда, можно судиться, но дело юридически обставлено грамотно.

Пробовать недоказательные методы лечения на безнадёжных больных аморально, но и особенно выгодно – всегда есть якобы оправдательные мотивы: «Никто и ничто не помогло, надо попробовать, авось, будет эффект». Однако точно будут только деньги в кармане лежачего от медицины.

К сожалению, коммерциализация медицины стала мощным стимулом для всякого рода спекуляций. Рецепта, как противостоять этому аморальному и чрезвычайно опасному наваждению, я не знаю. Могу только как врач утверждать, что достоверным критерием эффективности любого препарата, любого метода лечения является катарма больных, объективно обнаруживающий те или иные последствия действий доктора и лекарства. Принцип «Вперёд, а потом разберёмся» к медицине неприменим.

Что делать

В этих условиях, на наш взгляд, заслуживают внимания следующие меры, способствующие гуманизации нейрохирургии и препятствующие её дегуманизации:

- Приоритет гуманитарных ценностей и развития общечеловеческого духовного и душевного начала на всех этапах обучения, становления и деятельности нейрохирурга.

- Повышение профессионализма нейрохирурга. Чем выше профессионализм, тем действеннее его гуманизм.

- Повышение общей культуры нейрохирургов. Искусство и литература являются источником гуманизации личности, развивая чувство прекрасного и справедливого у врача.

- Эстетизация нейрохирургии (экстерьер и интерьер стационаров, одежда персонала, оборудование, предметы для лечения и ухода за нейрохирургическими больными и др.).

- Поощрение развития модели: врач – больной – семья – общество.

- Дальнейшее развитие фундаментальных исследований по изучению нейрохирургической патологии, способствующих, в конечном итоге, гуманизации диагностики и лечения.

- Гуманное использование сознательной и подсознательной сфер больных.

- Постоянная забота общества о больном, включая компенсацию расходов на лечение и реабилитацию, право выбора врача и др.

- Постоянная забота нейрохирурга о больном.

- Постоянная забота общества о нейрохирурге (моральные и материальные поощрения, достойные условия работы и жизни, дома отдыха нейрохирургов и др.).

- Постоянная забота каждого нейрохирурга об обществе: максимально помогая отдельному больному, беречь здоровье семьи и общества в настоящем и для будущего.

- Оценка любых достижений нейрохирургии прежде всего с гуманистических позиций, принимая только те, которые идут на пользу человечности и нравственности.

Из всего сказанного вытекает главное условие гуманизации нейрохирургии в высокотехнологичном XXI веке: нейрохирург, как и любой врач, должен быть не только Homo Sapiens, но также и Homo Moralis.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии РФ.

НИИ нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.
Фото
Александра ХУДАСОВА.

Современные технологии

«Тысячечечная» информатизация

Главное удобство для врача – не надо заниматься бумажным архивом, а стоит лишь войти в единую электронную базу



Сегодня врачей стараются учить через электронную медицинскую карту отслеживать ход лечения каждого пациента

Программа информатизации продолжается в «тысячечечной» больнице Владивостока. Сейчас специалисты уже завершили «привязку работы» ревматологического отделения с рентгенологическим. Это поможет врачам сократить объём бумажной работы и оптимизировать взаимодействие между различными службами больницы.

Как рассказывает Екатерина Баглай, ревматолог Владивостокской клинической больницы № 2, многие шаблоны для работы в программе «ДОКА+» уже готовы, и по мере практического освоения специалисты вносят в них свои коррективы. Плюс работа в электронном формате прибавила оперативности в заполнении электронной карты пациента.

По словам Светланы Вельяотс, заведующей рентгенологическим отделением, сегодня рентгенологи на своём рабочем месте через электронную медицинскую карту (всего в больнице оборудовано 229 автоматизированных рабочих мест) могут быстро отслеживать назначения ревматологов, сразу проводя пациенту необходимое обследование, не тратя время на перемещение по больнице бумажного носителя и его чтение.

– Например, ревматолог делает назначение на рентген кисти. Мы, в свою очередь, открываем тот шаблон в программе «ДОКА+», который нам нужен, и начинаем в нём работать. На данный момент все наши шаблоны полностью согласованы с ревматологической службой. Хочу отметить, что сразу исчезает бумажная гора на столе, отпадает необходимость постоянно и быстро писать. Это существенно экономит наше время и время пациента, – отмечает С.Вельяотс.

Примечательно, что в программе можно просматривать историю болезни, её динамику и показатели. Главное удобство для врача – не надо идти в архив, а стоит лишь выйти в единую электронную базу. Программа постоянно обновляется, и, в случае непредвиденных обстоятельств, всегда можно восстановить всю базу с последнего апдейта «ДОКА+».

Сейчас в «тысячечечной» прошли тот сложный этап, когда врачи вынуждены были заполнять историю болезни пациента, как в электронном варианте, так и в бумажном. Теперь к программе «подключена» работа лаборатории – результаты анализов сразу появляются в сети, соответственно, у специалистов есть возможность формировать выписной эпикриз пациента – медицинскую составляющую «ДОКА+». После того как работники больницы наладили связь между ревматологическим отделением и рентгенологическим, можно вести речь о запуске промышленной эксплуатации программы и начале поэтапного подключения к ней остальных отделений медучреждения.

По словам Дениса Шмыкова, ответственного за программу информатизации больницы, за 8 месяцев, прошедшие с начала работ, специалисты проделали огромный путь.

«Программа «ДОКА+» жизнеспособна и удобна в применении, что показало внедрение на пилотном блоке отделений. Но изначально она была абсолютно пустой с точки зрения шаблонов, требующихся для нашего учреждения. А ведь для каждого отделения нужна тонкая специфическая настройка, необходимая для наиболее точной постановки диагноза. И после того, как мы совместно с разработчиками нашли мостик по интеграции различных данных в программу, необходимо было продолжать разработку и модификацию шаблонов. Одних только рентген-шаблонов насчитывается около четырёхсот», – отмечает Д.Шмыков.

Сейчас, добавляет он, пока рано говорить об экономической опции программы, поскольку в отрасли ещё не завершена работа по перестроению КМУ в КСГ. Поэтому на переходном этапе все реестры будут сдаваться в территориальный фонд ОМС из собственной программы «тысячечечной», использовавшейся в больнице ещё до появления «ДОКА+».

Николай РУДКОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Владивосток.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

По данным ВОЗ, число людей, страдающих бронхиальной астмой, может достигать 300 млн. Несмотря на различные методы лечения, нередко это заболевание остаётся неконтролируемым. Вопросам оценки существующих терапевтических стратегий ведения симптомных больных с бронхиальной астмой была посвящена недавняя встреча специалистов по респираторной медицине из стран Центральной и Восточной Европы, состоявшаяся в Вене.

Открывая эту встречу, профессор Эрик Бейтман (E.Bateman, Южная Африка) рассказал о



Эрик Бейтман

Глобальной инициативе по астме (Global Initiative for Asthma – GINA), направленной на подавление симптомов заболевания и минимизацию риска будущих обострений. В его докладе, а также в выступлении Невена Тудорича



Невен Тудорич

(N.Tudoric, Хорватия) речь шла об UniTinA-asthma – большой исследовательской программе, включающей 11 клинических испытаний (КИ) III фазы тиотропиума у более чем 4 тыс. больных (взрослых и детей старше года) с неконтролируемой астмой из более 150 центров разных стран. Бронхолитик тиотропиум, ранее апробированный для лечения хронической обструктивной болезни лёгких (ХОБЛ), доставлялся в дыхательные пути больного с помощью респимата – ингалятора специальной конструкции, позволяющей получить тонкодисперсный «мягкий» аэрозоль (soft-mist). По данным PrimoTinA-asthma, добавление тиотропиума респимата существенно увеличивало время до первого тяжёлого обострения астмы, а также время до первого эпизода ухудшения астмы у больных, получавших поддерживающую терапию ингаляционными кортикостероидами (ИКС) и β₂-агонистами длительного действия, у которых отмечалось одно или более обострений в предыдущем году. На языке цифр это выглядит следующим образом: отмечалось улучшение лёгочной функции до 154 мл, увеличение контроля астмы на 68%, снижение риска тяжёлого обострения астмы на 21% и на 31% – риска

Деловые встречи

Полный вдох

Открываются новые возможности лечения тяжёлой бронхиальной астмы

ухудшения астмы. Что касается профиля безопасности, то он у тиотропиума респимата был аналогичен таковому у плацебо. КИ MezzoTinA-asthma показало, что у тех больных, которые, несмотря на поддерживающую терапию ИКС, остаются симптомными, при добавлении тиотропиума Респимата значительно улучшается дыхание, отмечается бронходилатация более суток и лучше удаётся контролировать астму.

