

Медицинская

14 сентября 2016 г.
среда
№ 69 (7689)

Газета®

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

События

На новый уровень

В Чебоксарах состоялось открытие хирургического корпуса Республиканского клинического онкологического диспансера



В мероприятии приняли участие министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, пребывавшая в Чувашской Республике с рабочим визитом. Она поздравила жителей республики с открытием нового объекта здравоохранения, поблагодарила работников лечебного учреждения за результативную работу.

— Появление хирургического корпуса, который позволит на новом уровне проводить высокотехнологичные операции, это, конечно, огромный вклад в общий результат лечения больных, — сказала В.Скворцова. — В России увеличивается количество людей старше трудоспособного возраста, следовательно, будет расти и число онкологических заболеваний. Поэтому необходимо не останавливаться на достигнутых результатах, а

В.Скворцова открывает новый корпус

развиваться дальше. К 2018 г. у нас появятся новые таргетные аппараты против таких метастазирующих злокачественных опухолей, как меланома, рак лёгкого определённых видов. Мы будем развивать ядерную медицину. Нам нужно иметь несколько точек по стране протонной, ионной терапии, которая фактически могла бы точно выжигать опухоли очень маленьких размеров 1-2 мм. Чувашия достойна стать площадкой для инновационного развития онкологии.

Глава Чувашии Михаил Игнатьев выразил слова благодарности Веронике Скворцовой и отметил, что в развитии здравоохранения республики, создание комфортных условий для врачей и пациентов вкладываются большие средства.

Благодаря этому растёт удовлетворённость населения качеством оказываемых медицинских услуг. Михаил Игнатьев отметил, что для Чувашской Республики открытие хирургического корпуса — это значимое событие. Он подчеркнул, что для создания комплексной, благоприятной среды для оказания медицинской и психологической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями проведена большая работа. А благодаря увеличению мощностей Республиканского клинического онкологического диспансера количество оперативных вмешательств возрастёт с 7 до 12 тыс. в год.

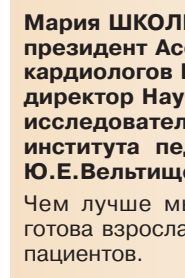
(Окончание на стр. 2.)



Дмитрий ДМИТРИЕВ,
главный врач Российского
геронтологического центра:

Мы обязаны стремиться сохранить возрастным пациентам высокое качество активной жизни.

Стр. 5



Мария ШКОЛЬНИКОВА,
президент Ассоциации детских
кардиологов России,
директор Научно-исследовательского клинического
института педиатрии им.
Ю.Е.Вельтищева:

Чем лучше мы работаем, тем менее готова взрослая сеть принимать наших пациентов.

Стр. 11



Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор:

Учить, лечить и делать науку можно только в условиях классической университетской клиники.

Стр. 12

Проекты

Ответственность за нападения на врачей

Министерством здравоохранения РФ размещено для общественного обсуждения уведомление о разработке проекта федерального закона об ужесточении ответственности за нападения на медицинских работников. Проект подготовлен по прямому поручению министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой.

В настоящее время причинение вреда здоровью в отношении лица или его близких в связи с осуществлением данным лицом служебной деятельности или выполнением общественного долга является в соответствии с уголовным законодательством отягчающим обстоятельством. Однако это касается лишь случаев причинения тяжкого вреда здоровью. В то же время иной правовой режим действует в отношении причинения вре-

да здоровью представителей власти, наказание за которое может достигать до 10 лет лишения свободы.

Законопроектом предлагается дополнить составы преступлений, предусмотренных статьями 112, 115 и 116 Уголовного кодекса РФ квалифицирующим признаком — если данные деяния совершены в отношении медицинских работников. Санкции при этом будут приравнены к санкциям за нападение на представителей власти.

«Важно помнить, что причиняющий вред медику причиняет вред не только ему, но и пациентам. Те, кто препятствуют выполнению благородной миссии медицинских работников, должны понести заслуженное наказание», — отметила министр здравоохранения РФ В.Скворцова.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Перемены

Сестра — анестезист

В Москве стартует пилотный проект по подготовке медицинских сестёр-анестезистов. Программа среднего медицинского образования в этом году позволит учащимся расширить свои знания по курсу «Анестезиология и реаниматология».

Выпускник столичного медицинского колледжа или училища 2017 г. сможет приступить к работе сразу после окончания образовательного учреждения на основании полученного сертификата, в то время как раньше на это уходило от 3,5 до 4,5 месяцев. Встреча, на которой присутствовали более 400 учащихся

столичных медицинских колледжей и училищ, прошла накануне в городской клинической больнице № 1 им. Н.И.Пирогова Департамента здравоохранения Москвы.

Об особенностях профессии студентам старших курсов медколледжей Москвы рассказал главный специалист по анестезиологии-реаниматологии Департамента здравоохранения Москвы Денис Проценко. В обязанности медицинской сестры-анестезиста, имеющей соответствующую подготовку по специальности, входит организация рабочего места к проведению анестезии, а также работа в операционной в плановом

порядке и в экстренных ситуациях. Иными словами, работа в четыре руки с врачом-анестезиологом.

Вариативная часть программы среднего профессионального образования появилась в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 «Об образовании в Российской Федерации». Она определяется каждым регионом самостоятельно (это около 30% от всей программы). Обязательная же часть составляет не менее 70% от общего объёма времени. Данный компонент программы позволяет выпускнику медколледжа приобрести дополнительную специальность, которая сделает его более востребованным.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Cito!

Москва.



МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ



ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

С расчётом на климат
Кольского Севера

Парк санитарных автомобилей, состоящих на «службе» у здравоохранения Кольского полуострова, пополнился восемью транспортными единицами, что уже через месяц поднимет доступность медицинской помощи. Примерно столько времени понадобится для прохождения процедуры регистрации специализированным «авто» класса «С» и класса «В» – «форду» и «газелям», прежде, чем поступить для перевозки пациентов, нуждающихся в терапии или изоляции по медицинским показаниям, в Мурманскую областную станцию скорой медицинской помощи, Мурманский территориальный центр медицины катастроф и Печенгскую центральную районную больницу.

За руль большинства новеньких машин, которые приобретены за средства федерального бюджета, сядут водители «скорой». Таким образом, потребности областной службы «03» в необходимой ротации санитарного транспорта теперь полностью покрыты.

Как сообщил «Медицинской газете» директор государственного областного бюджетного учреждения «Подразделение транспортного-хозяйственного обслуживания» Минздрава Мурманской области Дмитрий Шахов, поставленная санитарная колёсная техника укомплектована полным комплектом оборудования для проведения лечебно-диагностических и реанимационных мероприятий. К достоинству технической конструкции «обновок» специалисты относят автономный подогрев двигателя и автономное отопление медицинского салона. В суровых климатических условиях Кольского Севера эта дополнительная опция имеет существенное значение.

Владимир КЛЫШНИКОВ.

Мурманск.

В чрезвычайной ситуации

В связи со сложившейся чрезвычайной ситуацией, вызванной прохождением тайфуна «Лайонрок», все медицинские организации Приморского края, находящиеся в районе паводка, работают в усиленном режиме. Как сообщает директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, во всех учреждениях имеется достаточный запас необходимых лекарственных препаратов, медицинских изделий, дезинфицирующих средств. Сбоев в электроснабжении нет.

По поручению министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой в регион спецбортом ФМБА России доставлены дополнительные объёмы вакцин. Сформированы 72 медицинские бригады для проведения иммунопрофилактики населения подопленных территорий. Для оказания содействия региональным коллегам в вакцинации населения от гепатита А, дизентерии и брюшного тифа в регионе развёрнут мобильный госпиталь ФМБА России.

На текущий момент провакцинировано более 3500 человек.

Алексей ПИМШИН.

Москва.

Автобус здоровья

У жителей ямалского города Муравленко появилась возможность пройти скрининг и узнать основные показатели своего здоровья благодаря выездному мероприятию, организованному командой специалистов окружного Центра медицинской профилактики.

Абсолютно бесплатно, с минимальными временными затратами любой желающий сможет пройти профилактическое обследование, посетив передвижной медицинский комплекс «Мобильный центр здоровья». Здесь жители Муравленко пройдут компьютеризированный скрининг сердца; спирометрию, пульсоксиметрию, биоимпедансометрию, а также экспресс-оценку уровня холестерина и сахара крови. Время обследования человека составляет, в среднем, 20-25 минут. По окончании каждый обследуемый получит консультацию терапевта с учётом выявленных рисков и индивидуальных показателей здоровья.

Напомним, что в текущем году «автобус здоровья» уже побывал в Ноябрьске, Новом Уренгое, Пангодах, Ягельном, Правохеттинском и других населённых пунктах, где в общей сложности было обследовано более тысячи человек.

Юлия РОМАНОВА.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Врач — опасная профессия

Как сообщает Следственный комитет России, жителю Подмоковья, который обвиняется в избитии врача-рентгенолога центральной районной больницы в городе Орехово-Зуево, утяжелили обвинение. Его действия рассматривают теперь как покушение на убийство.

«Изначально органами внутренних дел уголовное дело было возбуждено по статье «Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью». Вместе с тем, следствие установило в действиях А.Мироненко состав более тяжкого преступления и сегодня ему предъявлено обвинение в покушении на убийство», – говорится в релизе правоохранительного ведомства.

Конфликт, который закончился нападением на врача, произошёл 30 августа 2016 г. На приём к лаборанту-рентгенологу пришла очередная пациентка, которой не понравилось, что её не хотят принимать без очереди. В результате, она позвала в медицинский кабинет брата, который жестоко избил врача.

Алексей ПАВЛОВ.

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

События

На новый уровень

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Строительство хирургического корпуса начато в 2012 г., общая площадь нового объекта составляет более 16 тыс. м², это 6 этажей, не считая подвальных и технических ярусов, кроме того, новый корпус соединён с существующими диагностическим и радиологическим корпусами онкологического диспансера двумя тёплыми надземными переходами. Стоимость строительства объекта составила 872,1 млн руб., в том числе за счёт средств федерального бюджета 363,5 млн, за счёт средств республиканского бюджета Чувашской Республики 508,6 млн.

В новом корпусе развёрнуты три онкохирургических отделения (торакоабдоминальное, торакальное и абдоминальное). В составе корпуса предусмотрены следующие основные функциональные зоны: отделение приёмного покоя, палатные отделения, отделение реанимации и интенсивной терапии, операционный блок, отделение реабилитации, центральное стерилизационное отделение. Операционные оснащены системой видеофиксации изображения и возможностью передачи данных по сети Интернет, что позволяет в режиме реального времени консультировать сложных пациентов с Российским онкологическим научным центром им. Н.Н.Блохина и организовывать на базе диспансера хирургические мастер-классы и образовательные



Здание онкологического центра

проекты. Уникальным стало реабилитационное отделение, работа которого позволит достичь наилучших функциональных результатов лечения и улучшить качество жизни пациентов после проведённого лечения.

– Прекрасное операционное оснащение, начиная с того, что в осветительные приборы встроены видеокamеры, позволяющие консультантам передавать видеоизображение операции. Встроена в систему операционных и экстренная лаборатория, которая позволяет по ходу операции уточнять характер опухоли, её добро- или злокачественность и, таким образом, фактически влиять на тактику операции. Этаж реанимации – фан-

тастический. Здесь самые современные мониторинговые системы, центральная станция, которая позволяет видеть и показатели жизненно важных функций каждого больного. Реабилитация, которая начинается в реанимации, – это международный стандарт, – констатировала министр. – Всё, что современная онкологическая медицина имеет – есть в этом центре. Мы видим блестящие перспективы для развития онкологического центра с появлением методик ядерной медицины и развитием онкофармакологии, уже персонализированной.

Анна АЛЕКСАНДРОВА.

Чувашская Республика.



Праздник в разгаре

Современные технологии

Предупреждая тяжёлое поражение

Омские кардиохирурги умело используют новейшую аппаратуру

В сосудистом центре Омской областной клинической больницы проведена первая операция по новому методу – 3D-моделирование сосудов сердца.

Ангиопластикой со стентированием коронарных артерий, предупреждая тяжёлое поражение миокарда, в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения этой клиники занимаются уже 3 года. Со стороны это просто: больному с острым коронарным синдромом в участок артерии, суженный атеросклеротической бляшкой, устанавливают стент, расширяющий сосуд, и нормальное кровообращение в нём восстанавливается. Такие операции проводятся с помощью коронарографии, когда в артерию вводится катетер с датчиком и на мониторе становится видно, какой именно её участок требует восстановления. Да вот беда: раньше увидеть атеросклеротическую бляшку можно было лишь в плоскостном изображении, а вот какие у неё протяжённость и объём, определялось, скажем так, на глазок. Что в некоторых случаях стало, как говорится, аукаться: начиналось сужение установленных стентов, а то они и вовсе закрыва-



Операция по новому методу

лись и больного вновь приходилось оперировать.

Теперь ситуация коренным образом изменилась с внедрением 3D-моделирования сосудов сердца при помощи оптического когерентного томографа, приобретённого Омской областной клинической больницей для сосудистого центра. Новейшая аппаратура позволяет увидеть сосуды в режиме реального времени и во всех ракурсах, а значит, хирурги могут точно определить объём и степень их поражения атеросклеротическими

бляшками. И подобрать именно тот стент, который не даст развиваться повторному сужению сосуда, полностью покрыв бляшку.

Омск стал вторым городом в Сибирском федеральном округе, где внедрились в практику 3D-моделирование сосудов сердца. Раньше этот метод применяли только в Новосибирском НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

ОМС: реальность и перспективы

Опрос:
кто пользуется полисом?

Его представил Всероссийский центр изучения общественного мнения

Пресс-конференция на тему «Обязательное медицинское страхование: проблемы и решения глазами россиян», где были представлены результаты нового исследования ВЦИОМ, посвящённого отношению россиян к современной системе здравоохранения, прошла в Москве.

Как отметил руководитель отдела по работе с органами власти Управления социально-политических исследований ВЦИОМ Кирилл Родин, по телефону было опрошено 1200 человек от 18 лет и старше из 9 федеральных округов РФ. Полученные данные свидетельствуют: 77% опрошенных когда-либо обращались за бесплатной медицинской помощью по ОМС. 14% хорошо знают свои права пациентов в рамках ОМС, но 63% имеют об этом только общее представление. Получается, что почти каждый пятый гражданин России полисом ОМС вообще не пользуется.

По оценкам опрошенных, основными проблемами здравоохранения являются недостаточный уровень подготовки врачей (47%), неполная оснащённость больниц современным оборудованием (39%) и недостаточное финансирование отрасли в целом (30%). Реже всего в числе острых проблем говорилось о неэффективной работе страховых компаний – всего 5%. Треть опрошенных лично или на примере близких сталкивались с врачебными ошибками, но только каждый седьмой обратился в страховую компанию с жалобой на некачественно оказанную ему медицинскую услугу.

В поддержку же создания в системе ОМС органа страховых представителей с июля 2016 г., по данным ВЦИОМ, высказалось 82% опрошенных. Однако эффективность их работы в плане повышения уровня медицинских услуг респонденты оценили с осторожностью – половина опрошенных считает, что оказание врачебной помощи при этом не улучшится.

Как заявил в ходе дискуссии спикером заместитель директора Финансово-экономического департамента Минздрава России Пётр Кузенко, введение института

страховых представителей в системе ОМС позволит решить сразу несколько вопросов в медицинском обслуживании населения. По его мнению, главными функциями этого института станут повышение информированности граждан, защита пациентов, взаимодействие с лечебными учреждениями для грамотного ведения больных.

П.Кузенко поддержала ведущий научный сотрудник Центра финансов здравоохранения Научно-исследовательского финансового института Министерства финансов РФ Любовь Мельникова, предложив расширить полномочия страховых компаний, но при этом сделать более жёстким государственный контроль за всей системой медицинского страхования.

Председатель Международного комитета «Движение против рака» Николай Дронов заявил, что необходимо разграничить компетенцию ОМС и остальных добровольных видов страхования, чтобы нашему пациенту не пришлось платить за медицинские услуги дважды. Но для этого необходимо выработать соответствующий юридический и правовой механизм.