Профессор Пётр Куна (P.Kuna, Польша) подчеркнул, что астма,



Пётр Куна

подобно диабету и артериальной гипертензии, остаётся хроническим неизлечимым заболеванием. Однако можно избавиться больного от её симптомов и обострений. Неконтролируемые симптомы означают высокий риск будущего ухудшения болезни. Наоборот, при подавлении симптомов астмы удаётся существенно снизить расходы на лечение данного больного.

И врачи и больные часто переоценивают результаты лечения. По данным канадских исследователей, 97% больных и 90% специалистов были убеждены в том, что «всё под контролем», тогда как по

объективным данным симптомы астмы удавалось контролировать лишь в 47%.

Каковы же причины резистентности астматических симптомов? На первое место Куна ставит плохую приверженность больных назначенному лечению (poor adherence), на второе – дефектную методику ингаляции, на третье – неэффективность назначаемых препаратов, и на четвёртое – неблагоприятное воздействие окружающей среды (environmental exposure). Чем реже назначается то или иное лекарство, тем выше приверженность лечению. Если лекарство назначается раз в день, она составляет 73%, а если 4 раза в день, то снижается почти вдвое (до 42%). В большинстве случаев больные просто забывают его принять.

Тему поиска причин неконтролируемой астмы продолжил доктор медицинских наук Кирилл Зыков, возглавляющий лабораторию пульмонологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова. Существенная роль тут отводится коморбидностям и отягчающим факторам (риносинуситы и назальные по-



Кирилл Зыков

липы, психологические факторы, патология голосовых связок, ожирение, курение, обструктивное апноэ сна, гипервентиляционный синдром, гормональные влияния, желудочно-пищеводный рефлюкс, приём некоторых препаратов). Очень важна также правильная техника ингаляции. Что касается плохой приверженности лечению, то она является причиной 24% обострений и 60% госпитализаций. Тяжёлой называется такая астма, которая требует введения высоких доз ИКС и 2-агонистов или лейкотриенов/теофиллина на протяжении предшествующего года или же внутривенного введения кортикостероидов на протяжении 6 и более месяцев в течение предшествующего года, либо такая астма, которая остаётся «неконтролируемой», несмотря на лечение.

Далее докладчик остановился на клинических фенотипах бронхиальной астмы: тяжёлой аллергической, эозинофильной, нейтрофильной, с хронической обструкцией дыхательных путей, с повторными обострениями, с чувствительностью к кортикостероидам. Для каждого из этих клинических фенотипов существует своя терапия. Помимо фенотипов астмы (определяемых как наблюдаемые особенности без прямой связи с процессом заболевания), выделяют также её эндотипы (нозологические формы, могущие проявляться в кластерах фенотипов, но имеющие специфические биологические механизмы, например воспаление).

Каким же образом выявить причину неконтролируемой астмы? Предлагаемый алгоритм таков. Во-первых, на самом ли деле это астма? Во-вторых, только ли астма у данного больного? В-третьих, адекватно ли лечатся астма и сопутствующие заболева-

ния? В-четвёртых, привержен ли больному лечению? В-пятых, нет ли взаимодействия лекарств или побочных эффектов. В-шестых, тяжёлая ли это астма? В-седьмых, необходимо фенотипирование и эндотипирование для индивидуализации лечения. «Назначить нужное лекарство в нужное время такому больному, которому оно необходимо» – такова филосо-



Матьяж Флежар

фия лечения неконтролируемой астмы.

Сессия завершилась обсуждением двух клинических случаев, представленных доктором Матьяжем Флежаром (M.Flezar, Словения).

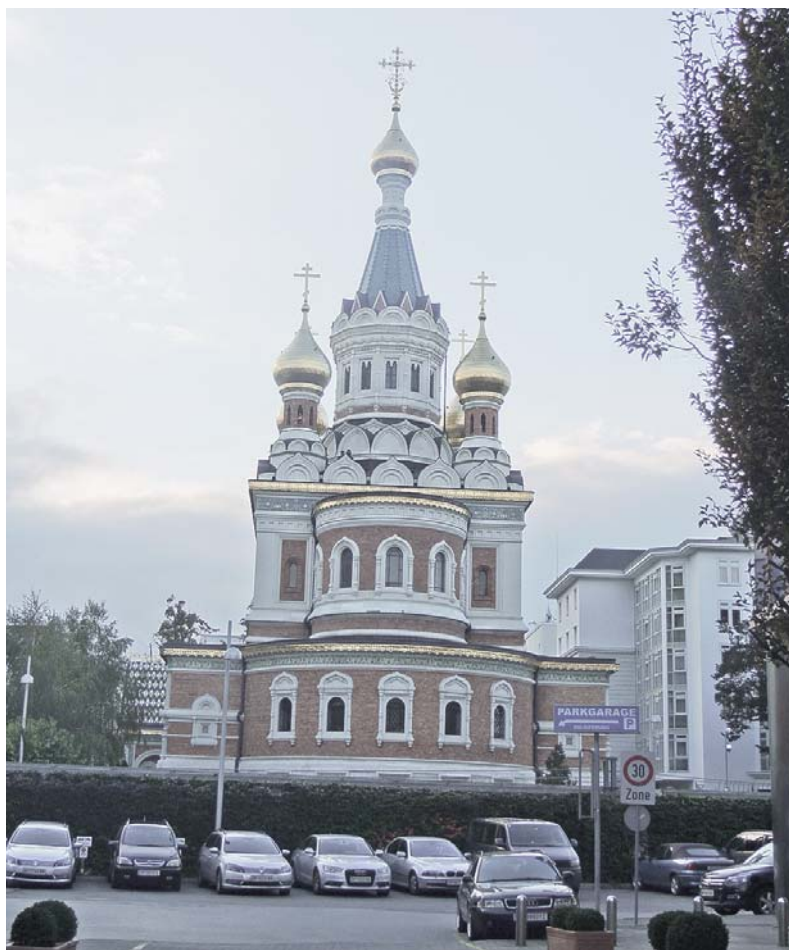
Затем состоялись рабочие совещания пульмонологов из стран Центральной и Восточной Европы (включая Россию), а приглашённые медицинские журналисты имели возможность задать вопросы всем вышеупомянутым докладчикам на отдельном заседании.

Встрече предшествовала однодневная региональная конференция, участники которой обсудили вариативность фенотипов ХОБЛ в разных странах с целью лучше понимать, какие факторы наиболее влияют на исходы заболевания и какие стратегии лечения наиболее эффективны для их улучшения.

Такой формат работы компании «Бёрингер Ингельхайм» приносит свои плоды. По словам харьковского коллеги, он посвятил этой компании одну из своих книг по пульмонологии.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Вена – Москва.



Собор Свт. Николая в Вене, рядом с которым проходила конференция

Комментарий специалиста

Действительно, проблема тяжёлой астмы до настоящего времени сохраняется, несмотря на появление новых препаратов и технологий. Хотя в целом врачи научились лечить пациентов с астмой, число больных в стационаре и вызовов скорой помощи за последние 20 лет сократилось в разы, всё-таки остаётся небольшая группа пациентов, у которых по разным причинам не удаётся добиться контроля над течением заболевания. И если модифицирующие течение болезни факторы, о которых упоминалось в материале, исключены или скорректированы, а астма по-прежнему даёт о себе знать, тогда следует подумать о новых возможностях, которые появились в последние несколько лет.

Помимо тиотропиума респимата, который ранее рассматривался только для лечения ХОБЛ, а теперь и с США и в Европе рекомендован для больных тяжёлой астмой, недавно получены доказательства эффективности в долгосрочном периоде бронхиальной термопластики, представляющей собой локальную абляцию мышечного слоя бронхов путём нагревания через специальный катетер до 65°C. Уже опубликованы результаты первых фаз исследований моноклональных антител к интерлейкинам 4, 5, 13, фактору некроза опухоли-альфа, ингибиторам простагландин-синтазы ЕЗ и Е4, позволяющих надеяться на то, что в скором будущем эти препараты также займут определённое место в лечении тяжёлой астмы. Наконец, синтезированы принципиально новые молекулы (олигонуклеотиды, модуляторы толл-лайн-рецепторов и гомологичных хемоаттрактантных рецепторов), показавшие хорошие результаты в эксперименте и вышедшие на уровень клинических исследований. Всё это позволяет надеяться, что в ближайшее десятилетие проблема тяжёлой астмы если не исчезнет, то в значительной мере будет решена.

Александр АВЕРЬЯНОВ, заместитель генерального директора, главный врач Федерального научно-клинического центра ФМБА России, главный пульмонолог ФМБА России, доктор медицинских наук.

Гипотезы

Где раки мутируют?

Большинство видов онкологии – дело случая

Учёные в Соединённых Штатах Америки пришли к выводу, что большинство видов рака возникает в силу случайных причин, а не общеизвестных факторов риска, таких как курение. Об этом свидетельствуют исследования американских физиологов, пытающихся найти причину того, почему некоторые клетки в организме человека проявляют особую уязвимость к перерождению в раковые клетки. Полученные ими результаты свидетельствуют, что две трети разновидностей рака вызываются случайными мутациями.

Опасные мутации

Распространение курения и вредное воздействие токсинов, содержащихся в табачном дыме, могут объяснить сравнительно высокое распространение рака лёгких. Но при этом система пищеварения постоянно имеет дело с различными токсинами в отличие от мозга, а опухоли мозга в 3 раза более распространены, чем опухоли кишечника. (В США 6,9% населения заболевают раком лёгких, 0,6% – раком мозга и 0,00072% – раком голосовых связок.)

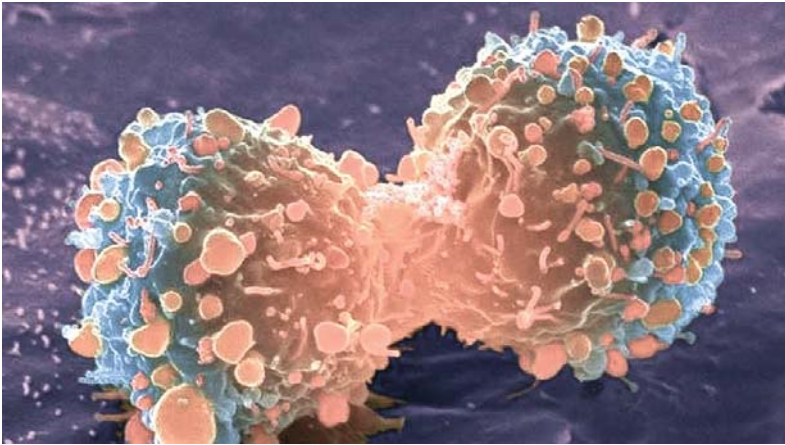
Учёные медицинского факультета Университета Дж. Хопкинса и Института общественного здоровья Блумберга пришли к выводу, что разгадка лежит в области механизмов регенерации различных типов клеток.

Известно, что в человеческом организме происходит непрерывное восстановление повреждённых клеток, которые заменяются новыми. Но при каждом делении клетки возникает риск возникновения опасной мутации, в результате которой клетка может стать раковой.

Темпы регенерации клеток зависят от типа ткани. Например, в оболочке кишечника клетки обновляются сравнительно быстро по сравнению с клетками мозга.

Группа физиологов занялась сравнением частоты деления клеток в 31 типе тканей в организме человека в течение его жизни с шансами на развитие раковых опухолей в этих тканях. Они пришли к выводу, что в двух третях случаев рака они возникали в силу случайных мутаций, а не внешних факторов. Среди изученных видов рака были различные разновидности глиобластомы (раковые опухоли мозга), рака кишечника, а также рак поджелудочной железы.

Один из авторов исследования профессор онкологии Кристиан Томасетти считает, что упор на профилактику не в состоянии предотвратить такие заболевания. «Если две трети раковых заболеваний в различных видах тканей объясняются случайными мутациями ДНК при делении клеток, то нам



имеет смысл сосредоточить усилия на совершенствовании средств ранней диагностики, когда шансы излечения наиболее высоки», – говорит он.

А образ жизни по расписанию...

И всё-таки не подлежит сомнению, что курение способствует возникновению рака лёгких. В оставшейся трети случаев заболевания раком, при которых воздействие внешних факторов очевидно, наиболее известны следующие типы опухолей:

- * различные виды меланомы – рака кожи, которые вызываются воздействием ультрафиолетовой радиации;
- * рак лёгких, в возникновении

которого важную роль играет курение;

* рак толстой кишки, который часто вызывается плохим питанием и воздействием генетических факторов.

Независимые исследования, проведённые благотворительным фондом Cancer Research UK, свидетельствуют, что около 40% всех видов раковых заболеваний вызываются воздействием внешних факторов, например, образом жизни.

В фонде настаивают, что связь курения, избыточного веса, образа питания и уровня потребления алкоголя является доказанным фактом в возникновении многих видов рака.

Кстати

Клешнепожатие

Медицинская общественность Британии совместно со специальной и не только прессой озадачена недавними словами бывшего редактора британского медицинского журнала British Medical Journal. Он – доктор Ричард Смит – заявил, что рак может быть лучшим способом умереть. По его словам, стоит прекратить тратить миллиарды на поиски лечения рака.

В своём блоге доктор Ричард Смит пишет, что рак даёт возможность умирающему человеку завершить свои дела и подготовиться к уходу из жизни: «Вы можете попрощаться с родственниками, оставить последние пожелания, может быть, посетить какие-то места, о которых вы мечтали всю жизнь, послушать любимую музыку, почитать любимые стихи и подготовиться, в зависимости от ваших убеждений, либо встретиться со своим создателем, либо уйти в небытие».

«Я часто спрашиваю людей, какую смерть они предпочли бы, и большинство предпочитают внезапную. Это, может быть, хорошо для вас, но вашим близким будет очень трудно, в особенности если вы не до конца разобрались в каких-то личных вопросах», – продолжает рассуждение Р.Смит. – Если вы умираете от недостаточности органов, то вы проведёте слишком много времени в больнице. Долго тянущаяся смерть от деменции – самая страшная, так как при ней вы понежнему просто исчезаете».

Доктор Смит также полагает, что людям следует избегать «слишком амбициозных онкологов» и что попытки излечить рак потенциально приводят к тому, что мы будем умирать гораздо страшнее.

Слова доктора Смита уже вызвали резкую критику. Благотворительный фонд Cancer Research UK назвал его заявление нигилистическим и обвинил в том, что он не подумал о детях, чья жизнь обрывается раком. Родственники же больных раком обвиняют его в бесчувственности.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».
По материалам Science, Daily Telegraph.

Образование

Чтобы самый сложный курс анатомии не отбил у студентов интереса к учёбе, первокурсникам позволили присутствовать на операциях в университетской нейрохирургической клинике в Тюбингене.

Интерактивная анатомия

Операции в прямом эфире

Уникальность этого вмешательства состоит в том, что перед хирургом не живой пациент, а труп, и вокруг доктора несколько видеокамер. С их помощью за действиями нейрохирурга в режиме реального времени наблюдают тысячи студентов немецкоязычных вузов. Тюбингенские студенты следят за операцией на большом экране в аудитории, а остальные участвуют в мероприятии в режиме онлайн.

Сначала ведущий занятия – руководитель кафедры клинической анатомии Тюбингенского университета профессор Бернхард Хирт – объясняет суть диагноза и основной ход хирургического вмешательства, представляет хирурга и его ассистентов, а затем начинается сама операция. Доктора не спешат и в деталях поясняют студентам свои действия на анатомических моделях и иллюстрациях. А учащиеся прямо во время операции в чате могут задавать вопросы.