Заведующий лабораторией проблем информационного и правового обеспечения здравоохранения Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Андрей Рогозин считает, что на сегодняшний день в программе государственных гарантий нет принципов доказательной медицины. И в связи с этим в рамках ОМС оплачиваются как эффективные, так и не очень качественные виды лечения. Но во всём мире страховщик оплачивает только те виды лечения, чья эффективность доказана. Понятно, что так будет лучше как для пациента, так и для бюджета страны.

Необходимо усилить связь работы лечебных учреждений и их финансирования – этот вопрос беспокоит генерального директора Института региональных проблем Дмитрия Журавлёва. Если этого не сделать, считает спикер, всё может вернуться к советской модели здравоохранения, которая всех устраивала, но была очень дорогой и не всегда системной.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Кстати

Заплати за себя сам!

«Граждане трудоспособного возраста, не работающие официально, должны сами платить взносы в систему обязательного медицинского страхования», – заявила спикер Совета Федерации Валентина Матвиенко.

По её словам, речь идёт о россиянах, которые «находятся в трудоспособном возрасте, прекрасно себя чувствуют, естественно где-то работают, потому что они не могут жить без средств существования, но при этом не считают необходимым перечислять взносы в систему ОМС.

Матвиенко полагает, что неработающие граждане трудоспособного возраста должны встать на налоговый учёт и сообщать о своих доходах. Таких граждан необходимо выявить и обязать их вносить ежемесячно платежи в том объёме, в котором оплачивают за них медицинскую помощь бюджеты субъектов Федерации.

«В процессе урегулирования проблемы оплаты медицинских услуг для неработающих граждан не должны нарушаться их конституционные права», – добавила спикер Совета Федерации. Также она заверила, что государство продолжит оплачивать медицинское обслуживание россиян, которые по разным причинам работать не могут, – пенсионеров и инвалидов.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Москва.

Подписка-2017

Началась подписная кампания

Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России началась подписная кампания на периодические издания на первое полугодие 2017 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2017».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;
32289 – на полугодие;
42797 – на год.

Физические лица могут подписаться на «МГ» и через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва, 129110.**

Справки по телефонам: (495) 608-85-44, 681-3596, 8-916-271-0813.

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

Кагры

Не в стенах обрётённой альма-матер, а в актовом зале Детской городской больницы № 22 Санкт-Петербурга состоялся ритуал посвящения в студенты первокурсников Медицинского колледжа № 1, поступивших на специальность «Сестринское дело». С использованием материальной базы именно этого ЛПУ пройдут без малого 4-годичное очно-заочное обучение 24 девушки, жительницы Колпинского района, – участницы первого и пока единственного в Санкт-Петербурге образовательного проекта, суть которого заключается в привлечении в отрасль земляков, прямо или косвенно уже связанных со здравоохранением. Сотрудников лечебных учреждений без медицинского образования, например, санитарок.

Образовательный проект
для неслучайных людей

В администрации Колпинского района «Медицинской газете» сообщили, что индивидуальная программа обучения в рамках проекта «заточена» на последующее обязательное трудоустройство выпускников в лечебно-профилактических учреждениях муниципального образования. Качественное обновление сестринского персонала больниц и поликлиник, расположенных в юго-восточном административном районе Санкт-Петербурга, за счёт притока новоиспечённых грамотных представителей среднего медицинского звена – и есть главная цель, пре-

следуемая уникальным проектом.

В церемонии вручения студенческих билетов и зачётных книжек участвовали глава Колпинского района Анатолий Повелий и директор колледжа, главный специалист по управлению сестринской деятельностью Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Ирина Бубликова. Члены муниципального совета Колпино всем молодым людям, выбравшим своим жизненным уделом медицину, вручили памятные подарки.

Владимир ВЕНИАМИНОВ.
Санкт-Петербург.

Инициатива

«Онкологический» поезд

Специалисты Воронежского областного онкологического диспансера провели консультативный приём всех желающих на территории Подгоренской врачебной амбулатории.

Более трёх часов маммологи, онкодерматологи, онкологи, гинекологи и рентгенологи проводили консультативные осмотры населения и анкетирование. В результате онкологического скрининга было выявлено 10 человек с подозрением на онкологию, которые получили направления на обследование в онкологический диспансер.

По словам главного врача воронежского областного клинического онкодиспансера Ивана Мошурова, профилактическая акция «Поезд

здоровья. Онкологический скрининг» представляет собой вспомогательный профилактический инструмент по раннему выявлению рака и не заменяет традиционную медицинскую помощь.

Проект «Поезд здоровья», реализуемый при поддержке Департамента здравоохранения Воронежской области, стартовал в 2015 г. Более 2,5 тыс. граждан уже прошли консультацию онкологов, у 43 из них выявлены онкозаболевания, и они получают лечение, ещё 221 человек с узловыми формами образований молочной и щитовидной желёз направлены на оперативное лечение.

Оксана КОЗЛОВА,
внешт. корр. «МГ».
Воронеж.

Ну и ну!

Подставной больной



Врача-офтальмолога Боготольской районной больницы суд признал виновным сразу по двум уголовным статьям. А причиной уголовного дела и суда стала взятка всего в 1 тыс. руб., которую вручил медику здоровый пациент за оформление больничного.

Житель Боготола обратился к офтальмологу районной больницы с просьбой оформить ему больничный. Хотя был абсолютно здоров. Как сообщается в материалах уголовного дела, окулист в ме-

дицинскую карточку здорового больного внёс запись о травме глаза. В регистратуре пациенту на основании этой информации выписали больничный, на котором вскоре появились подпись и личная печать врача.

Боготольский районный суд признал медика виновным. Теперь врачу придётся заплатить штраф в размере 20 тыс. руб.

Алексей ЛЕОНИДОВ.
МИА Сити!

Красноярский край.



По завершении заседания президиума Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам министр здравоохранения России встретила с журналистами. Вот что она рассказала:

– На президиуме рассматривались приоритетные проекты в области здравоохранения, – пояснила она. – Было выделено пять направлений, которые будут концентрированно реализованы в течение ближайших 2–3 лет, поскольку именно при их реализации мы планируем достичь новых позитивных показателей в повышении качества, доступности медицинской помощи, в улучшении демографии.

Первое направление – это снижение материнской и младенческой смертности, формирование в 27 регионах РФ трёхуровневой системы оказания помощи беременным женщинам, женщинам в период родов, после родов и новорождённым детям. Мы планируем в течение предстоящего периода времени внедрить 28 новых перинатальных центров. И не просто их открыть, а обеспечить хорошо подготовленными кадрами (более 3,4 тыс. человек) и встроить в систему оказания медицинской помощи в перечисленных регионах, изменив логику оказания медицинской помощи и на первичном, и на вторичном уровне. Это позволит нам в дальнейшем снизить материнскую и младенческую смертность не ниже чем на 11% в 2018 г. и сохранить более 1,4 тыс. детских жизней.

Мы также рассматривали второй проект – по повышению доступности медицинской помощи для жителей труднодоступных районов. Это 34 субъекта РФ, где проживают более 8 млн человек на существенном отдалении от межмуниципальных региональных центров. И среди них по анализу, проведённому Минздравом, около миллиона человек находятся в риске неполучения своевременной помощи, прежде всего речь идёт о скорой и экстренной специализированной медицинской помощи.

Поэтому предложено развивать вертолётную санитарную авиацию в этих районах. Нам нужно довести ежегодное количество вылетов с 17 тыс., как эта служба работает сегодня (это примерно 80% от всех вылетов на территории нашей страны), до 26 тыс. вылетов. Для этого необходимо создать дополнительно 34 вертолётные площадки и помочь регионам обеспечить закупку авиационно-технических услуг у соответствующих предприятий. Это позволит существенно нарастить, соответственно, число пациентов, которые будут в течение первых суток госпитализироваться при жизнеугрожающих состояниях и снизит летальность, спасёт не менее 6 тыс. жизней дополнительно.

Третье направление касается ликвидации дефицита участковых терапевтов и участковых педиатров в первичном звене здравоохранения по всей стране и существенно

В центре внимания

Пять главных направлений

Их назвала министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова



го повышения качества подготовки медицинских работников, врачей, прежде всего, и, соответственно, обеспечения необходимой квалификации. Для этого будет выстроена система непрерывного медицинского образования с использованием дистанционных модулей. Мы планируем уже на будущий год иметь 1 тыс. таких образовательных модулей, через год, в 2018 г. – 2 тыс., нарастить число тех врачей, которые находятся постоянно в этой федеральной системе непрерывного медицинского образования. Параллельно будет развиваться новая система допуска к профессиональной деятельности (это система аккредитации) и, фактически, мы на протяжении нескольких лет всех врачей должны провести через эту систему – аккредитацию, реаккредитацию. Важно отметить, что все образовательные программы, все аккредитационные тесты основаны на клинических руководствах и протоколах лечения больных, которые уже сейчас созданы, и на профессиональных стандартах при всех основных медицинских специальностях.

Четвёртый приоритетный проект посвящён развитию цифровых технологий в медицине, в самом широком смысле. Мы планируем поэтапно все медицинские организации – государственные и муниципальные – подсоединить к единой государственной информационной системе, что позволит внедрить электронный документооборот не только внутри отдельно взятого учреждения, но и между медицинскими организациями и сформировать на портале государственных услуг личный кабинет пациента «Моё здоровье». Также планируем для каждого гражданина создать такой кабинет, через который он сможет не только узнавать возможности получения

медицинской помощи, записываться к врачу, вызывать врача на дом, получать доступ к собственным медицинским документам, но и, естественно, оценивать уровень оказания ему медицинских услуг. Соответственно, с каждым годом будет увеличиваться количество активных пользователей системы. Этот проект мы осуществляем вместе с Министерством связи и массовых коммуникаций РФ, поскольку оно должно обеспечить широкополосную интернет-связь на всех территориях страны, там, где находятся медицинские организации. Это наш совместный проект.

Но этот проект имеет и другие направления. Прежде всего, это фактически в течение нескольких лет тотальное присоединение автоматизированных рабочих мест врача к единой информационной системе, что позволит ограничить писаную врачей и высвободить не менее 30% рабочего времени на непосредственную работу с больным. Это позволит иметь неограниченный доступ ко всем информационным базам, к электронной медицинской библиотеке, к системам помощи принятия решений и, кроме того, к возможности телемедицинских консультаций с соответствующими организациями – региональными, федеральными – необходимого профиля. Комплекс этих мероприятий, безусловно, скажется и на качестве оказания медицинской помощи, и на сроках ожидания, и на наличии очередей в медицинских организациях, то есть это комплексное улучшение уровня оказания медицинской помощи и ощущение партнёрства у пациента с медицинскими организациями. Для нас очень важно, чтобы упростилось взаимодействие каждого человека с медицинским сообществом, с медицинскими организациями, в том

числе, по многим направлениям дистанционно. Скажем, у нас есть отдельный показатель – снижение обращений за медицинскими документами, но, по идее, это должно быть резкое снижение, поскольку можно будет медицинские документы, необходимые выписки, справки получить через личный кабинет. И последнее направление, очень важное – это новый уровень контроля за государственными и муниципальными закупками лекарственных препаратов, переход на референтное ценообразование для государственных закупок лекарственных препаратов и таким образом уменьшение отклонений от референтной цены при закупках. Как сейчас показывают наши прогнозные расчёты, это позволит сэкономить достаточно большие ресурсы на увеличение охвата необходимыми лекарствами всех групп населения. Это пункт «а» в этом пятом направлении. А пункт «б» связан с введением маркировки лекарственных препаратов не только для прослеживаемости его пути от производителя к покупателю, но и уменьшения возможности продажи контрафакта и фальсификата.

За последние годы удалось резко, во много раз уменьшить количество фальсификата на российском рынке. У нас сейчас всего 0,01% фальсификата. Но даже если это касается одного больного, а мы ему не помогли, потому что он купил фальсифицированный препарат, то это полное безобразие. Поэтому наша задача – эту 0,01% превратить в ноль и, кроме того, убрать с рынка контрафакт. Предлагаются разные методы, но эти методы должны быть такими, чтобы любой покупатель с мобильного телефона мог фиксировать QR-код и проверить подлинность препарата, где он произведён и вообще проверить, что за серия проставлена на пачке.

Эти проекты очень тщательно отбирались, поскольку они позволяют действительно добиться эффективных результатов в ближайшем будущем. Журналистов интересовало, запланировано ли финансирование этих проектов в бюджете?

Прежде всего это перераспределение средств внутри государственной программы развития здравоохранения с концентрацией этих средств на тех приоритетах, которые наиболее значимы для получения результатов, – ответила Вероника Скворцова. – При этом определённые ресурсы, дополнительные, мы тоже просчитали. По теме развития санитарной авиации они были представлены, коллеги не возражали против этих данных,

теперь должно последовать окончательное решение председателя Правительства РФ и Президента.

Ещё один вопрос касался избияния врача, о котором недавно всем стало известно и этот случай, к сожалению, не первый. Будет ли министерство предлагать какие-то меры, чтобы подобное хулиганство никогда больше не повторялось?

– У нас есть законодательство, в соответствии с которым такие действия наказуемы, – пояснила она. – При этом есть отдельные статьи, которые касаются служащих, находящихся на рабочем месте. В том случае, если это безобразие происходит на рабочем месте, скажем, с полицейскими, было внесено специальное изменение в законодательство, где наказание становится существенно более жёстким. Поэтому мы сейчас вместе с Национальной медицинской палатой рассматриваем вопрос о том, чтобы и для врачей при исполнении своих служебных обязанностей мы выровняли норму с полицейскими. Что касается мнения министерства, естественно, оно должно защищать двухмиллионную армию своих медицинских работников, чем мы и занимаемся вместе с общественными профессиональными структурами и стараемся помочь в правовом плане медицинским работникам.

Следующий вопрос касался консультаций узких специалистов. Вероника Скворцова считает, что все интернисты (кардиологи, неврологи, пульмонологи и так далее) должны, действительно, принимать пациентов через терапевтов. Поэтому что сам пациент не всегда может правильно оценить своё состояние. Ему кажется, что болит сердце, а на самом деле он страдает из-за невралгии межрёберной, или люмбагии, или ещё чего-то. Поэтому терапевт обязан посмотреть, чтобы определить, стоит ли направлять обратившегося к неврологу или к кардиологу. Но есть специалисты, к которым можно записываться напрямую, и на этот счёт не существует никаких нормативных ограничений. Например, офтальмолог, стоматолог, уролог, гинеколог, травматолог – это те специалисты, к которым можно записаться самому пациенту. Сейчас Минздрав России рассматривает возможность вынести и некоторые обследования, на которые можно записаться сразу, без направления терапевта.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Решения

На заседании правительства Калининградской области была представлена стратегия развития здравоохранения на период до 2020 г.

Временно исполняющая обязанности руководителя регионального Минздрава Людмила Сиглаева отметила, что уровень рождаемости за последние 5 лет увеличился на 11,8%, естественная убыль населения уменьшилась в абсолютном выражении с 1455 человек в 2011 г. до 443 в 2015-м. В 2015 г. родилось почти на 1300 детей больше, чем в 2011-м. Потери численности населения существенно компенсировал миграционный прирост.

Также за последние 6 лет в ре-

Смелый взгляд в будущее

гионе сократилась смертность – с 14,2 до 13,2 на 1000 населения, продолжительность жизни постепенно увеличивается с 69,9 лет в 2011 г. до 70,58 лет в 2015. Как подчеркнула Л.Сиглаева, хороших показателей в 2015 г. по сравнению с 2014 в плане уменьшения смертности удалось достигнуть по таким направлениям, как болезни системы кровообращения, новообразования, туберкулёз, младенческая смертность.

«Очень важно укомплектовать первичное звено медицинскими кадрами с одновременным пре-

доставлением мер социальной поддержки, – сказала руководитель регионального Минздрава. – Помимо этого, мы активно занимаемся организацией службы неотложной помощи и созданием доврачебных кабинетов».

Разработанная стратегия предусматривает ликвидацию очередей в поликлиниках с помощью увеличения числа участковых терапевтов и педиатров, а также врачей офисов общей практики.

Запланировано строительство таких важнейших объектов инфраструктуры, как стационарные

отделения скорой медицинской помощи на базе городской клинической больницы скорой медицинской помощи и центральной городской клинической больницы, областной онкологический центр, центр паллиативной медицинской помощи на базе городской больницы № 2, три поликлиники в Калининграде, а также реконструкция корпусов инфекционной больницы.

«Реализация всех направлений стратегии позволит сделать медицинскую помощь доступной и качественной, увеличить сред-

нюю продолжительность жизни населения, – подытожила представление документа Людмила Сиглаева. – При этом мы рассчитываем на активное участие жителей в её реализации, на то, что они будут нести ответственность за своё здоровье».

Временно исполняющий обязанности губернатора региона Евгений Зиничев поручил держать на контроле демографические показатели, а также стремиться к тому, чтобы всё больше граждан получали высокотехнологичную помощь в Калининградской области, а не за её пределами.

Юлия ИНИНА.

Калининградская область.

Проблема охраны здоровья людей старшего возраста становится всё более актуальной для нашей страны. И не только потому, что растёт число пожилых и старых людей, но и потому, что общество и прежде всего органы здравоохранения осознали, что занимались проблемами пожилых явно недостаточно. Особенно это стало очевидно, когда Президент РФ В.Путин поставил задачу увеличить к 2018 г. среднюю продолжительность жизни до 74 лет. Нельзя сказать, что для решения важных вопросов сделано всё, но то, что отношение к ним за последние годы изменилось – это заметно. И прежде всего об этом свидетельствуют перемены, происходящие в Российском геронтологическом научно-клиническом центре – головном учреждении страны по вопросам геронтологии и гериатрии, на которое сегодня возложено решение научных, организационных, лечебных проблем. Сегодня мы беседуем с главным врачом центра кандидатом медицинских наук Дмитрием ДМИТРИЕВЫМ.

От Камчатки до Калининграда

– Дмитрий Геннадьевич, сегодня в нашей стране мало врачей, которые хотят заниматься такой тяжёлой специальностью, как гериатрия, поскольку лечить пожилых – дело нелёгкое, а то и неprestижное. Почему вы – квалифицированный уролог с 18-летним стажем работы на кафедре, кандидат медицинских наук, доцент, получив приглашение работать в центре, согласились?

– Я – выпускник Московского РНИМУ им. Н.И.Пирогова, с учёбой и последующей работой в котором были связаны более 20 лет моей жизни. Центр геронтологии сегодня – одно из ведущих клинических подразделений университета. Предложение работать здесь явилось для меня приглашением вернуться в родные стены. Весьма заманчивой представлялась возможность возобновить, в том числе, хирургическую деятельность, работая в многопрофильной университетской клинике.

– С чем столкнулись на первых же порах и каков круг обязанностей главного врача центра на современном этапе?

– Основная задача главного врача – организовать лечебный процесс в клинике максимально эффективно и удобно для пациентов и персонала. В учреждениях здравоохранения этой задаче подчинено перспективное и текущее планирование, кадровое и ресурсное обеспечение, контроль качества и анализ результатов работы. Отличие центра геронтологии в том, что лечебная работа – это только лишь одно из направлений деятельности: наша клиника является учебной и научной базой Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, а также головным организационно-методическим центром Минздрава России по вопросам гериатрии и геронтологии. Поэтому, обязанности главного врача в нашем центре должны учитывать все направления деятельности.

Роль центра в качестве университетской клиники определяет высочайший уровень кадрового состава: основной костяк наших врачей – это профессорско-преподавательский состав кафедр университета. Активная научная работа кафедр позволяет внедрять в клиническую практику новейшие медицинские технологии. На базе клинических отделений по заданию Минздрава России проводятся клинические апробации новых методов диагностики и лечения заболеваний.

Сегодня центр является уникальным учреждением гериатрического профиля в нашей стране. Статус федерального учреждения позволяет принимать на лечение граждан РФ, независимо от территории проживания – от Камчатки до Калининграда. Центр имеет долгую историю. Многие годы его возглавлял академик РАМН Владимир Николаевич Шабалин. Сегодня у нас директором главный геронтолог Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Ольга Николаевна Ткачёва.

Авторитетное мнение

Всё как молодым, только лучше

По такому принципу должна развиваться гериатрия

Зовут высокие технологии

– В чём специфика работы в геронтологическом центре?

– Прежде всего, контингент; это – пожилые люди, которые требуют особого подхода и ухода. Им гораздо чаще требуется помощь сиделок, медсестёр, просто внимание. В гериатрической клинике гораздо более значимой становится роль младшего медицинского персонала, причём – подготовленного и ориентированного на общение с пожилыми людьми. Часть наших возрастных пациентов имеет когнитивные нарушения, что требует дополнительного особого подхода. Это первая особенность нашей клиники.

Вторая – наши пациенты, как правило, обременены несколькими заболеваниями, нуждаются в помощи разных специалистов. И мы можем обеспечить комплексное лечение сочетанных заболеваний.

Третья особенность связана с возрастной ассоциированностью ряда заболеваний. Многие болезни характерны именно для пожилого возраста: артрозы, остеопороз, нарушения мочеиспускания, связанные с опущением и выпадением тазовых органов у женщин; аденома предстательной железы у мужчин. Для решения этих проблем в клинике организован центр хирургии тазового дна и центр нейроурологии. В отделении ортопедии активно развивается высокотехнологичное направление – эндопротезирование суставов.

– А чем конкретно располагает это отделение, каковы его возможности?

– Отделение травматологии и ортопедии развёрнуто на 45 коек. Мы проводим эндопротезирование тазобедренных и коленных суставов, лечение последствий тяжёлых травм с использованием нанотехнологичных материалов; реконструктивные операции на стопах ног. Ряд операций на суставах выполняется с использованием эндоскопической техники, малоинвазивным доступом, что весьма ценно при лечении пожилых пациентов, поскольку сокращает травматичность и время операций. Отдельное направление деятельности – хирургия кисти; его возглавляет профессор кафедры травматологии и ортопедии И.Чуловская – один из ведущих

специалистов по этой теме в нашей стране.

В отделении травматологии и ортопедии работают три врача-травматолога-ортопеда. Руководит отделением профессор, доктор медицинских наук Вячеслав Судер-Оолович Ондар. Огромную помощь отделению оказывает кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии РНИМУ им Н.И.Пирогова, которую возглавляет академик РАН А.Скороглядов. Статус университетской клиники позволяет специалистам работать единой

являясь главным гериатром Минздрава России, возглавляет масштабные исследовательские программы. В частности, центр принимает участие в программе «100-летний гражданин».

Кроме того, по заданию Минздрава России мы проводим оценку состояния здоровья лиц пенсионного и предпенсионного возраста, чтобы дать более чёткие рекомендации при определении возраста выхода на пенсию, что затрагивает не только медицинские вопросы, но и социальные, политические. Это – принципи-

– Несомненно. Мне в своё время довелось стажироваться в клинике за рубежом. Там всё очень чётко с точки зрения медицинского ухода – пришёл, перевернул больного с боку на бок, отмассировал, ушёл. Чётко налаженный конвейер, аккуратный уход. А вот в нашей клинике есть ещё и некая аура...

– Дмитрий Геннадьевич, а в медицинском институте надо эту ауру «внедрять»? Понятно, что насильно милосердие не воспитаешь, но заложить его принципы, научить правилам, методам...

– Обучать принципам гериатрического подхода надо обязательно. Сегодня вопросам старения уделяется огромное внимание, студентам дают определённые знания. Если человек начнёт работать в этом направлении как специалист, такие знания ему обязательно пригодятся. Врач-гериатр не может, как участковый терапевт, вести всех пациентов, нет и такого числа гериатров и, не только у нас, но и во всём мире. Но участковый врач должен знать, к какому узкому специалисту он должен направить своего пожилого пациента.

– Врачей, среднего медперсонала хватает?

– Помимо научных сотрудников у нас трудится 57 врачей и 87 человек среднего медперсонала.

Год была просто критическая нехватка среднего медперсонала. Сейчас мы практически с этой проблемой справились. Пришли новые кадры, поскольку у нас увеличилась хирургическая активность, вообще работы стало во много раз больше. Вслед за пациентами пришли и деньги. Мы же работаем в системе ОМС, бюджетного финансирования у нас нет, мы живём на том, что зарабатываем. Смогли улучшить условия труда персонала и уже на новых условиях привлечь специалистов, младший персонал.

– Что вас сегодня как главного врача особенно беспокоит?

– Проблем много. Я вообще не мыслю себе работу главного без проблем. Поскольку кадры решают всё, важно не растерять их, создать им комфортные условия для работы. Задача главного врача – расстановка и бережение квалифицированных сотрудников. К сожалению, у нас нет методов психологической оценки совместимости людей и основное, на что обращаешь внимание при приёме на работу – послужной список. Если врач или медсестра не работали с пожилым, трудно оценить сразу, справится ли он с нашей спецификой. Всё выяснится во время работы.

В течение 2016 г. бригады наших врачей несколько раз в месяц выезжали в регионы – Владимирскую, Тверскую, Смоленскую, Калужскую области. В проведении таких мероприятий нам очень большое содействие оказывает руководство здравоохранения и учреждений социальной защиты на местах. Благотворительные фонды помогают нам с транспортом, доставкой пациентов. Пациенты получают качественную медицинскую помощь, в том числе – по программе оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Центру оказывает большую поддержку Минздрав России. В ближайшее время нам предстоит ремонт ряда подразделений, уже выделены на это средства. В результате планируем открыть новое ангиографическое отделение, блок интенсивной терапии. Это ещё один шаг к развитию.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.



ально важный вопрос для каждой страны.

– Что вы считаете для себя сейчас наиболее важным, как главный врач?

– Главный врач – это сугубо административная фигура. Профессиональная помощь пациентам – это вопрос компетенции наших специалистов. А вот создать им условия для максимально эффективной реализации своего потенциала – задача администрации стационара. Сейчас в центре полностью новая административная команда.

Пациентам – особое внимание

– Вы затронули тему патронажных больных, как они узнают о ваших возможностях, о том, что могут получить помощь на дому?

– Вся информация размещается на нашем сайте, в соответствии с ней к нам обращаются пациенты, наш врач выезжает к ним вместе с патронажной сестрой, намечают план мероприятий и им оказывается планомерная, профессиональная помощь

– Эта услуга платная?

– Сейчас услуга предлагается как платная, но если она будет включена в государственную программу, на что можно надеяться, судя по вниманию к проблемам людей старшего возраста, для пациентов услуга станет бесплатной.

– Что важно для врача, медицинской сестры при лечении пожилого пациента. Какие качества должны их отличать?

– Вопрос весьма сложный. Придя в центр, меня приятно удивило единодушие пациентов в оценке работы персонала, их благодарность и признательность за заботу. Не просто внимательное, а заботливое отношение к пациентам, к пожилым людям формировалось в центре годами, создав общую атмосферу. Имея опыт работы в других больницах, могу сказать, что мне повезло работать с хорошими врачами, замечательными специалистами, медсёстрами, средним и младшим персоналом. Видимо, выработанная годами атмосфера бережного отношения к пожилым людям – это общий настрой. Мне кажется, что стаж работы с пожилыми настраивает на это, время работы с таким контингентом обязательно даёт эффект.

– А кто-то, наверное, разовьёт в себе душевные качества, сострадание?

командой, нацеленной на решение общих задач.

– И спрос на эти операции, конечно, есть...

– Да и очень большой. Хирургическое направление востребовано, многие операции, которые выполняют урологи, гинекологи центра, тоже относятся к высокотехнологичной медицинской помощи. Я акцентирую на этом внимание, чтобы не создалось впечатление, что раз это центр геронтологии, значит здесь занимаются выхаживанием и уходом за пожилыми, немощными стариками; что это – «дом престарелых с медицинской помощью». Ничего подобного, все наши подразделения работают, используя современные технологии, новейшие методы исследования и диагностики. Гериатрия должна развиваться как комплексная, всеобъемлющая помощь по принципу «всё как молодым, только лучше». Мнение о гериатрии как об исключительно поддерживающей терапии является заблуждением. Мы обязаны стремиться сохранить возрастным пациентам высокое качество активной жизни, поэтому создаём специализированные направления, привлекаем ведущих специалистов медицинского университета, таких, как профессора кафедры акушерства и гинекологии А.Хашукоева, профессора кафедры урологии Г.Кривобородова. С 2015 г. в центре организовано отделение амбулаторной гериатрии, и что особенно от радно, в которое удалось привлечь молодых специалистов, активно совмещающих лечебную и научную работу.

Многие направления научной работы центра имеют не только медицинское значение. Директор центра профессор О.Ткачёва,

К началу этого разговора очень подходит высказывание Огюста Родена, непревзойдённого мастера в изображении пластики человеческого тела. Однажды его спросили: как удаётся из мёртвого камня создавать такие живые фигуры? В ответ тот произнёс: «Ничего сложного. Просто беру камень и отсекаю всё лишнее...». Эта фраза вспомнилась при встрече с другим умельцем – Вилом Чучковым, докторантом Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, Центрального НИИ стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, кандидатом медицинских наук, лауреатом Государственной премии СССР в области науки и техники.

Моего собеседника тоже называют скульптором. Он – специалист в области опухолей головы и шеи онкологического центра. Его ремесло справедливо возводят в ранг искусства. Уточняет: «Я занят штучным делом. Государственной премией отмечено моё участие в разработке и внедрении в клиническую практику методов восстановительного лечения онкологических больных. Кто-то сравнивает это с творчеством скульптора, кто-то реставратора. Но вся загвоздка в том, что речь идёт не о граните или мраморе – о живом, причём страдающем человеке.

Приобщение к боли

Жизнь так сложилась, что он, волжанин по рождению, избрал свою профессиональную дорогу, получив диплом Читинского государственного медицинского института по специальности стоматолога. С 1969 г. – без малого полвека – трудится в крупнейшем в Европе федеральном медицинском центре, что расположено по обе стороны Каширского шоссе. Здесь вместе с многотысячным коллективом высококвалифицированных специалистов противостоит одному из самых грозных недугов современности – раку.

...Коварная болезнь не щадит ни взрослых, ни малышей. Она может заявить о себе в самых неожиданных точках организма. В арсенале медиков все виды лечения опухолей: хирургическое, химиотерапевтическое, иммунотерапия, заместительная гормональная, биотерапия и т.д. При этом, заботясь о качестве жизни своих пациентов, они уделяют огромное внимание возвращению к привычному ритму жизни тех, кто перенёс хирургическое вмешательство.

К Вилу Чучкову больные поступают из отдела опухолей головы и шеи. Здесь в строгой тишине идёт многосложная работа по удалению дефектов костей и мягких тканей: выполняя тончайшие манипуляции, врачи используют свободные микрохирургические и перемещённые лоскуты, добиваясь реконструктивного эффекта. Цель – максимально сохранить деятельность жизненно важных органов. А потом наступает завершающий этап: функциональное и эстетическое восстановление по-

Наши коллеги

Скульптор в онкологии

Он даёт «второе дыхание» смертельно уставшему человеку

ражённых участков тела. Ведь хирургам нередко приходится вместе со злокачественными опухолями удалять нёбо, части челюсти, лица.

Строго индивидуально

Вил Михайлович призван «закрывать» процесс лечения онкологических пациентов так, чтобы, вернувшись в общество, те не чувствовали себя изгоями. Чтобы встречные не отводили глаз при виде деформированных, изуродованных недугом лиц. Образно говоря, ваятель воссоздаёт до мельчайших деталей фрагменты человека до того, как его коснулась болезнь.

Реконструктивные операции имеют свои особенности. Пациент неповторим. И вот здесь-то подходит момент, когда о себе должно заявить мастерство необычного скульптора, талант реставратора живого тела. Любое вмешательство требует оригинального технического исполнения, безопасности, тонкого учёта физиологии. Первейшее правило – строго индивидуальный подход к каждому, кто рассчитывает на помощь.

...Вот, к примеру, протезы из силикона, призванные замаскировать дефекты черепно-лицевой области. Для постороннего взгляда они малозаметны даже вблизи. Лёгкие, надёжно фиксируются, хорошо имитируют цвет и текстуру кожи. Человек как бы заново обретает своё лицо. Надо ли говорить, как благотворно это отражается на психике больного, помогая ему быстрее вернуться в семью, к любимому делу.