По словам профессора Хирта, именно в интерактивности и междисциплинарности занятий состоит уникальность курса занятий Sectio Chirurgica в Тюбингенском университете. Основным предмет – анатомия – дополняется различными хирургическими дисциплинами. «Это единственный в своём роде курс для будущих медиков в Европе и, возможно, даже во всём мире. Ничего похожего в настоящее время нет нигде», – добавляет преподаватель.

Курс Sectio Chirurgica существует на медицинском факультете этого университета уже несколько лет и предназначен, прежде всего, для студентов-новичков. Ведь любой, кто учился на медицинском факультете, знает: анатомия –

один из самых тяжёлых предметов на протяжении всей учёбы: студентам приходится наизусть заучивать увесистые тома учебников.

При таких колоссальных объёмах теории у некоторых вообще пропадает интерес к медицине.

Чтобы помочь своим подопечным, преподаватели решили уже на первых порах знакомить их с работой хирургов. «Студенты не всегда понимают, для чего от них требуют заучивания большого количества материала. Поэтому уже в начале обучения мы знакомим их с клинической медициной», – рассказывает Бернхард Хирт, автор идеи и инициатор курса Sectio Chirurgica.

Программа занятий и состав преподавателей от семестра к семестру меняются. Неизменным остаётся то, что все операции проводят опытные специалисты. В течение учебного года в числе тем курса были, в частности, гастрэктомия при раке желудка, функциональная эндохирургия околоносовых пазух при хроническом риносинусите, лечение перелома вертлужной впадины. До сих пор занятия проводились только в зимнем семестре, но с весны 2014 г. их – в несколько урезанном объёме – планируется проводить и летом, сообщил Бернхард Хирт.

Участие бесплатно и доступно для иностранцев, но проводится в закрытом режиме. Доступны они только для студентов-медиков как немецких, так и иностранных вузов, а также для врачей и работников медицинской сферы, например, специалистов по медицинской технике. «Это серьёзное преподавание, а не развлекательные репортажи для широкой публики», – предупреждает Бернхард Хирт.

Юрий БОРИСОВ.
По материалам сайта
Sectio Chirurgica.

Открытия, находки

Белок памяти

В ходе нового исследования американские учёные выявили белок в мозгу, который ограничивает производство молекул, необходимых для формирования воспоминаний.

Авторы работы изучали процесс появления воспоминаний у мышей. Оказалось, что именно белок FXR1P подавляет процесс образования новых молекул, нужных для создания воспоминаний. Когда из определённых частей мозга этот белок был удалён, стали по-

являться новые молекулы. Именно они привели к укреплению связи между клетками мозга, улучшив запоминание и воспроизведение событий.

Исследователи считают, что данное открытие помогает отчасти понять, как мозг обрабатывает информацию. Они надеются обнаружить соединения в мозгу, регулирующие активность белка FXR1P. Если им удастся их найти, это станет прорывом в лечении болезни Альцгеймера и других заболеваний головного мозга.

Яков ЯНОВСКИЙ.
По сообщению Meddaily.

Перспективы

В бесконечной борьбе с диабетом

Учёные Гарвардского университета сообщили о том, что благодаря разработанному ими методу впервые удалось получить в лабораторных условиях из человеческих стволовых клеток нормально функционирующие, вырабатывающие инсулин бета-клетки поджелудочной железы в количествах, достаточных для массовой трансплантации пациентам с диабетом 1-го типа. Авторы не сомневаются в том, что это достижение означает прорыв в поиске эффективных методов терапии заболевания.

Как известно, при сахарном диабете 1-го типа клетки собственной иммунной системы организма проникают в островки Лангер-

ганса поджелудочной железы и уничтожают бета-клетки, которые производят инсулин.

Поэтому после изоляции в 1998 г.

эмбриональных стволовых клеток, потенциально способных превращаться в любые клетки организма, целью многих научных групп стали поиски способов получения из них функционирующих бета-клеток, способных возместить погибшие из-за аутоиммунного процесса.

В дальнейшем это удалось с индуцированными плюрипотентными стволовыми клетками (iPSC) – незрелыми клетками, полученными из зрелых и, как и эмбриональные стволовые клетки, способными

специализироваться в клетки всех типов, присутствующих во взрослом организме. Однако этот процесс очень сложен и долог, а получающиеся бета-клетки лишены многих характеристик «родных» клеток.

Группа под руководством Дугласа Мелтона разработала протокол, позволяющий в лабораторных условиях получить 200 млн нормально функционирующих зрелых бета-клеток, что теоретически достаточно для трансплантации одно-

му пациенту, как из эмбриональных стволовых клеток, так и из iPSC.

Для этого к стволовым клеткам поэтапно добавляют 5 различных факторов роста и 11 молекулярных факторов. Весь процесс занимает 35 дней. Внесение полученных таким путём бета-клеток, успешно вырабатывающих инсулин в ответ на поступление глюкозы, смогло избавить от симптомов диабета лабораторных мышей.

Следующей целью группы Д.Мелтона станет поиск способа защиты пересаженных клеток от иммунной атаки.

Марк ВИНТЕР.
По материалам журнала Cell.

Ситуация

Генералы тоже плачут...

Пресечь череду «болевых» самоубийств в России помогут лишь срочные меры

Очередное громкое самоубийство в Москве вновь продемонстрировало неэффективность политики государства в сфере обезболивающих препаратов, считают специалисты в области паллиативной медицины.

В том весна виновата?

В конце 2014 г. в России был принят ряд нормативных актов и поправок к законодательству, облегчающих доступ неизлечимых больных к наркосодержащим обезболивающим препаратам. Среди изменений – продление действия рецепта на анальгетики с 5 до 15 дней, разрешение выписывать рецепт не только онкологу, но и любому врачу, к которому обратился пациент с хроническими болями, прямой запрет на выписку из больницы пациентов, нуждающихся в обезболивании, накануне выходных и праздничных дней. Некоторые поправки вступят в силу лишь через 180 дней после их подписания.

Спустя несколько дней после их принятия страну потрясло новое громкое самоубийство: не дождавшись получения обезболивающих препаратов, покончил с собой генерал ВВС в отставке Анатолий Кудрявцев. Весной и летом 2014 г. в Москве и других городах произошла целая серия подобных суицидов: из жизни добровольно ушли контр-адмирал в отставке Вячеслав Апанасенко, генерал-майор в отставке Борис Саплин, отставной генерал-майор ГРУ Виктор Гудков и другие.

Комментируя тогда эти смерти, заместитель мэра Москвы по социальным вопросам Леонид Печатников сказал, что у онкологических больных «на фоне ранней бурной весны» обостряются психические нарушения. Эксперты в области паллиативной медицины расценили такие заявления властей как цинизм и считают, что новые поправки не нацелены на реальное решение проблемы.

Изменения
пока только на бумаге

Положительными, но недостаточными называет изменения в законодательстве президент Фонда помощи хосписам «Вера» Нюта Федермессер. «Всё, что принято, – пока на бумаге, на местах всё работает по-старому, – поясняет она. – Закономерно, что гибель Кудрявцева случилась в праздничные дни, когда в поликлиниках у врачей выходные, никто никого не подменяет, печать у заведующей, заведующая не в Москве и т.д. Препараты выпишут не раньше 12 января, получат не раньше 14-го».

Федермессер считает, что в России необходимы коренные преобразования, в результате которых «каждый страдающий хроническим болевым синдромом мог бы своевременно получить обезболивающие препараты независимо от диагноза, возраста, регистрации, гражданства, времени суток и дня недели». Препятствием на пути этих преобразований, по мнению себе-

седницы, является то, что никто не знает масштабов проблемы: «В России сегодня даже посчитать нельзя, сколько больных нуждаются в обезболивании. Нет параметров, нет регистра, данные замалчиваются, мнение пациентов об уровне их боли не учитывается. Это значит, что нельзя толком рассчитать и потребность в препаратах».

Мировой опыт

Всемирная организация здравоохранения считает право на облегчение боли одним из важнейших элементов лечения рака и паллиативной помощи. Международная правозащитная организация Human Rights Watch (HRW) в докладе, посвящённом доступности обезболивающих лекарств в мире, упомянула Россию в числе стран «с очень ограниченным доступом» к обезболивающим, подразумевая под этим, что лишь немногие пациенты способны получить эффективные анальгетики.

Один из авторов доклада – заместитель главы отдела HRW по вопросам здравоохранения Дидерик Ломан считает, что по степени абсурда в сфере контроля за наркосодержащими медикаментами Россия занимает уникальное место. «Недообезболивание» и самоубийства пациентов, не выдерживающих болей, – это общая проблема, – говорит Ломан. – Но нигде в мире нет такого количества самоубийств на этой почве, особенно среди заслуженных людей. Одних только высших офицеров армии

и флота было несколько за последние 12 месяцев. Это люди, которые служили своей стране и рисковали жизнью ради неё, заслужили признание и высокие звания, у которых, скорее всего, были хорошие связи. Но даже они не могли добиться достойного обеспечения обезболивающими, что уж говорить о простых людях».

Контекст

ВОЗ: Россия на четвёртом месте в мире по числу самоубийств

Степень вмешательства контролирующих органов в вопросы медицины в России правозащитник называет неадекватно высокой. «Вся страна наблюдала за многолетним преследованием Федеральной службой по контролю за оборотом наркотиков и прокуратурой врача Алевтины Хориняк, которая выписала рецепт умирающему больному. После этого и множества других случаев врачи боятся связываться с наркосодержащими обезболивающими, потому что малейшее нарушение процедуры выписывания может привести к такому же преследованию», – считает Ломан.

С ним согласна Нюта Федермессер. Одним из главных условий улучшения ситуации она считает изменения в уголовном законодательстве: «Необходимо снять с врачей уголовную ответственность за ошибку в назначении лекарства, которая приравнивает их к наркобаронам, и, наоборот, установить от-

ветственность за неприменение обезболивающих средств».

По данным ВОЗ, каждые 40 секунд в мире происходит самоубийство. Ежегодно счёты с жизнью сводит более 800 тыс. человек. Это следует из первого доклада по предотвращению самоубийств, который Всемирная организация здравоохранения опубликовала ещё в сентябре.

Как следует из документа, частота самоубийств наиболее высока среди лиц в возрасте 70 лет и старше. Тем не менее, в некоторых странах этот показатель наиболее высок среди молодых людей. В глобальном масштабе суицид – вторая по частоте причина смерти в возрасте от 15 до 29 лет, отмечает ВОЗ.

Мужчины чаще решаются на самоубийство, чем женщины. В странах с высоким уровнем доходов мужчины добровольно уходят из жизни в 3 раза чаще, чем женщины. В странах с низким и средним уровнем доходов соотношение мужских и женских самоубийств составляет 1,5 : 1. По данным ВОЗ, на каждого погибшего от самоубийства приходится 20 человек, которые совершили суицидальную попытку.

Факторы риска – алкоголь и хронический болевой синдром

Среди факторов риска, которые называются в докладе, – психические расстройства, злоупотребление алкоголем, финансовые проблемы, хронический болевой синдром, войны и бедствия. Повышают риск самоубийств трудности доступа к медицинским услугам и помощи, лёгкая доступность средств самоубийства, а также СМИ, которые в погоне за сенсацией могут повысить риск так называемых подражательных самоубийств.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам Deutsche Welle.

Ракурс

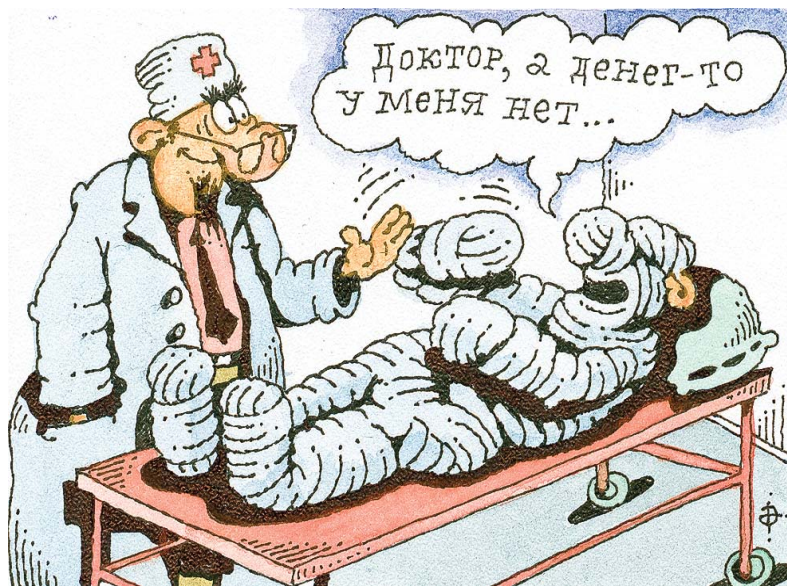
Всё для людей
О чём говорит опыт Китая

Глава департамента одной из китайских провинций заявил, что в этом году в регионе будет запущена инициатива по оказанию скорой помощи малоимущим и лицам без удостоверения личности.

Из этого следует, что отныне человеку, который нуждается в экстренной медицинской помощи, не имеющей при этом постоянного места жительства или документов, подтверждающих его личность, в обязательном порядке будет оказана необходимая помощь.

Кроме того, если гражданин просто-напросто не будет иметь возможности оплатить своевременную медицинскую помощь, ему тем не менее помогут.

Нужно отметить, что в китайской провинции Гуандун ещё в 2013 г. были созданы и внедрены в практику соответствующие документы. Властями было чётко прописано, что в каждом регионе должен



быть создан специальный фонд для покрытия расходов на медпомощь малоимущим категориям граждан, а также лицам бомж.

Особо следует подчеркнуть, что все медучреждения в первую очередь должны заниматься своими непосредственными обязанностями, то

есть лечить, а только потом уже предъявлять счета за свои услуги.

Данное постановление уже работает в 10 регионах Китая. Там же появились и соответствующие денежные фонды.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации портала Menet.

Исследования

Результаты исследования аспиранта медицинского факультета Ивритского (Еврейского) университета в Иерусалиме Ави Маймона, проведённые под руководством профессора Ротема Карни, сделали возможным «персонализирование лечения».

ляющей раковым клеткам выживать и расти. Более того, оказалось, что нормальная, то есть противораковая форма фермента в условиях стресса активизирует в нормальных клетках программу апоптоза. С целью противостояния этому процессу в группе Ротема Карни создали

Лекарства и опухоль

Дело в том, что, приступая к лечению, онкологи не всегда могут ответить на главный вопрос: даст ли тот или иной препарат положительный эффект при применении. Благодаря же открытию Маймона и Карни, которое уже названо «революционным», со значительной степенью достоверности возможно определить устойчивость и чувствительность опухоли к тому или иному медикаментозному воздействию.

Израильские исследователи обнаружили, что при раке молочной железы, лёгких и толстой кишки меняется фермент, именуемый Mnk2. Именно он участвует в передаче информации клетке от организма и окружающей среды. Маймон и Карни установили, что этот фермент существует в двух формах – нормальной, при которой развитие рака замедляется, и в другой, которую можно назвать аномальной, ибо она способствует развитию онкологического заболевания.

Исследовательская группа, руководимая Карни, установила, что раковые клетки меняют структуру фермента Mnk2, уничтожая форму, замедляющую развитие рака, и таким образом способствуют развитию второй формы рака, позво-

ляющей раковым клеткам выживать и расти. Более того, оказалось, что нормальная, то есть противораковая форма фермента в условиях стресса активизирует в нормальных клетках программу апоптоза. С целью противостояния этому процессу в группе Ротема Карни создали

молекулы, способные превращать канцерогенные формы фермента Mnk2 в «нормальные», что делает их способными к усвоению лекарств. Но и этим ещё не исчерпывается значение открытия израильских исследователей. Весьма важно, что, превращая канцерогенную форму Mnk2 в нормальную, молекулы дают возможность преодолевать устойчивость раковых клеток к препаратам, обладающим противораковым воздействием.