Однако изготовить такое изделие непросто. Мастер берёт во внимание малейшие особенности пациента. Это нелегко – создать почти незаметный переход от протеза к живым тканям. Работа предполагает несколько этапов: тщательный осмотр, снятие слепка с лица, скульптурное моделирование, индивидуальное раскрашивание, создание естественного вида бровей и ресниц, когда каждую волосинку приходится прикреплять отдельно... «Мэтр» должен учесть характерные черты лица, мимику. Сохранить формы век, глазной щели, рисунок носогубной складки... И при этом избежать соблазна воспроизводить так называемые классические черты. Любой штрих определяет эстетический успех медика-ваятеля. Экопротез является альтернативой пластической операции. Благодаря использованию специальных клеев для фиксации пациент уверен: никаких неожиданных его не поджидает.

Пластических операций может потребоваться и шесть, и во-



семь... Иные могут длиться до 10 часов. Для изготовления же одного челюстно-лицевого протеза требуется до 45 часов. Огромная нагрузка для больного, для специалиста. «Как-то я подсчитал: за последние 15 лет через мои руки прошли полтысячи больных с различными дефектами челюстно-лицевой области. Не случайно создание съёмного протеза с obturatorом, замещающим костные ткани, официально приравнивается к обслуживанию пяти больных с так называемой адентией – полным отсутствием зубов», – итожит свой рассказ Чучков.

Естественно, мастер должен в совершенстве разбираться в онкологии, в смежных с ней областях медицины. Без постоянных контактов с коллегами не обойтись. Но как же радостно бывает ему на душе, когда осознаёт – он сумел дать «второе дыхание» смертельно уставшему человеку. Поэтапное протезирование повышает социальную адаптацию и качество жизни пациента, способствует его полной реабилитации.

– Не забуду один случай, – улыбается собеседник. – Жительница Подольска. Я демонстрировал её на врачебной конференции онкоцентра как пример успешного устранения сложного дефекта твёрдого нёба. Прошло 38 лет. Болезнь снова напомнила о себе и снова потребовалась помощь протезиста. Неожиданно врачи услышали: «Я согласна пойти на лечение лишь при условии, что рядом будет доктор Чучков». Вот так-то... Не скрою, меня растрогала

такая добрая память в устах этой женщины.

– Какова ситуация с техническим оснащением, Вил Михайлович?

– Особых проблем вроде бы нет. Материалов требуется сравнительно немного. Благодаря связям с российскими и зарубежными коллегами всё необходимое удаётся получить. Когда-то, я только начинал работать, перспективным материалом для протезов лица зарекомендовал себя отечественный «Ортопласт». Однако из-за того, что его требовалось сравнительно небольшое количество, его производство закрыли. Пришлось иметь дело с зарубежными силиконами. В 1999 г. появился отечественный материал, ничем не уступающий мировым аналогам. Можно сказать – это идеальный материал для лицевых протезов. Благодаря зарубежным выставкам, понемногу переоснастил свой рабочий кабинет.

Помнить истоки

– Наше отделение, – продолжает рассказывать В.Чучков, – было создано в 1965 г. Традиционно лечение больных опухолями головы и шеи проводилось общими хирургами, лор-врачами, стоматологами. А между тем, участки орбит, околоносовых пазух, основания черепа имеют свои биологические особенности, сложное анатомическое строение. Больные поступали с обезображенными чертами лица, выраженными расстройствами зрения, дыхания, глотания, речи. Отныне помощь им стала специ-

ализированной. У истоков нового направления клинических исследований были академик Н.Блохин и профессор И.Ермолаев. Тогда-то я познакомился с профессором А.Пачесом, отличным организатором, участником Великой Отечественной войны – танкистом освобождал Прагу... Мне везло на талантливых специалистов, которые приобщили к очень непростой, но столь нужной людям профессии. Благодарно вспоминаю многочисленных «пересечения» с замечательным врачом, учёным и мудрым человеком академиком Николаем Николаевичем Блохиным. Дорожу коллегами, с которыми сегодня вместе противостояю грозному недугу. Это Е.Матякин, А.Мудунов, А.Кулаков, А.Неробеев... Впрочем, список мог бы продолжаться и продолжаться.

– А врачебное дело – всегда встреча с новой болью, мною движет желание облегчить чужие страдания. Помогает постоянное ощущение острой востребованности. У меня свой выбор. Оставаться камерным художником. У моей супруги, Евгении, свой: она заведует рукописным отделом Государственного литературного музея. А вот сын Михаил – я рад этому – пошёл по стопам отца: готовится стать стоматологом. Активно помогает мне в научно-практической работе. Поддерживать постоянную готовность к тонкой работе помогает и «хобби»: в свободные минуты я люблю заниматься резьбой по дереву. Как говорится, далеко не отхожу от привычного дела.

...Каждый пациент оставляет невидимый след в твоём сердце. Любой больно, а окольные особенно, настороженно всматриваются в лица незнакомых докторов: действительно человек в белом халате хочет и может помочь или только подаёт вид?.. И безгранично рад больной человек, когда чувствует добрую энергетику, исходящую от доктора. Верит во врачебную совесть и врачебную ответственность. Ведь воистину нельзя врачевать тело, не врачую душу. На беседы порой уходят часы, чтобы ты прочувствовал, что тревожит твоего нового подопечного и смог убедить его в необходимости следовать найденной тобой тактике лечения.

...Вечером, уже дома, в семье нередко ловлю себя на том, что продолжаю эту беседу. Жена порой подшучивает, вспоминая Бориса Пастернака: «Не спи, не спи, художник, не предавайся сну. Ты – вечности заложник. У времени в плену...»

Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Санитарная зона

Первая партия противогриппозной вакцины «Совигрипп» в количестве 187,5 тыс. доз поступила в Омскую область.

Эта вакцина, разработанная в 2013 г. и предназначенная для иммунизации взрослого населения, вполне сопоставима с лучшими зарубежными аналогами, и одобрена Всемирной организацией здравоохранения. С прошлого года она включена в российский календарь прививок, бесплатна для пациентов. Защитный эффект после вакцинации наступает через 8-12 дней

Прививка защитит, если сделана вовремя

и сохраняется до 12 месяцев.

Прививочная кампания только начинается в Омске и сельских районах Прииртышья, до конца года в региональном Министерстве здравоохранения планируется бесплатно иммунизировать «Совигриппом» не менее 791

тыс. человек. И в первую очередь работников медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы, призванных, студентов высших и средних профессиональных учебных заведений. В список первоочередников

входят также беременные женщины, пожилые люди, а также те, кто страдает хроническими заболеваниями.

По мнению специалистов, необходимо получить прививку вовремя не позднее начала ноября – до эпидемическо-

го подъёма заболеваемости гриппом и ОРВИ. Прививка против гриппа – единственная ежегодная из национального календаря профилактических прививок РФ, поскольку вирусы гриппа постоянно эволюционируют и непредсказуемо меняют характеристики и поведение. Вакцинация значительно снизит риск заболеваемости гриппом, предупредит развитие осложнений на 50%.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

В Самарском государственном медицинском университете День знаний. С праздником студентов поздравило руководство вуза, представители министерств региона, а также авторитетные врачи – профессионалы своего дела, которые готовы передавать свои знания и умения ученикам.

По многолетней традиции торжественное собрание началось с исполнения гимна вуза.

Открывая совещание, ректор СамГМУ академик РАН Геннадий Котельников отметил, что в университет поступили выпускники с самым высоким ЕГЭ среди всех вузов региона и, обращаясь к первокурсникам, сказал: «Вы поступили в вуз, в котором при вашем желании можно получить всё, что нужно для профессионального роста: образовательные информационные технологии мирового уровня, биотехнологии, языковую подготовку, практику в собственных клиниках университета и 21 клинической базе города».

От имени министра здравоохранения Самарской области Геннадия Гридасова с праздником первокурсников поздравила заместитель министра Татьяна Сочинская.

«У вас сегодня самый счастливый день и те эмоции, которые вы испытываете сейчас, у вас останутся на всю жизнь. Избранная вами профессия врача требует от вас самоотверженности, целеустремлённости, терпения и сострадания. Опыт, который вы накопите за годы учёбы, станет основой для профессионального становления и будущих успехов. Желаю вам упорства и настойчивости в овладении знаниями, неиссякаемого оптимизма и успехов на выбранном вами поприще!» – сказала заместитель министра.

Она также отметила, что уровень материально-технической базы клиник региона за последние годы значительно вырос и учиться, лечить и заниматься наукой у студентов будет возможность во всех этих медицинских учреждениях.

С праздником студентов медицинского университета поздравила и заместитель министра образования и науки Самарской области Светлана Бакулина:

«Каждый из вас мечтает об успешной профессиональной карьере, и СамГМУ, несомненно, обеспечит вам хорошие стартовые возможности. Но если вы будете заниматься спортом и искусством, то станете не только успешными, но и интересными для окружающих людей, востребованными обществом. Занимайте активную гражданскую позицию. Настоящий врач не может не быть патриотом своего вуза, своего края и своей страны».

СамГМУ активно сотрудничает с управлением Роспотребнадзора по Самарской области. Обращаясь к студентам, его руководитель Нина Сергеева сказала, что им нужны знающие, компетентные и добросовестные работники, поэтому их специалисты участвуют в

учебном процессе и уже с первого курса начинают отбор студентов.

Поздравил студентов и заведующий кафедрой хирургических болезней № 2 СамГМУ, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Владимир Белоконов. «Врач сопровождает человека с рождения, и с этого момента начинается его служение пациенту. Нужно уметь выслушать больного и понять, что его беспокоит. Это помогает поставить правильный диагноз и выбрать правильную тактику лечения, – сказал профессор. – Но, прежде всего, вам предстоит освоить

«Учебный процесс в клиниках – это одна из важнейших задач, и мы делаем всё, чтобы этот процесс был комфортным и эффективным. В реальную ситуацию можно погрузиться только в лечебном учреждении, работая в палатах у постели больного. Клиники СамГМУ – современный крупный многопрофильный научно-образовательный лечебный комплекс мощностью более 1100 коек. В нём работает 1600 человек, 70 подразделений, 20 кафедр университета, в котором, в целом, учатся 6500 студентов. В год в Клиниках СамГМУ получа-

много студентов. В медицине так много разнообразных специальностей и так много интересного, что любой студент найдёт себе специальность по душе», – сказал руководитель клиник.

С историей университета познакомил первокурсников проректор по лечебной работе профессор Евгений Корымасов. «У Самарского ГМУ богатая история и традиции, которые вы будете развивать. В 2019 г. ему исполнится 100 лет. Университет прошёл большой путь, превратившись в один из крупнейших вузов России, – сказал проректор. В его стенах под-

тов СамГМУ Евгений Кулагин отметил, что в медицинском университете есть много возможностей не только для получения качественного образования, но и для занятия наукой, творчеством и спортом. «Учиться в нашем университете – это значит осваивать всё новое, что появляется в медицине и много работать. Это большая нагрузка, но только благодаря преодолению трудностей вы станете личностями», – сказал Кулагин.

В завершение мероприятия первокурсники дали торжественное обещание и получили из рук

Начало

СамГМУ — на всю жизнь

1100 первокурсников влилось в студенческую семью самарского вуза



Г.Котельников (в центре) поздравляет первокурсников

базовые дисциплины, без знания которых невозможно успешно учиться в университете. Я желаю успехов в освоении сложной, но интересной профессии».

Наука – ключевое слово в образовательном процессе, уверен заведующий кафедрой фармакогнозии с ботаникой и основами фитотерапии, почётный профессор СамГМУ Владимир Куркин.

Уже второй десяток лет он координирует работу студенческого научного общества. «Этот день – отправная точка пути, который во многом определит вашу судьбу. Служите любимой специальности и родному университету, где созданы все возможности для творческой учёбы. Талант есть у каждого из вас, и я желаю, чтобы он раскрылся. Для этого нужно только работать, работать и работать. Особые возможности для этого создаёт студенческая наука. Главное, чтобы был интерес, который позволит отдавать всего себя любимому делу», – уверен Куркин.

Практическая подготовка – важнейшая составляющая учебного процесса. С праздником знаний поздравил студентов и проректор по клинической работе – главный врач Клиник СамГМУ, профессор Александр Сонис.



Выпускники университета передают символический ключ

ют медицинскую помощь 25 тыс. пациентов. Руководят лечебным и образовательным процессами заслуженные и опытные специалисты: профессора, доктора наук. В клиниках всегда работает

готовлены десятки тысяч врачей, профессионалов высокого уровня, внесших заметный вклад в сохранение жизни и здоровья людей». Он также отметил, что в 2015 г. СамГМУ назначен координатором Нижневолжского кластера медицинских вузов, в который вошли три крупных российских медицинских университета – Башкирский, Оренбургский и Саратовский.

Тёплые слова и пожелания в адрес первокурсников произнёс почётный профессор СамГМУ Игорь Федяев: «XXI век – это век биологии и кибернетики и всё это, на сегодняшний день, и есть современная медицина. Для человека нет ничего важнее здоровья,

выпускников символический ключ. Вчерашние школьники в этот день сделали первый шаг в мир знаний, и преподаватели университета сделают всё, для того чтобы они в этой профессии состоялись».

Геннадий КОТЕЛЬНИКОВ, ректор СамГМУ, академик РАН:

«Приёмная кампания прошла успешно, и это является устойчивым трендом последних лет. Среди всех вузов России СамГМУ стабильно входит в первую полусотню».

Многие направления мы развиваем впервые в России. Работает мощный научно-производственный технопарк, где идеи учёных воплощаются в экспериментальные установки и опытные образцы, где студенты постигают азы промышленных медицинских и фармацевтических технологий. На базе вуза успешно функционирует Центр прорывных исследований «Информационные технологии в медицине», что, несомненно, привлекает молодёжь. В вузе работает 170 профессоров и 450 кандидатов наук, острепенность наших преподавателей 82%, что значительно выше среднего уровня по стране.

Большое внимание развитию высшего образования уделяет губернатор и правительство Самарской области. В регионе интенсивно формируется инновационная инфраструктура, строится технополис «Гагарин – центр», где медики будут всё теснее работать с математиками, физиками и инженерами. Всё это в целом даёт возможность готовить специалистов, способных эффективно работать как в медицине, так и в смежных отраслях».

Владимир РЕЗНИКОВ, внешт. корр. «МГ».

Самара.

Тенденции

В столичном районе Марьино остановка «Новочеркасский бульвар, 20» теперь стала называться «Фармацевтический колледж». Такое решение принято Департаментом транспорта и развития дорожно-транспортной инфраструктуры Москвы после запроса главы управы Марьино.

– Через этот остановочный пункт следуют маршруты 5 автобусов. Ими традиционно пользуются студенты. Решение о переименовании остановки принято в связи с обращениями жителей и администрации учебного заведения, – пояснили в управе района Марьино.

С доверием и уважением к фармацевтам

Фармацевты и провизоры – важная составляющая системы здравоохранения любой цивилизованной страны. Во все времена они пользовались высоким уровнем доверия, неизменным уважением и почётом среди населения. К сожалению, в результате реорганизации образовательной отрасли в последнее время шёл процесс резкого сокращения средних специальных учебных заведений фармацевтического профиля. А вот фармацевтический колледж «Новые знания», что на Новочеркасском, наоборот, именно в этот

период, с 2012 г., решил серьёзно заняться подготовкой и поставкой на фармрынок достойных и востребованных специалистов. И теперь уверенно занял эту важную нишу.

– Главная наша цель, – отмечает директор фармацевтического колледжа «Новые знания» Елена Rogozная, – качественная подготовка квалифицированных специалистов на уровне среднего образования для работы в аптечных учреждениях. Созданный в наших стенах учебно-методический полигон сотрудничает

по вопросам внедрения новых образовательных технологий, а также научно-практическим аспектам фармацевтической и медицинской отраслей с ведущими научно-педагогическими учреждениями страны – Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова, Национальным институтом бизнеса. На сегодня фармколледж стал авторитетным, популярным учебным заведением.