В беседе с корреспондентом «МГ» профессор Ротем Карни выразил надежду, что исследование, проведённое его группой, сможет привести к разработке нового биомаркера для тестирования чувствительности пациента к конкретным препаратам. По словам Карни, возможность оценить, насколько пациенту поможет конкретная лекарственная терапия, ещё до начала лечения – это первичный медицинский приоритет. В настоящее время его исследовательская группа проводит диагностические испытания своего метода.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Имена и судьбы

Итальянец в Третьем Риме

170 лет назад умер итальянский и русский художник Сальваторе Тончи

XVIII век России – время, в течение которого огромное количество иностранцев приезжало, оставаясь в этой заснеженной стране навсегда, находя здесь для себя место, где оказались востребованными их дарования. Для французов, англичан, немцев, итальянцев Россия становилась страной, с которой с момента переезда были навсегда связаны их таланты и возможности.

Иностранцы, ставшие русскими

Шведы, испанцы, швейцарцы обретали здесь русифицированные имена и фамилии, получали отчества, легитимирующие Россию в качестве их нового отчества. Франческо Бартоломео Растрелли стал Варфоломеем Варфоломеевичем, Карло ди Джованни Росси стал Карлом Ивановичем... Впрочем, появление иностранцев в России началось и прежде: Аристотель Фиораванти и Пьетро Антонио Солари (ставший Петром Фрязиным) выстроили символ русской культуры и государственности – московский Кремль; первым аптекарем в эпоху правления Ивана Грозного тоже был иноземец-литовец.

Пётр I, прорубив окно в Европу, привлёк в страну такое количество специалистов, что на протяжении нескольких веков потомки европейских фамилий постепенно ассимилировались в Российской империи, давая потомство, которое уже считало себя совершенно русскими людьми; переняло русские традиции и обычаи, став подданными великого государства, так что герои русских литературных произведений – барон Николай Львович фон Тузенбах или Андрей Иванович Штольц уже очень скоро воспринимались (и сами воспринимали себя) исключительно русскими. Леонард Эйлер, Чарльз Камерон, Антиох Кантемир, Яков Брюс, Дж. Фильд создавали славу русских наук и искусств, хотя нередко ещё плохо говорили на языке нового отчества. Но уже их дети – Фёдор Бруни, Карл Брюллов, Вильгельм Кюхельбекер становились людьми с русским менталитетом, думая исключительно по-русски. XIX век радикально не изменил этой тенденции: иностранцы приезжали, работали на благо России, некоторые уезжали, многие оставались навсегда...

А за несколько столетий до этого потомки татарских ханов и мурз, ассимилировавшись в России, дали потомство, которое уже трудно соотнести с прежними азиатскими корнями, но тем не менее Кутузов, Аксаков, Тимирязев, Аракчеев, Бердяев, Булгаков – фамилии, уходящие происхождением за пределы России.

Россия принимала таланты, смешивала их в своём огромном котле, в котором готовилось странное блюдо (наверное, тоже «варварское»), оказавшееся тем смешением языков, народов и культур, которое задолго до не-

давно почившей американской идеи монополярного мира было реальной заявкой на мировое доминирование. Возможно, именно поэтому к России обратились взгляды людей, заинтересованных в ином развитии мировых событий. Возможно, что именно по этой причине социалистическая революция произошла не во Франции и не в Германии... Русская идея монаха Филофея о Москве – Третьем Риме всё более внятно и основательно близилась к осуществлению. И Русско-турецкая война 1877–1878 гг., как кажется, должна была послужить именно этому...

«Обломок эпохи Возрождения»

Сальваторе Тончи приехал в Россию в середине 1790-х годов вместе с бывшим польским королём Станиславом Понятовским, увидевшим его при папском дворе и покорённым музыкальным дарованием и вокалом художника. В начале XIX века Тончи женился на дочери известного мистика и масона князя И.Гагарина, став «...светилом всех московских клубов и другом Ростопчина и всех князей и графов». Художник быстро стал популярен в высшем обществе. Его живописное дарование было высоко оценено, среди портретируемых Тончи были не только первые лица государства из аристократических фамилий, но и царственные особы. Он оставил изображения Павла I, А.Суворова, императрицы Елизаветы Алексеевны, А.Безбородко, А.Чартовыского, Ф.Ростопчина, П.Цицианова, Д.Волконского, Н.Демидова, И.Гагарина, Г.Державина...

Несмотря на то, что Тончи прожил в России всю дальнейшую жизнь и более никогда не бывал в Италии, он так и не выучил языка своей новой страны – лица, с которыми он общался, изъяснялись с ним на любом известном ему наречии, кроме русского. Впрочем, имя художника жители Москвы, в которой он прожил оставшиеся годы, всё равно русифицировали. Он стал Николаем Ивановичем Тончим.

Сальваторе Тончи «...представлялся на дальнем севере каким-то обломком эпохи Возрождения»: он сочинял стихи, исполнял инструментальные и вокальные пьесы, пленял собеседников остроумием и красноречием.

«Живописец-философ»

Так написал о нём Г.Державин, посвятивший мастеру одной из своих стихотворений.

Тончи слыл среди своих собеседников большим оригиналом, имеющим собственную философию. Несколько пессимистическая и фаталистическая концепция жизни художника, напоминавшая о субъективно-идеалистической философии английского мыслителя Дж. Беркли, состояла в том, что Тончи считал всё происходящее – призрачным, полагая, что на самом деле в мире нет ничего ни существенно-действительного, ни прошедшего, ни будущего, а «...всё, что есть – не что иное, как ничто». Сам человек в системе Тончи – призрак, тень, которой только мерещится происходящее вокруг. На самом же деле в мире не происходит совершенно ничего – все явления – суть лишь иллюзии, в том числе, разумеется, и искусство живописи.

Но кредо художника потерпело фиаско, вступив во взаимодействие с реальностью; его философия не выдержала испытания действительностью, обнаружив под маской оригинала растерянное лицо испуганного человека, забывшего о том, что жизнь – «всего лишь иллюзия». Нашествие Наполеона Бонапарта, бывшего тогда ещё и королём Италии, повергло Тончи в сильную тревогу. Он словно позабыл о том, что «всё, что ни есть – не что иное, как ничто». Художник не на шутку испугался. Он считал, что теперь его как итальянского подданного итальянский король непременно расстреляет. Жизнь как иллюзия, заканчивающаяся иллюзорной же, но всё-таки смертью, его совершенно не устраивала. Игривая философия, пригодная для светских гостиных, оказалась несостоятельной ввиду реальной угрозы. Впрочем, была ли эта угроза действительно реальной? Скорее всего, психопатологическая симптоматика мастера уже тогда начала проявлять себя, приняв вид формирующегося персекуторного бреда: едва ли Наполеон ставил перед собой цель вендетты в отношении итальянского эмигранта. (О страхах безумца, считающего, что французский император пришёл в Россию именно за ним, написал Б.Окуджава в романе «Свидание с Бонапартом»).

Иллюзия иллюзии

Зарницы бредовой настроенности психики Тончи кристаллизовались в депрессивно-параноидную симптоматику после нескольких трагических эпизодов его жизни, тоже связанных с военными дей-

ствиями. В 1812 г. Тончи, так и не научившийся говорить по-русски, оказался на подозрении не то у крестьян, не то у казаков, принявших его за наполеоновского шпиона; но, к счастью, случайно оказавшийся рядом знакомый художника, известного всей Москве, вызволил его из беды. Однако за этим злоключением последовала суицидальная попытка Тончи, совершённая, по-видимому, в состоянии депрессивно-параноидного содержания: художник попытался зарезаться, опасаясь дальнейших (разумеется, мнимых) преследований со стороны окружающих. Впервые столкнувшись с иллюзией бреда, он не смог не отнестись к ней как к реальности, начисто забыв о своей философии, уподобляющей жизнь иллюзии. Ведь если жизнь – иллюзия, то что тогда психопатология – иллюзия иллюзии, копия несуществующего предмета? Тут нетрудно было запутаться: постмодернизм, ищущий чёрную кошку в тёмной комнате и не замечающий, что не существует ни кошки, ни самой комнаты, не был обиходом интеллектуалов XIX века.

Существует версия о том, что Тончи, живший в период наполеоновского нашествия в доме Ростопчина, стал свидетелем расправы толпы над М.Верещагиным, описанной в романе Л.Толстого «Война и мир». Если Тончи действительно стал свидетелем самосуда, то неудивительно, что его психика и без того напряжённая в отношении темы измены и предательства, сдвинулась с круга, уйдя за пределы разума. По счастью, временно.

Сам Тончи сказал об этом так: «Может быть, провидение хотело доставить мне случай написать прекрасную поэму... Я находился между жизнью, смертью и вечностью... Я видел минуты, в кои должны были слиться эти три капли: жизнь, смерть и вечность!»

Философия Сальваторе Тончи, пройдя тяжёлые испытания, претерпела существенные изменения. Теперь художник уже не считал, что существует только настоящее – он увидел преемственность Времени в его развитии.

После этих событий заметно изменились характер и образ жизни Сальваторе Тончи. Теперь его характер стал более замкнутым, он сторонился светских раутов, предпочитая им более узкий, почти домашний круг немногочисленных близких приятелей, часто не обременённых регалиями и титулами его бывших собеседников.

«Воображения его чудесны»

После Отечественной войны 1812 г. Николай Тончи, поселившись у Красных ворот в Запасном царском дворце, стал преподавателем в Архитектурной школе Москвы, одновременно участвуя в восстановлении Кремля. Несколько позже он почти прекратил занятия живописью, утратив к ней былой интерес. Живопись действительно в каком-то смысле иллюзорна по отношению к жизни, так как всего лишь воссоздаёт мелькнувшие образ, ситуацию, мысль или эмоцию, уходящие навсегда. Особенно, если живопись всего лишь талантлива, но, увы, негениальна: она не в состоянии создать новую реальность. Но сама жизнь – отнюдь не иллюзия, особенно, если она не выстроена по чужим лекалам и с оглядкой на мнение окружающих. Тончи понял это, и его жизнь радикально изменилась.

И с некоторых пор он вёл жизнь русского барина более интересующегося проявлениями реальной жизни, нежели своими философией или живописью. Ему стало важнее быть, а не казаться; не присутствовать на балах, а просто жить, получая удовольствие уже не от титула собеседника, ощущения собственной значимости и популярности в высших кругах общества – этих симулякров неподлинной жизни, но от содержания разговоров, часто весьма обыденного, и многочисленных эпикурейских радостей, гораздо более ощутимых, особенно если они не сопровождаются умничаньем об иллюзиях и призрачности человеческого бытия.

Не имея необходимости надевать на себя маску философа, Тончи стал гораздо более глубоким мыслителем, потому что прекратив суетиться и мелькать в светском обществе, он обрёл мудрость, спокойствие и здоровье.

Умер Н.Тончий в весьма почтенном возрасте. Эпитафию на его смерть написал Ф.Ростопчин, так и не понявший радикальных изменений, случившихся с художником и написавший строки, не имеющие отношения к человеку, которого не стало в Москве на 89-м году жизни: «Здесь покоится гений, который всю жизнь потратил на то, чтобы доказать, что всё ничто».

Игорь ЯКУШЕВ,

доцент Северного государственного медицинского университета. Архангельск.

Архивариус

От чуда можно рассвирепеть

Любопытное последствие имело одно удачное исцеление в Париже сто лет назад

Один француз к своим зрелым годам потерял зрение. Чтобы как-то кормиться, он располагался среди подобных себе на городском мосту и собирал милостыню. Благодаря щедрости прохожих просивший имел по 8-10 франков в день, чего ему вполне хватало.

Но однажды он вдруг почувствовал резкую боль в глазах, и ему пришлось отправиться к окулисту. Врач обнаружил у пациента катаракту и предложил тому сделать не-

сложную операцию по её удалению. В результате вполне успешных действий доктора он прозрел. Но счастья по поводу возврата из темноты к видению разноцветья мира больной не ощутил. Напротив, прозревший вместо излияния слов благодарности обрушил на своего спасителя грубые упреки. Претензии сводились к тому, что врач лишил его честного привычного заработка. Досада так обуяла бывшего слепого, что он чуть... не побил исцелителя.

Когда же пациент вышел из

клиники, ноги как-то сами собой понесли его к тому месту на мосту, которое на протяжении последних лет было за ним закреплено. Заставляя себя вернуться к прежней деятельности слепца ему не пришлось. Ежедневно изображая незрячего инвалида, новоявленный артист ещё долгие годы обманывал парижан, протягивая в их сторону пустую ладонь.

Татьяна БИРЮКОВА,
историк.

Фото Максима ЛУНЬКОВА.



«Каково это – каждое утро переступать порог научного центра, который носит имя самого дорогого тебе человека?» – с этого вопроса началась наша беседа с представителем врачебной династии – директором НИИ ревматологии РАН им. В.А.Насоновой, академиком РАН Евгением Насоновым – сыном академика Валентины Александровны Насоновой...

– Конечно же, входя в Институт им. В.А.Насоновой, я каждый раз испытываю волнение: невольно подступают воспоминания, как мы с мамой в течение 12 лет каждое утро, рука об руку вместе направлялись на работу... Вспоминаю, как долго обсуждали, нужно ли передавать детище, которое она создавала многими годами, сыну. Решение было трудным и для неё, и для меня.

– Евгений Львович, как бы вы характеризовали современные научные представления о природе ревматологии?

– Ревматические болезни стоят на третьем месте среди причин, приводящих к инвалидности. Они, пожалуй, уступают лишь кардиологическим и онкологическим заболеваниям. По данным статистики, каждый десятый россиянин страдает ревматизмом, один из десяти становится инвалидом. И, естественно, перед специалистами центра остро стоят вопросы: как сохранить трудоспособность, здоровье нации? Как обеспечить эффективность финансирования медицины? Каким должна быть система подготовки высококвалифицированных специалистов для отрасли? И ещё, ещё...

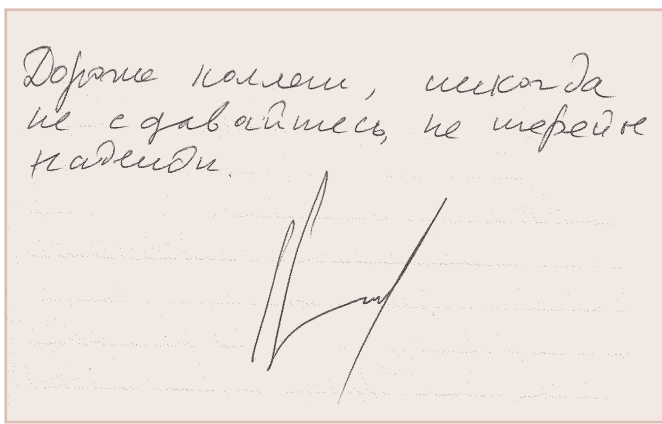
Нельзя забывать: у того же ревматоидного артрита нет возраста, им страдают и маленькие дети, и молодёжь, и люди преклонного возраста. Недуг коварен. Он заметно сокращает продолжительность жизни, сопровождается болями, резко ухудшая качество жизни. Базисные препараты позволяют управлять течением болезни, но не излечивают её. Болезнь ложится тяжёлым бременем на экономику общества...

Успехи науки и практики очевидны. Ежегодно в нашем центре лечебно-диагностическую помощь получают более 45 тыс. человек из всех регионов России. На вооружение медиков поступают новые высокотехнологичные методы диагностики и лечения. Рассчитываем, что нашей работе поможет создание регистра пациентов.

– Какие уроки наставника служат ориентирами в сегодняшней вашей деятельности?

– Подлинный гуманист, умелый организатор науки, талантливый учитель – эти её качества отмечаем, что трудился рядом с В.А.Насоновой, основателем российской ревматологии. И ветераны, тот же профессор Яков Александрович Сидигин, который пришёл в институт в 1957 г. вместе с ней, и те, кто позднее, под её руководством занимался развитием отрасли. Вспоминают как великодушного врача, с невероятным состраданием к пациенту. Говорят о постоянной самоотдаче...