Кстати, с нынешнего года впервые отмечен устойчивый приток в колледж абитуриентов, окончив-

ших среднюю школу. 30% поступивших – выпускники школ, ещё 30% имеют высшее образование, в том числе медицинское.

Уже до 1 октября этого года ГУП «Мосгортранс» заменит информационные таблички на переименованной остановке. Отныне абитуриентам, их родителям, студентам, которые добираются сюда впервые, не придётся обращаться к жителям района с вопросом: «Как проехать к фармколледжу?»

Александр ИВАНОВ, корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 65 (2004)

Традиционно миокардиты относятся к числу трудно диагностируемых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Согласно принятому в нашей стране определению Н.Р.Палеева (1992 г.), миокардиты представляют собой поражение сердечной мышцы, преимущественно воспалительного характера, обусловленное опосредованным через иммунные механизмы воздействием инфекции, паразитарной или протозойной инвазии, химических и физических факторов, а также возникающее при аллергических и иммунных заболеваниях. Наряду с миокардиодистрофиями и кардиомиопатиями миокардиты объединены в группу некоронарогенных заболеваний миокарда, на долю которых, по данным литературы, приходится 7-9% всех заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Комитет экспертов ВОЗ (World Heart Federation Consensus conferences definition of Inflammatory Cardiomyopathy) в 1997 г. предложил для обозначения всех воспалительных заболеваний сердца использовать термин «воспалительная кардиомиопатия». К данной группе относят дилатационную кардиомиопатию (ДКМП) с воспалительной инфильтрацией в миокарде, острые и хронические миокардиты, ассоциированные с

человека, возбудители создают благоприятные условия для проявления патогенности других кардиотропных агентов. Получены данные о том, что вирус гепатита С и ВИЧ, распространённость которых в популяции неуклонно растёт, могут быть причиной развития миокардита.

Факторы, указывающие на предпочтительность вирусной теории миокардитов

- Высокая заболеваемость миокардитами в период вирусных эпидемий;
- Обнаружение вирусов в носоглотке и испражнениях больного в течение первой недели острого миокардита;
- Появление в крови титра противовирусных антител, начиная со 2-3 недели после развития острого миокардита;
- Выделение из миокарда вирусов и вирусной ДНК методом ПЦР;

Миокардиты: современный подход к проблематике

Таблица 1

Далласская классификация (1984)

При первичной ЭМБ выявляют: Миокардит с фиброзом или без него Пограничный миокардит (в этом случае возможна повторная биопсия) Отсутствие миокардита
При последующей биопсии можно обнаружить: Продолжающийся миокардит с фиброзом или без него Разрешающийся миокардит с фиброзом или без него Разрешившийся миокардит с фиброзом или без него

перикардитом и сердечной дисфункцией, все случаи идиопатических, аутоиммунных и инфекционных поражений миокарда, связанных с инфекцией и систолической дисфункцией, а также все случаи миокардитического кардиосклероза.

В начале XX века была доказана возможность возникновения миокардита в связи с инфекционными заболеваниями: гриппом и другими респираторными инфекциями. В 30-е годы XX века появились работы Г.Ф.Ланга, в которых указывалось, что при многих сердечных заболеваниях воспаление в миокарде отсутствует, а преобладающими являются дегенеративные изменения, «дистрофия миокарда». I.Gore и O.Saphir опубликовали результаты 240 патологоанатомических исследований, в ходе которых в 4-9% случаев были выявлены воспалительные изменения в миокарде, причём значительная часть умерших перенесла вирусные или риккетсиозные заболевания. Изучение воспалительных заболеваний сердца началось с введением в клиническую практику диагностической трансвенозной биопсии миокарда.

Анализ результатов патологоанатомических исследований установил, что внезапная смерть молодых людей в 8,6-12% случаев связана с миокардитом, который может быть одной из частых причин (до 20%) внезапной смерти взрослых моложе 40 лет.

Миокардит объединяет различные по этиологии и патогенезу воспалительные поражения миокарда. Выделяют первичные (при изолированном поражении миокарда) и вторичные миокардиты (при системных процессах, в том числе при диффузных заболеваниях соединительной ткани, ожоговой болезни).

Данное заболевание вызывается разнообразными вирусами, бактериями, риккетсиями, грибами и простейшими. Установлено, что наибольшей кардиотропностью обладают вирусы, вирусный миокардит – модель для изучения стадий заболевания и его эволюции.

Установление вирусной природы поражения сердца стало возможным благодаря таким методам как полимеразная цепная реакция (ПЦР). Миокардит может возникнуть при одновременном воздействии двух и более различных инфекций. Данных о том, что вирусы могут самостоятельно быть причиной развития миокардита не получено, однако доказано, что, воздействуя на состояние иммунной системы организма

- Наличие воспалительных изменений в биоптатах сердца при миокардитах, связанных с вирусной инфекцией;

- Отработана экспериментальная модель миокардита (при заражении животных вирусами).

К лекарственным средствам, которые вызывают развитие миокардита за счёт токсического действия, относят антрациклины, кокаин. Применение таких лекарственных средств, как цефалоспорины, сульфаниламиды, диуретики, трициклические антидепрессанты и добутамин, могут приводить к миокардиту через развитие реакции гиперчувствительности. Употребление кокаина может привести к развитию миокардита. У 20% умерших, употреблявших кокаин, находят признаки воспаления в миокарде. Кокаин является основным этиологическим фактором патогенеза миокардита.

Заболевание обычно включает несколько стадий: воспалительную клеточную инфильтрацию, интерстициальный отёк и очаговый некроз миокардиоцитов, а в конечном итоге, к развитию фиброза. В патогенезе миокардита основную роль играют два фактора – влияние инфекции, непосредственно явившейся причиной заболевания, и аутоиммунные нарушения. Нормальная иммунная реактивность способствует элиминации вируса и обеспечивает возможность заживления повреждённого миокарда.

Роль вирусной инфекции при воспалении миокарда может быть прослежена в острой стадии процесса. Исследования с применением техники ПЦР с биоптатами ткани сердца показали, что при хроническом течении заболевания ДНК/РНК возбудителя может обнаруживаться в течение нескольких месяцев.

При проникновении вируса в сердечную мышцу активизируются защитные механизмы, сдерживающие попадание вирусов в неповреждённые миоциты. Эта стадия характеризуется развитием воспалительной клеточной инфильтрации (Т-киллеры, макрофаги, нейтрофилы) с последующей экспрессией фактора некроза опухоли (ФНО) и γ -интерферонов. ФНО активизирует клетки эндотелия и дополнительно привлекает клетки воспаления; ФНО оказывает прямое отрицательное инотропное действие на миокард. Макрофаги и Т-лимфоциты уничтожают поражённые клетки миокарда, содержащие вирусы, отмечается накопление полинуклеарных лейкоцитов и макрофагов, лимфоцитов, плазмочитов и моногистиоцитарных клеток.

Вирусы и другие микроорганизмы способ-

ны к длительной персистенции в миокарде, что связывают с неадекватностью иммунного ответа. При длительном персистировании вируса в миокарде и нарушениях иммунорегуляции происходит переход острого миокардита в аутоиммунное заболевание, что характеризуется увеличением выработки антикардиальных антител, усилением клеточной иммунной реакции, циркуляцией иммунных комплексов в крови и миокарде.

Классификация миокардитов.
Клиника

Морфологической классификацией миокардитов является Далласская классификация, основанная на данных эндомикардиальной биопсии (табл.1).

Количественные морфометрические критерии заключаются в присутствии более 5 лимфоцитов в поле зрения при увеличении микроскопа в 400 раз.

По Международной классификации болезней (МКБ-10) миокардит относится к IX классу «Болезни системы кровообращения», разделу «Другие болезни сердца».

Диагноз миокардита выставляется при сочетании предшествующей инфекции/токсического поражения с одним большим и

двумя малыми признаками.

Клиника миокардита крайне вариабельна и зависит от возбудителя, иммунного статуса больного, локализации, степени выраженности и объёма поражения мышцы сердца. Поражение ЛЖ, в особенности его передней стенки, приводит к наиболее выраженным нарушениям гемодинамики по сравнению с поражением других камер сердца.

Воспалительный процесс в области синусового узла вызывает нарушения ритма, в том числе пароксизмы мерцательной аритмии и появление суправентрикулярной экстрасистолии, если воспалительный процесс локализуется в области атриовентрикулярного узла, появляются нарушения проводимости между предсердиями и желудочками различной степени тяжести. Очаги поражения в проводящей системе могут служить причиной тяжёлых нарушений сердечного ритма и приводить к летальному исходу даже в отсутствие других симптомов миокардита.

Особенности клинической картины определяются не только степенью и протяжённостью воспалительного поражения сердечной мышцы, но и наличием и выраженностью кардиосклероза. Важными факторами, влияющими на течение и исход заболевания являются поражение других органов и систем,

Таблица 2

Основные клинические проявления миокардита

Симптомы	Частота, %
Субъективные	
Боль в области сердца	62-80
Одышка (в покое или при физической нагрузке)	50-60
Сердцебиение	23-48
Перебои в работе сердца	22-46
Слабость, утомляемость	22-59
Повышение температуры тела	35-50
Потливость	15-50
Головная боль	10-30
Мышечные и суставные боли	4-40
Объективные	
Отёк нижних конечностей (больше к вечеру)	12-36
Расширение границ сердца	13-52
Изменённый верхушечный толчок	25-66
Ослабление тонов сердца	26-51
Ритм галопа	13-22
Систолический шум на верхушке	19-46
Тахикардия/брадикардия	41-58
Шум трения перикарда	11-28
Различные виды аритмий (экстрасистолы, пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия и фибрилляция желудочков)	26-47
Застойные хрипы в лёгких	11-32

Таблица 3

Диагностический алгоритм клинко-инструментальной диагностики миокардитов

Критерии диагностики
1. Связь заболевания с перенесённой инфекцией или токсическим воздействием химических агентов или лекарственных средств, доказанная клинически и лабораторными данными: Выделение возбудителя Результаты реакции нейтрализации Реакции связывания комплемента Реакция гемагглютинации Ускорение СОЭ Появление С-реактивного белка.
II. Признаки поражения миокарда Большие: Патологические изменения на ЭКГ (нарушения реполяризации, нарушения ритма и проводимости) Повышение концентрации в крови кардиоселективных ферментов и белков (КФК, КФК-В, ЛДГ, тропонина Т и I) Увеличение размеров сердца по данным рентгенографии или эхокардиографии Признаки застойной сердечной недостаточности Кардиогенный шок Изменение иммунологических показателей (увеличение соотношения CD4/CD8, количества CD22 и ЦИК, положительная реакция РТМЛ). Малые: Тахикардия (иногда брадикардия) Ослабление первого тона Ритм галопа.

Таблица 4
Клиническая классификация миокардитов (Н.Палеев, М.Гуревич, Ф.Палеев, 2002)

1. По этиологической характеристике и патогенетическим вариантам: Инфекционно-иммунный и инфекционный Вирусные (грипп, вирусы Коксаки, ЕСНО, полиомиелит, ВИЧ, вирус гепатита С и др.) Инфекционные (дифтерия, скарлатина, туберкулёз, брюшной тиф и др.) Спирохетозные (сифилис, лептоспироз, возвратный тиф) Риккетсиозные (сыпной тиф, лихорадка Ку) Паразитарные (токсоплазмоз, болезнь Чагаса, трихинеллёз) Грибковые (актиномикоз, кандидоз, кокцидиомикоз, аспергиллёз и др.) Аутоиммунный Лекарственные Сывороточные Нутритивные При системных заболеваниях соединительной ткани При бронхиальной астме При синдроме Лайелла При синдроме Гудпасчера Ожоговые Трансплантационные Токсикоиммунный Тиреотоксические Уремические Алкогольные
2. По патогенетической фазе Инфекционно-токсическая Аутоиммунная дистрофическая Миокардиосклеротическая
3. По распространённости Очаговый Диффузный
4. Клинические варианты Малосимптомный Псевдокоронарный Декомпенсационный Аритмический Псевдоклапанный Тромбоэмболический Смешанный
5. Варианты течения миокардита Острый миокардит лёгкого течения Острый миокардит тяжёлого течения Миокардит рецидивирующий Хронический миокардит

исходный соматический статус и наличие сопутствующих и фоновых заболеваний.

Острый миокардит на фоне острого инфекционного заболевания имеет клинические проявления (объективные признаки поражения миокарда), при хроническом течении

симптоматика может быть скудной, связь с инфекцией проследить удаётся не всегда.

Большинство симптомов, встречающихся при миокардите (табл. 2), являются признаками сердечной дисфункции (недостаточности). Может иметь место гипотония, при этом

величина АД, как правило, зависит от объёма и выраженности поражения миокарда, а также активности периферических механизмов. При тяжёлом поражении сердечной мышцы систолическое давление (САД) снижается, а диастолическое (ДАД) – повышается. При очаговом процессе в миокарде и достаточной периферической компенсации САД повышается, а ДАД либо повышается, либо существенно не меняется.

В клинической картине миокардита обычно доминирует один или несколько из перечисленных симптомов. У 1/3 больных миокардит может протекать мало- или бессимптомно.

В диагностическом алгоритме (табл. 3) нет ни одного патогномоничного для миокардита признака, а диагноз устанавливается на основе комбинации критериев. Эта схема более подходит для диагностики острого миокардита, при котором удаётся проследить связь с инфекцией. Возможности данного алгоритма при хроническом миокардите крайне ограничены.

В соответствии с клинической классификацией (табл. 4) течение миокардита может быть малосимптомным (латентным), когда заболевание проявляется в основном электрокардиографически.

При псевдокоронарном варианте в клинической картине миокардита преобладают боли в грудной клетке, напоминающие стенокардию, на ЭКГ также могут определяться неспецифические изменения, которые бывают при ИБС. Декомпенсационный вариант течения проявляется СН: одышкой, отёками. Аритмический – разнообразными аритмиями, иногда тяжёлыми. При псевдоклапанном варианте миокардит следует дифференцировать с приобретёнными пороками сердца, поскольку над клапанами выслушиваются достаточно грубые (чаще всего регургитационные) шумы.

Клиническая картина при тромбоэмболическом варианте течения миокардита будет определяться эмболиями в органы малого и/или большого круга. Смешанная клиническая картина может включать любое сочетание приведённых выше вариантов.

Следует сказать о миокардите, при котором быстро развивается и прогрессирует СН, резистентная к медикаментозному лечению, сопровождаемая тяжёлыми аритмиями и/или атриовентрикулярной блокадой. В таких случаях, при биопсии миокарда нередко находят гигантские клетки и гистологические

признаки активного воспаления.

Такой миокардит называют гигантоклеточным. Прогноз такого миокардита крайне неблагоприятный, выживаемость у пациентов составляет около 6 месяцев. Больным требуется трансплантация сердца, у части больных в пересаженном сердце вновь возникает гигантоклеточный миокардит.

Инструментальная и лабораторная диагностика

ЭКГ

Изменения на ЭКГ при миокардите неспецифичны и напоминают таковые при различных заболеваниях сердца. Появление ЭКГ симптомов после перенесённой инфекции или сочетание вновь появившихся симптомов с клиникой ХСН, особенно в отсутствие ИБС, всегда заставляет думать о миокардите. Если во время инфекционного заболевания возникают нарушения ритма и проводимости – это свидетельствует о присоединившемся миокардите, поэтому именно ЭКГ картина может оказаться решающей для постановки диагноза.

Изменения ЭКГ встречаются у 69-83% больных миокардитом и нередко имеют определённую стадиюность. Самыми ранними и наиболее частыми могут быть изменения конечной части желудочкового комплекса, связанного с острой инфекцией. В отведениях, где комплекс QRS направлен вверх, выявляется подъём сегмента ST, в отведениях, где QRS направлен вниз, определяется депрессия ST. Смещение сегмента ST выявляется во многих отведениях, что свидетельствует о распространённом, диффузном характере процесса. Показательными являются конкордантные смещения сегмента ST и зубца Т. Продолжительность этой стадии от нескольких дней до 1-2 недель.