И ещё. Она очень хорошо смотрела больных. Умела, не жалея



Евгений НАСОНОВ:

Творческое долголетие – это работа, работа и работа

времени, слушать и задавать вопросы. Присутствующие при обходах врачи понимали: умение расспрашивать – это талант... Очень жаль, сегодня он встречается далеко не часто. Нынешний медик поставлен в такие шоры, что ему не остаётся времени на общение с больным.

Хотел бы подчеркнуть. Несмотря на колоссальные достижения медицины, по-прежнему очень важен не столько осмотр, сколько «расспрос» больного. В процессе активного разговора перед доктором глубже раскрывается портрет пациента, что его беспокоит. Мудрая Валентина Александровна в совершенстве владела искусством общения с окружающими людьми. Не случайно она оказалась единственной женщиной, что был избран президентом Европейской противоревматической лиги.

Что касается сегодняшних забот... Коллектив института нацелен на раннюю диагностику недуга, использование эффективных методов лечения. При этом мы стремимся превратить пациентов в союзников лечащего врача. Ряд проектов направлен на повышение профессиональной деятельности медсестёр, внедрили дистанционное последипломное образование в онлайн-режиме для ревматологов...

– Лев Ландау как-то едко заметил: жрец науки – это тот, кто жрёт за счёт учёной братии...

– Наука опережает реальную клиническую практику. Мы не оправданно большое значение придаём лекарственным препаратам. Они серьёзно влияют на выживаемость... И всё же, считаю, нам всем надо вернуться к интегральному подходу к пациенту. Больной редко имеет только ревматический недуг. Чаще него букет проблем – нелады с сердцем и пр. Вот почему врачи так рассчитывают на успехи персонифицированной медицины.

– Слагаемые творческого долголетия... Что заставляет человека раньше времени сходиться с дистанции? Приходилось слышать: когда гибнет ум, виновен не износ, а чаще –

ржавчина от неупотребления. Вы согласны с этим?

– Черчилль как-то признался: «Своим долголетием я обязан спорту. Я им никогда не занимался»... Достойный английский юмор, согласитесь! Если же вы хотите знать моё мнение, то я убеждён: творческое долголетие – это работа, работа и работа. Помните реплику Эйнштейна? В ответ на признание: мол, вы умнее других, он парировал: «Я не умнее других. Я просто работоспособнее».

Валентина Александровна была фантастически работоспособна. Я унаследовал от неё усидчивость. И это, полагаю, помогает мне уберечься от старческого слабоумия и других недугов. Постоянный труд – физический, умственный – не могут заменить никакие лекарства. Мама много читала – на русском, английском. До последнего дня писала статьи – от руки, великолепным почерком. Ценила юмор. В последние свои годы, когда ей было далеко за 80, она не могла заснуть, пока не разгадает 3-4 кроссворда...

– Есть обойма негативных качеств, кажется, их семь согласно религии – гордыня, алчность, гнев и т.д. От каких из них вы стараетесь избавиться?

– Любимый мной американский кинорежиссёр, актёр-комик Вуди Аллен как-то вздохнул: «Знаю за собой недостаток – иногда забываю шляпу, уходя из гостей...»

Если говорить о моих недостатках, то, пожалуй, мне порой не хватает силы воли настоять на своём. Директор института должен совмещать в своём стиле руководства разумную жёсткость и доброжелательность. У меня превалирует последнее – доброжелательность. Сначала стремлюсь человека попросить. В нашем жёстком мире это порой оборачивается нежелательным бумерангом...

Будучи трудоголиком, я не анахорет, не чуждаюсь общения с другими. Ценю хорошую компанию, добрый бокал вина, интересные беседы... При этом знаю в себе главное качество – ответственность перед своей

специальностью. Уверен: ревматолог – одна из центральных фигур в нынешней медицине.

– Продолжается ли профессиональная семейная традиция?

– Дочь окончила медицинский институт, но в настоящее время по семейным обстоятельствам не занимается врачебной работой, в этом отношении очень надеюсь на внука... Должен заметить: в минувшие десятилетия профессиональная преемственность учителя – ученика была более развита. Не без грусти, прихожу к выводу: найти преемника, создать свою школу – это и чудо, и удача...

– Что вы цените в окружающих людях? Что не прощаете?

– Готов простить всё, осознавая кучу своих недостатков. Ценю в людях энтузиазм – не напускной, дешёвый, а именно – преданность выбранному делу, науке, врачебной профессии.

– Что вы думаете о старении человека?

– Старость неизбежна. Проблема для каждого. Особенно для тех, кто соприкоснулся с суставными неприятностями и сопровождающими их болями. Вместе с коллегами мы уточняем свои рекомендации по применению нестероидных противовоспалительных препаратов. Однако универсальных, безопасных для организма препаратов пока нет. А это определяет качество жизни. Невольно вспомнишь Шиллера: «Лучше ужасный конец, чем ужас без конца».

Мы в институте научились продлевать жизнь наших тяжёлых пациентов на 10-15 лет... Серьёзные успехи имеются в области протезирования.

Нельзя забывать о роли специализированной помощи. Противоревматическая служба, включающая в себя сеть кабинетов, созданных ещё в послевоенное время, кадры, работала очень эффективно. Благодаря ей мы сумели побороть острую ревматическую лихорадку как основную причину порока сердца... Понимание значения такой службы, к сожалению, поколеблено. Здесь

нам предстоит ещё работать и работать.

– Что интересует трудоголика во вне рабочее время? Увлечения для души?

– Много лет не бывал в отпуске. Накопилось чуть ли не 500 отпускных дней. Отвык отдыхать в привычном значении этого понятия. Конечно, это не есть хорошо.

Ещё со школьной скамьи собираю крылатые слова, афоризмы. Меня привлекают люди, умеющие ёмко, лапидарно выразить то, что их волнует. Такими родниками для меня являются Шекспир, Блейк, конечно же, Пушкин, Лермонтов, Гумилёв, из современников – Бродский. Мастерами афоризмов были Наполеон, тот же Черчилль.

В чём-то прав мудрый Паскаль: все афоризмы создали древние греки и римляне. Мы же их повторяем...

– Ваше отношение к нынешнему увлечению так называемыми ремейками?

– Для меня, врача, это какая-то форма патологии, дефолт в мозгах. Бизнес, грубый, пошлый. И не захочешь – повторишь Игоря Северянина: «Конечно, век экспериментов / Над нами – интересный век... / Но от щекокущих моментов / Устал культурный человек. / Мы извращением обуюны...»

– Спорт в вашей жизни? Режим дня?

– В молодости я увлекался спортом и даже собирался поступать в Институт физкультуры. Играл в футбол, волейбол, большой теннис. Много плавал. Конечно, это создало хорошую базу для того, чтобы справляться с перегрузками в работе.

Не привередлив в пище. Мало ем: один раз в день. Утром мне хватает стакана чая. Полагаю, что устоявшиеся представления, каким должно быть наше питание, несут индивидуальный характер. У каждого человека свои нюансы. Я вот привык так...

Стараюсь, насколько возможно, больше двигаться. Без крайней необходимости не пользуюсь машиной. Предпочитаю ходить пешком. Кстати, мама в этом была примером для меня. Каюсь, но не сумел побороть пагубной – принимаю – привычки к курению. Но для меня это вопрос сохранения работоспособности... Кто-то из мудрых справедливо посоветовал: «Не надо заменять медицину моралью...»

– Памятный афоризм о профессии?

– На лекциях, которые читаю, нередко вспоминаю едкие, но справедливые слова Марка Твена: «Удивительно, как мало вреда приносят врачи, если иметь в виду их возможности...»

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

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

Материалы, помеченные 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, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В.МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

Справки по тел.: 8-495-681-35-67, 8-495-608-86-95. Рекламная служба 8-925-437-53-98.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, 5-й этаж, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 3010181040000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 14-12-00398
Тираж 31 185 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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.