Во второй стадии сегмент ST приближается к изолинии, уменьшается амплитуда зубца Т. Сегмент ST переходит в зубец Т, отмечается уплощение, двухфазность или инверсия зубца Т. Эта стадия длится также от нескольких дней до нескольких недель.

Третья стадия характеризуется наличием отрицательного зубца Т симметричной и несколько уширенной формы. Длительность этой стадии довольно вариабельна – от 1-2 недель до 1-2 месяцев.

(Окончание следует.)

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

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Шкала Глазго для определения уровня сознания (G.Teasdale, B.Jennett, 1974)		
Клинический признак	Характер реакции	Оценка в баллах
Открытие глаз	Спонтанное открытие	4
	В ответ на словесную инструкцию	3
	В ответ на болевое раздражение	2
Двигательная активность	Отсутствует	1
	Целенаправленная в ответ на словесную инструкцию	6
	Целенаправленная в ответ на болевое раздражение («отдёргивание конечности»)	5
	Нецеленаправленная в ответ на болевое раздражение («отдёргивание» со сгибанием конечности)	4
	Патологические тонические сгибательные движения в ответ на болевое раздражение	3
	Патологические тонические разгибательные движения в ответ на болевое раздражение	2
	Отсутствие двигательной реакции в ответ на болевое раздражение	1
Словесные ответы	Сохранность ориентировки: быстрые правильные ответы	5
	Спутанная речь	4
	Отдельные непонятные слова; неадекватная речевая продукция	3
	Нечленораздельные звуки	2
	Отсутствие речи	1

(Окончание. Начало в № 67 от 07.09.2016)

3. Гиполипидемическая терапия:

1) рекомендуется терапия статинами у пациентов с некардиоэмболическим инсультом (уровень доказательности А).

4. Хирургическая профилактика ишемического инсульта:

1) операция КЭЭ рекомендована пациентам со стенозами сонных артерий 70-99% (уровень доказательности А) и должна выполняться только в центрах с показателем периоперационных осложнений (любой инсульт и смерть) менее 6% (уровень доказательности А);

2) рекомендован приём антитромбоцитарных препаратов как до, так и после операции КЭЭ (уровень доказательности А);

3) КАС рекомендована для некоторых пациентов (уровень доказательности А) с тяжёлым «симптомным» стенозом сонных артерий: при наличии противопоказаний для КЭЭ, при стенозах в хирургически недоступном месте, рестенозе после КЭЭ, стенозах после лучевой терапии (уровень доказательности D);

4) пациенты должны получать комбинацию клопидогреля и аспирина непосредственно после стентирования и далее, как минимум, в течение 1 месяца (уровень доказательности D).

Суммарная оценка по шкале Глазго в баллах:

15 – ясное сознание;
13-14 – оглушение;
9-12 – сопор;
4-8 – кома;
3 – смерть мозга.

Под редакцией главного специалиста Минздрава России по семейной медицине, академика РАН Игоря ДЕНИСОВА.

Деловые встречи

Медики Ульяновской области обсудили вопросы профилактики, сохранения и укрепления репродуктивного здоровья представителей «сильного пола» в ходе форума «Здоровый мужчина - здоровая семья». В мероприятии приняли участие главные врачи, их заместители, заведующие женских консультаций, дерматовенерологи, онкологи, андрологи, урологи и участковые терапевты.

мужской половой сферы, передающиеся половым путём. Ежемесячно 8-10 мужчин приходят к нам с проблемами мужского бесплодия», – подчеркнул уро-

Если здоров мужчине, здорова семья

Так полагают ульяновские медики

«Репродуктивный потенциал мужчины зависит от ряда факторов. Это наследственность, экология, образ жизни. Вредные привычки, стресс, неправильное питание, случайные связи обычно приводят к развитию серьёзных болезней, снижению продолжительности жизни. Сегодня 78% урологических больных – это мальчики, юноши, зрелые мужчины. Поэтому проблема мужского здоровья крайне актуальна. Однако, в среднем, к специалисту по месту жительства обращаются лишь 6,3% мужчин, и только в самых крайних случаях. Открытие кабинетов мужского здоровья, куда можно прийти даже при отсутствии жалоб, стало важным шагом по решению этой проблемы. И эта работа уже даёт свои плоды. Если 10 лет назад средняя продолжительность жизни у наших мужчин была 59 лет, то сегодня – 64 года», – отметила главный уролог Министерства здравоохранения Ульяновской области Светлана Каманцева.

С целью наблюдения пациентов с нарушением репродуктивной функции, выявления и лечения урологических заболеваний в 2015 г. в регионе появилась первая мужская консультация на базе областного кожно-венерологического диспансера, центр мужского здоровья в областной клинической больнице и андрологический центр - в областном клиническом центре специализированных видов медицинской помощи. Также в настоящее время в 27 лечебно-профилактических учреждениях области действуют мужские смотровые кабинеты. Кроме того, ведётся ремонт помещений для создания центра охраны репродуктивного здоровья в Железнодорожном районе Ульяновска.

«Все мужчины, обратившиеся в нашу мужскую консультацию, получают квалифицированную помощь, полное обследование по выявлению имеющихся заболеваний и лечение. После 35 лет пациенты также обследуются



на онкомаркеры, что позволяет выявить злокачественный процесс на ранних стадиях. В структуре заболеваний преобладают хронический простатит, уретрит, баланопостит, остроконечные кондиломы», – рассказал главный специалист регионального Минздрава по дерматовенерологии и косметологии, главный врач областного кожно-венерологического диспансера Магомед Магомедов.

«В андрологическом центре можно получить полный спектр клиничко-диагностических и лечебных услуг в сфере уроандрологии, в том числе дорогостоящей высокотехнологичной урологической помощи. Приём мужского населения осуществляется врачами бесплатно по направлению урологов территориальных поликлиник и мужских консультаций. За год работы в центр обратилось уже более 2 тыс. мужчин. Самые распространённые заболевания - это простатит, эректильная дисфункция, аденома предстательной железы, воспалительные и инфекционные заболевания

лог областного клинического центра специализированных видов медицинской помощи им. Е.М.Чучалова Юрий Мовчан.

По итогам заседания принято решение о необходимости обращения к главному урологу Минздрава России с инициативой введения медицинской специальности «врач-андролог», создания центров семьи и брака как основы профилактического направления в системе охраны репродуктивного здоровья, а также разработки «Сертификата молодожёнов» для обследования состояния репродуктивной системы лиц, вступающих в брак. Такая практика уже существует в Ульяновске – при подаче заявлений в ЗАГС будущим супругам выдаётся направление в центры здоровья. Также в ходе обсуждения принято решение рассмотреть вопрос о необходимости оснащения андрологического центра новым оборудованием.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Врач и пациент

Реальный шанс

Молодые люди, страдающие тяжёлыми формами лимфомы Ходжкина, получили шанс на полное выздоровление и активную социальную жизнь. По мнению ведущих российских гематологов, новый таргетный препарат впервые за последние 20 лет способен кардинально изменить судьбу пациентов с неблагоприятным течением заболевания.

Новый подход в лечении лимфомы Ходжкина (ЛХ) и системной анапластической крупноклеточной лимфомы (сАККЛ) можно считать прорывом в терапии этих самых часто возникающих злокачественных новообразований лимфатической системы. К такому мнению пришли отечественные эксперты. Свою позицию они озвучили на встрече с журналистами «Лимфома Ходжкина: за пределами видимости». Применение нового таргетного препарата обеспечивает больным, исчерпавшим ресурсы классических схем лечения, длительную ремиссию, возможность проведения трансплантации гемопоэтических стволовых клеток и даёт шанс на полное излечение.

В России ЛХ и сАККЛ ежегодно заболевают около 3,2 тыс. человек. Более половины пациентов, страдающих ЛХ (примерно 3 тыс. новых случаев в год), составляет молодое трудоспособное население в возрасте от 15 до 39 лет, а пик заболевания приходится на период 25-29 лет. При этом 5-10% больных имеют первичную резистентность, при которой традиционные схемы химиотерапии неэффективны. «Именно эта небольшая группа пациентов нуждается в более интенсивном лечении. Наша задача – вернуть их к жизни, продлить ремиссию, максимально подготовить к трансплантации гемопоэтических стволовых клеток, – подчеркнула заместитель генерального директора по научной работе и инновациям Гематологического научного центра Минздрава России, заведующая научно-клиническим отделением высокодозной химиотерапии парапротеинемических гемобластозов профессор Лариса Менделеева. – В РФ ежегодно проводится 1600-1700 таких трансплантаций больным онкогематологического профиля. Из них каждый пятый страдает лимфомой Ходжкина».

«Первый препарат направленного действия быстро нашёл своё место в терапии лимфомы Ходжкина, – отметила ведущий научный сотрудник отделения химиотерапии гемобластозов Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России профессор Елена Дёмина. – Адресная до-

ставка в опухолевую клетку увеличила эффективность и снизила токсичность лекарственного воздействия. Это особенно важно для пациентов с резистентной формой заболевания, когда планируется проведение трансплантации собственных или донорских стволовых клеток. Мы выигрываем время, необходимое для поиска донора и ожидания трансплантации (этот период занимает, в среднем, 3-4 месяца). При максимальном и стойком сокращении опухоли перед трансплантацией качество и продолжительность жизни этих больных не отличаются от показателей группы пациентов, имевших положительный отклик на терапию первой линии. А в лечении больных с рецидивирующей формой сАККЛ (редком и очень агрессивном виде лимфомы) новый таргетный препарат на сегодняшний день не имеет альтернативы».

«Выбор метода лечения, назначение препарата для пациентов в нашем и многих других субъектах РФ во многом зависит от того, внесён ли этот препарат в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, – заявила проректор по научной работе, заведующая кафедрой терапии, гематологии и трансфузиологии Новосибирского государственного медицинского университета, профессор Татьяна Поспелова. – Я считаю, что должна быть принята государственная программа лечения больных с ЛХ. Молодой возраст пациентов, возможность их полного выздоровления и включения в активную социальную жизнь являются мощными аргументами для использования инновационного препарата в лечении этого контингента больных».

«Нужно понимать, только включение препарата в Перечень ЖНВЛП не гарантирует, что регион обязательно его закупит, – продолжил тему сопредседатель Всероссийского союза пациентских организаций, председатель Совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре России, профессор Ян Власов. – Занесение в ограничительные перечни является только первым шагом на пути доступности такого лекарственного средства для пациента. Это простой понятный нормативный инструмент, в который верят чиновники на местах. Война правовых федеральных и региональных актов продолжится до тех пор, пока бюджеты не будут насыщены. В настоящий момент дефицит госбюджета на финансирование нужд здравоохранения составляет 700 млрд руб.».

Нина ЕЛИНА.

Москва.

Особый случай

Студентка Татьяна К. попала в психиатрическую больницу в состоянии дезориентации и с галлюцинациями. Врачи обратили внимание на некую спутанность симптомов и подключили к работе с пациенткой неврологов краевой клинической больницы № 2 для консультации.

Осмотрев девушку, неврологи подтвердили гипотезу своих коллег и пришли к выводу, что болезнь носит не психический характер – были явные признаки воспалительного заболевания нервной системы. Татьяну транспортировали в ККБ № 2

Достижение пациента – радость врача

и сделали МРТ для постановки окончательного диагноза. Состояние девушки продолжало стремительно ухудшаться, и её немедленно госпитализировали, подключив к аппарату искусственной вентиляции лёгких.

Диагноз был неутешительным: острый демиелинизирующий лейкоэнцефалит, глубокий центральный тетрапарез. Эта редкая болезнь возникает из-за слабого иммунитета, когда аутоиммунный процесс может развиваться из-за

вирусной инфекции. Ежегодно подобное заболевание диагностируется у 0,8 человек на 100 тыс. населения, и очень редко кто полностью восстанавливается после него.

Поражение у Татьяны было тотальным. У девушки возник судорожный синдром, образовались пролежни, что усугубило течение болезни. Она пролежала в реанимации 45 дней, 31 из которых – на ИВЛ. Благодаря грамотно подобранной комбинации

противосудорожных препаратов, гормонов, иммуноглобулинов, нейтропротекторов и антибиотиков и последующих курсов реабилитации через полгода девушка стала ходить. После чего каждые 2 месяца она ложилась в ККБ № 2 на реабилитацию.

Лечащий врач Татьяны радовалась каждому достижению девушки чуть ли не больше своей пациентки. Ещё бы, вернуть к полноценной жизни человека, который попал в больницу в

критическом состоянии, неспособный самостоятельно дышать и двигаться.

Сегодня Татьяна полностью восстановилась, недавно защитила диплом фармацевта и по данным контрольных обследований наблюдается положительная динамика.

Аревик ТАМРАЗЯН,
внешт. корр. «МГ».

Краснодарский край.

Истоки заболеваний, как и формирование здоровья, уходят корнями в детство. Нельзя решить вопросы заболеваемости взрослых, не решив вопросы профилактики, ранней диагностики, своевременного лечения и реабилитации детей. С этим утверждением сенатора, заместителя председателя Комитета по социальной политике Совета Федерации Людмилы Козловой, прозвучавшим на IX Всероссийском конгрессе детских кардиологов, нельзя не согласиться. К счастью, детская кардиология за последнее время мощно шагнула вперёд. Внедряются современные технологии, совершенствуются профессиональные подходы. Благодаря усилиям специалистов всё больше детей, ранее считавшихся обречёнными, выживает, становясь полноценными гражданами. Если раньше новые методы диагностики «получали прописку» в педиатрии на 10-15 лет позже, чем в терапии, то сейчас такого разрыва нет. Более того, порой педиатрическая служба оказывается в авангарде.

всей системы кардиодефибриллятора и санированию сердца (это – операция на открытом сердце с аппаратом искусственного кровообращения).

– Чем лучше мы работаем, тем менее готова взрослая сеть принимать наших пациентов и тем больше проблем возникнет у неё в будущем, – считает М.Школьников. – Если сейчас система не адаптируется к нашей улучшенной работе, к возрастающему количеству выживающих

проходил обследование, скажем, в сердечно-сосудистом центре. Мы бы обучили специфике работы с детьми взрослых специалистов, которые должны будут акцентировать таких пациентов. Накопленная сумма больных в территориях с полумиллионным населением будет составлять всего 200-300 человек (с учётом дожития до 80 лет). Но они должны находиться в понимающих руках. Нельзя к ним подходить со взрослыми мерками.

детьми, перешагнувшими рубеж 18-летия, то где этот доктор должен работать? В какой структуре?

– Полагаю, в первичном звене, в кардиодиспансере, – считает М.Школьников. – Раньше были подростковые врачи. Потом подростки стали вести педиатры. А теперь, мне кажется, наступило время сделать не подросткового врача, а врача-кардиолога по проблемам, которые пришли из детства. Надо подумать, как его назвать. А то ведь как корабль

Ресурсы ещё есть

Из 29 млн российских детей примерно 1 млн 150 тыс. страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями. Цифра внушительная. И она растёт.

Изменилась ли за последние десятилетия структура заболеваемости и смертности детей от сердечно-сосудистой патологии? По этому вопросу высказывает своё мнение президент Ассоциации детских кардиологов России, директор Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. Ю.Е.Вельтищева Мария Школьников.

– Да, изменилась, – говорит профессор. – Внедряются такие методы исследования, как холтеровское мониторирование, УЗИ сердца. Они стали общедоступными уже на первом уровне, поэтому заболеваний выявляется больше. Начали диагностировать на ранних стадиях кардиомиопатии, патологию орфанной природы. И все вдруг осознали, что болезни сердца у детей – это не только врождённые пороки (на них, кстати, приходится лишь 20%), но и нарушения сердечного ритма (20%), а также кардиомиопатии, кардиты (4-5%). За счёт того, что выросла выявляемость других заболеваний, уменьшился относительный вес больных артериальной гипертензией, хотя он по-прежнему высок и составляет у подростков 11%.

Снижается смертность от врождённых пороков сердца, потому что оперировать стало больше, причём на первом году жизни. Уменьшилась смертность и от нарушений сердечного ритма, жизнеопасных аритмий. Известно, что в стране колоссальная гибель детей от утоплений: Россия находится на втором месте в мире по этому показателю, в котором немалая доля аритмических причин. Очень многие жизнеопасные нарушения ритма проявляются тем, что ребёнок внезапно теряет сознание, причём пребывание в воде является провоцирующим фактором.

– Мы уже сейчас имеем современную структуру смертности, свойственную развитым странам. Но ресурсы ещё есть, – поделилась соображениями М.Школьников.

Заметные подвижки в специальности начались с внедрением высокотехнологичных видов лечения и повышения образовательного уровня докторов. Если общая смертность в педиатрии снижалась с 1995 г., то смертность от сердечно-сосудистых заболеваний оставалась на одном и том же уровне. Она покачнулась в 2002 г. и приобрела устойчивый тренд вниз с 2005 г., потому что начали активно входить в практику высокотехнологичные виды помощи. Возросло число операций у детей в возрасте 0-17 лет (с 5575 вмешательств в 2000 г. до 15 157 в 2014-м).

Подчеркнём, что снижение смертности произошло на фоне роста выявляемости врождённых пороков сердца, аритмий, кардиомиопатий. А это свидетельствует об успешной работе детских кардиологов. Так, ежегодно они передают во взрослую сеть около 30 тыс. 18-летних детей с хроническими кардиологическими

Проблемы и решения

В самое сердце

Чем лучше работают детские кардиологи, тем больше проблем может быть у взрослых специалистов



проблемами. Среди них – около 16 тыс. пациентов с врождёнными пороками сердца, в том числе и оперированными, примерно 6-8 тыс. детей с кардиомиопатиями, аритмиями и орфанными заболеваниями. Ещё недавно ребяташки со сложной орфанной патологией не доживали до совершеннолетия, а сейчас благодаря новым технологиям уверенно перешагивают 18-летний рубеж.

Радоваться бы таким достижениям. Но детские кардиологи тревожатся за дальнейшую судьбу своих пациентов. Потому что для взрослых докторов – это новый контингент, включающий ещё и от 250 до 300 детей с имплантированными устройствами (кардиостимуляторами и дефибрилляторами). Казалось бы, количество небольшое, однако накопление числа этих пациентов и огромные сложности, связанные с их ведением, требуют серьёзного подхода. Недавно в Москве в тяжёлом состоянии оказалась девушка, у которой в 21 год наступил сепсис из-за того, что не удалённый своевременно электрод вызвал пролежень, вялотекущее, а потом септическое воспаление. И теперь ей нужно производить замену клапана, удалять всю систему кардиовертер-дефибриллятора. Не готовы взрослые специалисты ни наблюдать, ни оперировать таких пациентов. Девушку не могли перевести в федеральный центр, поскольку нет даже стандартов, как будет оплачиваться изъятие электрода, в целом, тяжёлая комплексная операция по удалению

пациентов, к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в детстве, то ответственность просто будет переложена на взрослую сеть и молодые люди умрут в трудоспособном возрасте. Необходимо срочно что-то менять.

Каким видится выход из сложившейся ситуации? Ведь детские кардиологи действительно много делают для сохранения юных жизней. Как обеспечить должный уровень наблюдения и вообще, оказания помощи во взрослой сети больным, достигшим 18-летия? Что следует предпринять для улучшения преемственности?

– Я думаю, нужен специальный врач, который бы занимался пациентами с врождёнными пороками сердца, перешедшими в старшие возраста или же специальная система мониторинга, обеспечивающая индивидуальный подход – то, что мы сейчас пытаемся предложить, – считает М.Школьников. – Ведь мы, педиатры, выпускаем человека в 18 лет, знаем его индивидуальный профиль риска. У этих 30 тыс. пациентов, ежегодно переходящих во взрослую сеть с хроническими проблемами, может быть счастливая, трудоспособная жизнь, если сохранится такой же уровень наблюдения, как в педиатрии. Необходимо создание специальных мониторинговых систем, позволяющих отслеживать пациента, чтобы, например, больной, у которого имплантирован кардиовертер-дефибриллятор, ежегодно

По мнению М.Школьниковой, мониторинга раз в год вполне достаточно. А пациента с кардиомиопатией в стабильном состоянии можно и раз в 1,5-2 года обследовать. Но это нужно делать, причём с учётом индивидуального профиля риска, а не просто стандартно осмотреть, послушать, измерить давление и сделать эхокардиографию. Может быть, пациенту стоит провести холтеровское мониторирование и не обязательно – мониторинг артериального давления.

– Индивидуальную карту наблюдения должен составить педиатр при передаче ребёнка во взрослую сеть, – говорит Мария Александровна. – В идеале я бы видела эту систему как связанную электронную сеть по всей стране, чтобы данные пациента можно было получить в любой территории, где бы он ни появился, как сделано в Швеции. Тогда история болезни будет доступна, куда бы человек ни переезжал, и можно, не прерывая преемственности, вести мониторинг в правильном русле с одинаковым шагом наблюдения (или с изменённым, в зависимости от состояния). Этим можно многого добиться, в том числе и снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в трудоспособном возрасте.

Предложение вполне земное и осуществимое

Однако, если, допустим, выделить специального доктора для наблюдения за повзрослевшими

назовёшь, так он и поплывёт.

К сожалению, наши пациенты в 18 лет мало озабочены своим здоровьем, – продолжила доктор. – Они поступают в институт, учатся, строят семью, занимаются обеспечением жилья. Того запаса, который мы им создали, хватает на 4-5 лет, некоторым – на 10. А в 25-30 лет проблема приобретает фатальное значение, возникает угроза потери человека. Нам очень жаль. Мы много сил вкладывали, поэтому хочется отдать ребёнка в хорошие руки, чтобы усилия не прошли даром.

За рубежом опыт последовательного наблюдения таких сложных пациентов имеется. Заведующая кафедрой педиатрии Казанской государственной медицинской академии, кардиолог Динара Садыкова рассказала, что недавно ей пришло письмо от студента Оксфордского университета, где он сообщает, что занимается на историческом факультете, готовит дипломную работу по истории Татарстана 60-70-х годов и собирается приехать в республику с июля по ноябрь. «Но у меня такие диагнозы», – пишет он и приводит огромный их список, начиная с детства, с указанием сделанных операций и назначенного лечения. У студента – нарушение ритма, врождённый порок сердца, имплантированы специальные устройства (которые ему периодически меняли и он всё время находился под наблюдением, сначала у детских кардиологов, потом у взрослых). В конце письма молодой человек спрашивает, кому из кардиологов он может довериться в Татарстане, чтобы тот его вёл во время пребывания в республике.

– Конечно же, я ему порекомендовала наших взрослых кардиологов, – говорит Д.Садыкова, – но меня поразило, насколько не ограничена у молодого человека география и сколь тесная имеется преемственность не только между педиатрами и взрослыми врачами, но и между кардиологами мира. Везде его передают из рук в руки и он может, несмотря на тяжёлую патологию, путешествовать по разным странам и даже заниматься наукой.

Хочется надеяться, что и для российских пациентов с такой же сложной патологией это вскоре станет возможным. Во всяком случае, детские кардиологи всё для того делают. Остаётся прислушаться к их мнению и принять предложения.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Наше здравоохранение переживает время реформирования, точнее сказать, экспериментов. Ведётся поиск моделей, которые бы позволили выжить в условиях скудного финансирования. Судя по всему, ставка сделана на менеджмент. Главный врач всё больше превращается в менеджера, и зарабатывание денег больницей становится для него приоритетным направлением.

Нечто подобное происходит с высшим (не знаю, как со средним) образованием. Тоже ведётся поиск возможностей сохранить или, если не удастся, как-то видоизменить его так, чтобы оно продолжало готовить достаточно теоретически и практически подготовленных врачей, как в былые годы. В новых условиях, когда клинические кафедры по сути лишились клинических баз, стало очевидным, что пострадало прежде всего обучение практическим навыкам. Их можно привить только в условиях клиники, у постели больного.

Когда практическая подготовка в вузе захромала на обе ноги, и это признали и руководители здравоохранения («вузы плохо готовят врачей». – Л.Печатников), и видные учёные, клиницисты (Е.Чазов, П.Воробьёв, А.Чучалин, Л.Лазебник), стали появляться ранее не известные модели. Первой был «кластер». Руководство отрасли объявило, что к 2013 г. возникнут 13 инновационных учреждений высшего медицинского образования, где будут учить (на первом месте!), лечить (больных) и заниматься наукой (иметь клиническую базу).

Ничего подобного не появилось. Правда, недавно четыре медицинских вуза (один из них московский, три других периферийные) объединились в кластер, цель которого сплатить интеллектуальные и финансовые ресурсы для научных исследований, а отнюдь не подготовка врачебных кадров.

Совсем недавно появилась ещё одна модель, тоже с триединой целью – учить, лечить и заниматься наукой. Получила она красивое название – «университетская клиника». Если кто-то думает, что это как университетские клиники медицинского факультета Московского государственного университета, существующие уже более 200 лет, или клинический городок Самарского медицинского университета, то глубоко разочаруется. Это совсем другое.

Передо мной документ с многообещающим названием – «Договор №... об организации практической подготовки учащихся».

Его подписывают два руководителя – медицинского университета и главный врач больницы. По мысли авторов, современная (т.е. теперешняя, а не в смысле передовая, инновационная) университетская клиника, как и прежде, должна существовать на базе республиканских, областных и городских больниц. В прежние времена так оно и было, такие больницы назывались клиническими.

Первое, что привлекло внимание в названии документа, – «организация практической подготовки». Зародилась надежда, что ситуация изменится к лучшему.

Пункт 1.1. Стороны принимают на себя взаимные обязательства по совместной организации и проведению практической подготовки обучающихся образова-

тельной организации (студентов, интернов, ординаторов, аспирантов, слушателей).

1.2. Практическая подготовка обучающихся производится в помещениях медицинской организации (т.е. больницы. – Р.А.), пригодных для использования в соответствии с условиями настоящего договора.

Для организации работы кафедры (следует название) используются помещения, указанные в

Кагры

Зачем изобретать велосипед?

Что стоит за красивыми названиями

приложении № 1 к настоящему договору.

На первом месте студенты. Прекрасно. Интерны, ординаторы, аспиранты и слушатели не в счёт. Не о них болит голова.

В пункте 1.2. не детализируется, что значит «пригодные для использования». Пригодными для использования в учебном процессе со студентами старших курсов являются учебные комнаты, расположенные, как это было раньше, в клинических отделениях больницы и закреплённые за клинической кафедрой.

Поэтому с надеждой открываю приложение № 1 к договору об организации практической (!) подготовки обучающихся. Предлагается указать адрес (больницы), номер кабинета, этаж и даже площадь.

В последнее десятилетие кафедре предлагают располагаться в любом помещении, кроме больничного отделения, – кабинеты патологоанатомического корпуса, аудитории в учебном корпусе университета, в закрывающейся больнице, из которой уже выведены больные, а в распоряжение кафедры предоставлены «помещения» – пустые палаты.

Не мудрено, что в отрыве от больных обучение состоит теперь в решении тестов и тестовых задач. О порочности такого способа обучения клиническим дисциплинам писалось и говорилось много. И «Медицинской газетой», и учёными, работающими в вузах. Не буду повторяться.

Значит, главный врач, согласно этому договору, может считать выполненным своё обязательство, предоставив любое помещение, необязательно в клиническом отделении.

Но кафедрам нужны не просто помещения, нужна клиника, где можно как следует учить, прививать студентам практические навыки работы с больным, ассистентам – заниматься лечебной работой, тем самым поддерживать свою врачебную квалификацию, доцентам и профессорам – делать обходы, проводить консультации, заниматься научными исследованиями. Без клиники это невозможно.

Может, в договоре есть что-то в этом плане обнадеживающее? Читаю:

Пункт 2.4.1. Медицинская организация обязуется: создать условия для прохождения практической подготовки обучающихся, предусматривающей приобретение практических навыков в объёме, позволяющем выполнять определённые виды работ, связанные с будущей профессиональной деятельностью.

Реализация этого пункта возможна только, если кафедра в больнице располагается в клиническом отделении. Научить практическим навыкам в объёме, указанном в п. 2.4.1 – это значит научить общаться с больным, собирать анамнез, владеть приёмами физикального обследования больного, уметь проанализировать результаты обследования, поставить диагноз и назначить лечение. Не

деятельность. Значит, большая часть сотрудников клинической кафедры как была, так и осталась без участия в лечебном процессе. Стоит ли говорить, что учить врачеванию может только тот, кто сам хороший врач. Дать тесты и проверить по эталонам ответы может и человек с улицы.

Тем, кому посчастливилось быть призванными к осуществлению медицинской деятельности в медицинском учреждении,

кафедре, выросший до доктора наук. Есть пример. Стало быть, административный фактор не на последнем месте.

Таким образом, университетская клиника в том виде, как она функционирует согласно предложенному договору, не способна выполнить три главные цели учреждения высшего медицинского образования – учить, лечить и осуществлять научные исследования.

не позавидуешь. В приложении № 3 предусмотрен строгий учёт видов деятельности (консультации, консилиумы и т.д.) и объём нагрузки за год. Наверное, будет достаточно сказать, что нагрузку профессора составляет не одна сотня осмотренных и проконсультированных больных в год, чтобы представить себе, сколько сил и времени это потребует. И сколько останется для педагогической и научной работы.

Таким образом, за ласкающим слух названием – «университетская клиника» оказалась весьма ущербная структура, которая ни в какой степени не способна повысить качество подготовки врачей. Ни улучшить учебный процесс в части практических навыков, ни дать возможность каждому преподавателю получить доступ к врачеванию.

Вне поля зрения нового медицинского образовательного учреждения – университетской клиники, согласно обсуждаемому договору, осталась научная деятельность клинической кафедры. В нём молчаливо обойдён пункт о предоставлении кафедре клинического отделения. Клиническая медицинская наука может осуществляться только в условиях клиники, в кафедральном клиническом отделении. Мы научились преподавать «на пальцах» – по тестам и тестовым задачам. Науку на пальцах не сделаешь. Нужны больные – для постоянного наблюдения, всестороннего обследования, катмнеза. Сделать это как приходится работник – пришёл, провёл консультацию, поучаствовал в консилиуме – невозможно. В предложенной договором ситуации научная работа всех сотрудников кафедры становится невозможной. В интервью «Медицинской газете» (см. № 75 от 07.10.2015) Александр Чучалин констатирует, что «уровень профессиональной компетенции профессорско-преподавательского состава в ряде случаев оставляет желать лучшего» и подчёркивает – «резко упали научные исследования». Причину этого Александр Григорьевич видит в том, что «у большинства медицинских вузов нет своих клиник». Академик знает, о чём говорит – много лет заведует клинической кафедрой. Он же в другом интервью (см. «МГ» № 24 от 08.04.2016) говорит (объясняя причину сложившейся ситуации): «к руководству пришло поколение врачей-администраторов, которые сами чаще всего не воспитывались у постели больного». Несколько лучше для кафедры обстоят дела, когда больницу возглавляет человек, поработавший на

Учить, лечить и делать науку можно только в условиях классической университетской клиники. Это доказала история не одного столетия существования такой клиники. Создавались великие клинические школы. Воспитывался врач клиницист, овладевший практическими навыками и клиническим мышлением на примере своих учителей, бывших врачами с большой буквы, усвоивших гуманный подход к больному человеку, принципы деонтологии.

Кто-то скажет, что сейчас это невозможно по многим причинам, в первую очередь финансовым. Клинический городок для Самарского медицинского института был построен в 30-е годы прошлого столетия. Те годы не назовёшь «тучными». Значит, дело в приоритетах. Не хочется повторять известное, что образование и здравоохранение – единственные рычаги, с помощью которых возвращается образованное и здоровое поколение, способное создавать и приумножать материальное и духовное богатство страны, но это именно так.

Может быть, следует вернуться к достаточно убедительно себя зарекомендовавшей модели высшего медицинского образования – клинической на самом деле, а не по названию, больнице, где клиническим кафедрам предоставлены больничные отделения с учебными помещениями в них. Чтобы будущий врач уже на студенческой скамье вживался в атмосферу врачевания, приучался к работе в коллективе, на примере своих преподавателей осваивал навыки работы с больным человеком. Чтобы клиническая работа преподавателя оплачивалась вузом, а не главным врачом больницы. Чтобы в администрацию вуза подавались отчёты преподавателя о действительном количестве пролеченных больных и выполненной на кафедре научной работе, о том, что он реально занят лечением и научными исследованиями. Сказанное отнюдь не исключает все новые формы обучения – дистанционные, симуляционные. Они вспомогательные, а не базовые, позволяют ускорить овладение практическими навыками, освоить современное медицинское оборудование и не могут заменить обучение у постели больного.

Стоит ли изобретать другие модели высшего медицинского образования, которые напоминают, скорее, малоприспособленный для езды велосипед, на котором далеко не уедешь?

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Москва.

Исследования

Антителами по бляшкам

Долгие годы учёные пытались выяснить функцию белка APP, и лишь недавно на этом пути наметился определённый прогресс. Сотрудники Орегонского университета в городе Портленд выяснили, что белок Альцгеймера необходим прежде всего для нормальной миграции юных нейронов и их предшественников, части из которых приходится пересекать медиальную плоскость мозга. В результате этого в частности осуществляется перекрёст части зрительных нервов и переход на другую сторону моторных аксонов-отростков (именно поэтому у людей с инсультами и инфарктами в левом полушарии отказывает правая сторона тела).

APP относится к нейрораггезивным протеинам, участвующим в образовании межклеточных контактов. Помогают APP в миграции нервных клеток белки эфрины, открытые поначалу в печёночных клетках гепатоцитах, синтезирующих хорошо известный протеиновый «допинг» эритропоэтин (Erythropoietin-producing human hepatocyte – Ephrin). В качестве «рельсов», по которым идёт миграция нейронов, выступают волокна пучков-фасцикулов с их белком фасциклином, синтезируемые глией, то есть клетками белого вещества мозга. Маркёром последней является белок с соответствующим названием нейроглиан. Картина этого довольно сложного набора функциональных протеинов показывает, насколько трудно вычленивать в ней роль отдельных компонентов, что во многом затруднило понимание того, за что «отвечает» APP. Проблема осложняется тем, что в развитии заболеваний, и в частности нейродегенеративных,

«виноваты» не только структурные гены, отвечающие за синтез тех или иных белков. В цитоплазме присутствует сонм самых разных РНК – начиная от микро в несколько десятков «букв» ген-кода и кончая гигантскими информационными длиной в несколько тысяч. Исследователи Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе выявили нарушение синтеза микроРНК при аутистическом спектре расстройств, при котором также страдают нейроны и их связи. МикроРНК печально знамениты тем, что могут «выключать» геновую активность, разрушая с помощью белковых комплексов молекулы информационной РНК, переносящих генетическую информацию о синтезе протеинов (что можно сравнить с перерезкой телефонных кабелей и оптоволоконных линий).

Развитие болезни Альцгеймера связывали с повышением функции микроглии, клетки которой выполняют в мозгу роль мечниковских макрофагов, атакующей амилоидные бляшки. Именно поэтому определённую надежду вселило использование противовоспалительных терапий, но она довольно быстро угасла. Большие фармацевтические компании, давно овладевшие производством любых моноклональных антител (mab – monoclonal antibodies), убеждают врачей больше полагаться на биоинженерные продукты. Так, в 2015 г. один из фармгигантов предложил антитела соланезумаб, которые довольно эффективны, но на ранних стадиях развития заболевания.

Их конкуренты из туманного Альбиона, где и были получены первые «моноклоналы», предложили свой продукт, названный адуканумаб (Aducanumab), который более года вводился людям специалистами Университетского колледжа в Лондоне. Испытания показали, что

новые терапевтические антитела в полном соответствии с применённой дозой снижают уровень как растворимого, так и нерастворимого (выпадающего в виде бляшек) амилоида, чего не наблюдалось в контрольной группе пациентов, которым вводили плацебо. Общее число принявших участие в клинических испытаниях составило 165 человек с ранней стадией болезни Альцгеймера. Среди побочных эффектов применения антител отмечалось некоторое «обводнение» мозговой ткани, что приводило к повышению внутричерепного давления и связанной с этим головной болью.

Несмотря на то, что предстарческая деменция, или преждевременное слабоумие описано А.Альцгеймером более века назад, роль амилоида остаётся во многом загадочной. Имя ему дал учитель и начальник открывателя Р.Вирхов, увидевший под микроскопом слоистое строение токсичных для нервных клеток бляшек. Сходную слоистость имеют и зёрна крахмала-«амилюма», поэтому руководитель назвал вещество бляшек амилоидом. Лишь много времени спустя учёные, преодолевая сопротивление последователей германского авторитета, доказали, что бляшки образуются в результате самосборки мутантного пептида, или «осколка» нейронного протеина APP. Если ген белка нормальный, то люди до глубокой старости сохраняют ясность ума и светлую память, однако мутация приводит к тому, что от протеина начинает отщепляться нейротоксичный амилоидный пептид.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Nature Neuroscience.

Igen

Рак: диагностировать раньше

Группа исследователей из Университета Суонси (Великобритания) объявила о разработке нового метода анализа крови, с помощью которого онкологические заболевания можно обнаружить раньше, чем когда-либо прежде. По словам учёных, этот тест произведёт революцию в диагностике рака и поможет спасти миллионы жизней, поскольку такая ранняя диагностика сделает лечение рака намного более эффективным.

Новый анализ позволит выявить начало онкологического заболевания задолго до того, как симптомы болезни можно будет диагностировать обычными способами, что делает возможным его эффективное использование в группах риска или при выявлении бессимптомных форм рака. Тест занимает несколько часов, и может быть выполнен в любом амбулаторном учреждении, так как для его проведения требуется самое обычное лабораторное оборудование.

По словам руководителя научной группы профессора Гарета Дженкинса, тест обнаруживает мутации в белках, которые располагаются на поверхности красных кровяных клеток. Эти ферменты работают как «липучки», приклеивая к своей поверхности необходимые протеины, однако при онкомутациях они теряют эту способность.

Окрашивание клеток с помощью флуоресцирующих антител позволяет определить наличие или отсутствие определённой группы протеинов на поверхности кровяных клеток и рассчитать соотношение нормальных и мутировавших клеток, после чего это соотношение сравнивается с нормой. У здоровых людей в среднем обнаруживается примерно 5 мутировавших эритроцитов на миллион, но у пациентов с онкозаболеваниями их количество может возрасти более чем в 10 раз: до 50-100 мутантов на миллион. У пациентов, подвергающихся химиотерапии, количество мутировавших эритроцитов достигает нескольких сотен на миллион безядерных клеток.

Отметим, мутации красных кровяных телец не принимают непосредственное участие в процессе развития рака. Профессор Дженкинс назвал это явление «сопутствующим ущербом», возникающим в качестве побочного продукта внутреннего развития онкологии. В данном случае, отметил учёный, это удачное сочетание, так как благодаря ему можно определить начало заболевания простым, эффективным и неинвазивным способом.

«Наш тест чем-то напоминает «детектор дыма», – отметил профессор Дженкинс. – Он не обнаруживает присутствия огня в доме, но реагирует на побочный продукт – дым. Наш тест также выявляет рак, реагируя на «дым» – мутирующие клетки крови, ибо, как нет дыма без огня, так нет рака без мутации, так как мутация является основной движущей силой для развития любого онкологического заболевания», – подчеркнул он.

Марк ВИНТЕР.
По сообщению ВВС.

Угроза

По данным учёных из Университета Лидса, благодаря укусам москитов вирусы вроде Зика быстрее распространяются по организму. Это увеличивает вероятность тяжёлого заболевания. Специалисты провели исследование на мышах.

Исследователи изучали укусы москитов Aedes Aegypti. Данный вид переносит возбудителей инфекций, таких как лихорадка Чикунгунья, Денге и Зика. При

Опасный симбиоз

укусе слюна москита попадает в кожу. Возникает иммунный ответ, и нейтрофилы и миелоидные клетки спешат к этому месту. Однако некоторые клетки случайно размножают вирус или заражаются.

Учёные вводили вирусы в кожу мышей с укусом и без укуса москита и сравнивали реакцию. Когда укуса и сопровождающего его воспаления не было, вирусу не

удавалось активно размножиться. А при наличии укуса уровень вируса в коже существенно возрастал. Исследователи надеются, что их открытие поможет предотвратить серьёзные заболевания.

Кирилл ОРЛОВ.
По материалам Zee News.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к районам Крайнего Севера)

приглашает на постоянное трудоустройство врачей следующих специальностей:

✓ уролога	✓ инфекциониста
✓ оториноларинголога	✓ эндокринолога детского
✓ эндокринолога	✓ терапевта участкового
✓ кардиолога	✓ психиатра нарколога детского
✓ педиатра участкового.	

Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:
8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 – заместитель главного врача по поликлинической работе
8 (950) 511-57-83 – заместитель главного врача по детству.
Официальный сайт: **совбольница.рф**

Адрес: **ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.**
Резюме направлять по E-mail: **sovhospital@совбольница.рф.**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

Для работы в районной больнице в пгт Междуреченский Кондинского района, ХМАО – Югра (местность приравнена к району Крайнего Севера)

требуются специалисты с высшим медицинским образованием:

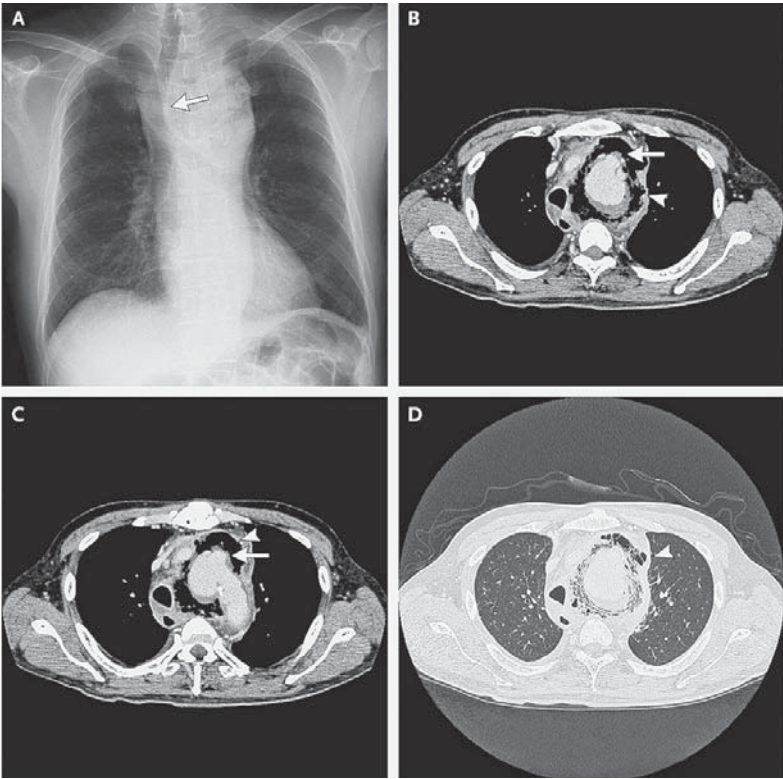
ОНКОЛОГ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГ, ПСИХИАТР ДЕТСКИЙ, ИНФЕКЦИОНИСТ, ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, ТЕРАПЕВТ, ПЕДИАТР, НЕВРОЛОГ, ХИРУРГ, ОФТАЛЬМОЛОГ, ПАТОЛОГОАНАТОМ.

Предоставляются: единовременная компенсационная выплата медицинским работникам в возрасте до 50 лет в размере 1 млн руб.; жильё.

Контакты: **http://kondazdrav.ru,**
e-mail: **muz-mrb@rambler.ru,** приёмная **8 (34677) 32-110.**

Случай

Аортит, вызванный Salmonella enterica. Образ патологии



У 66-летнего мужчины, страдающего артериальной гипертензией, в течение последнего месяца отмечалась лихорадка, и в последние 4 дня появилась охриплость.

Со слов больного, у него не было боли в груди, кашля или одышки. Был подъём температуры до 38,7°C, но при врачебном осмотре отклонений не было выявлено. Анализ крови показал повышенное количество лейкоцитов, а при рентгенологическом исследовании отмечено расширение дуги аорты с отклонением трахеи вправо (рис. А, стрелка). КТ грудной клетки выявила псевдоаневризму дуги аорты (рис. В и С, стрелки), окружённую большим количеством газа (рис. В, С и D, головки стрелок). Было начато лечение пиперациллин-тазобактамом. В культуре крови по-

лучен рост Salmonella enterica. Был поставлен диагноз сальмонеллёзный аортит. У больного внезапно развился коллапс вследствие разрыва инфицированной аневризмы. По срочным показаниям было выполнено хирургическое вмешательство – трансплантация с последующей установкой стента после того, как в послеоперационном периоде развилась пищеводная фистула. Сначала наблюдалось выздоровление, но по неизвестным причинам больной умер спустя несколько месяцев после операции. Инфицированная аневризма дуги аорты сальмонеллёзной природы встречается редко и ассоциирована с высокой морбидностью и смертностью.

Рудольф АРТАМОНОВ.
По материалам
New England Journal of Medicine
(2016 M.Takagi, M.Kato и M.Kyodo).

Почему бы и нет?

Новый удар по стафилококку

Учёные из Имперского колледжа Лондона (Великобритания) нашли новый способ борьбы с бактерией *Staphylococcus aureus* (золотистый стафилококк). Они раскрыли механизм, с помощью которого бактерия регулирует уровень соли внутри себя, и придумали, как можно этому воспрепятствовать.

Как известно, *Staphylococcus aureus* часто становится причиной пищевых отравлений. Микроорганизм обитает на коже и в носу у каждого четвертого человека. При попадании внутрь эти бактерии могут нанести серьёзный вред – инфекция, заражение крови, даже смерть. Штамм MRSA выработал резистентность к ряду антибиотических препаратов. Бактерия устойчива к высоким температурам и концентрации соли, которые обычно используются для долгосрочного хранения продуктов. Команда исследователей надеется, что их открытие поможет уничтожить *Staphylococcus aureus* в пище, предотвратив возможную интоксикацию.

Так, в новом исследовании учёные выяснили, как бактерия регулирует количество соли внутри себя. Если этот механизм удастся разрушить, то бактерия умрёт

от обезвоживания, либо потеряв слишком много жидкости, либо употребив слишком много соли.

Ведущий автор исследования, профессор Анжелика Грюндлинг, отметила, что теперь у исследователей есть понимание того, как происходит процесс регулирования соли. Несмотря на то, что пока работа находится ещё на ранней стадии, в будущем она и её коллеги надеются, что новые знания поспособствуют предупреждению стафилококковых инфекций.

В лабораторных условиях группа профессора Грюндлинг выявила, что за то, сколько соли будет потреблено бактерией стафилококка, отвечает сигнальная молекула циклического диаденозинмонофосфата (di-Amp). Именно она, «заметив», что бактерия находится в среде с высоким содержанием соли, включает в работу особые транспортные белки, которые защищают клетки. Протеины отправляют в эти клетки особые молекулы, которые работают, как миниатюрные губки. Они поглощают воду, не давая ей переместиться наружу, а также не пускают внутрь клетки соль.

Наряду с этим учёным удалось пресечь действие этого механизма. Они обнаружили, что если увеличить интенсивность сигнала, получаемого белками, то количество

микрогубок значительно снижается. Как следствие – *staphylococcus aureus* становится более чувствительным к количеству соли снаружи, и в конечном итоге может погибнуть. Другая группа учёных выявила аналогичный механизм, работающий в бактериях-возбудителях листериоза.

Соавтор исследования Кристофер Шустер заявил, что в настоящее время одним из распространённых способов сохранения пищи свежей является её засаливание, и если раньше некоторые бактерии выживали, будучи устойчивыми к высокому уровню соли, то сейчас исследователи будут работать над методом, который остановит ответственные за защиту от соли сигнальные молекулы.

Соответственно, при применении такого метода можно будет с уверенностью сказать, что все вредные микроорганизмы погибли и продукт пригоден к употреблению. В ходе дальнейших изысканий учёные надеются выяснить, как именно сигнальная молекула управляет транспортным протеином, а также – какие ещё молекулярные губки задействованы в процессе.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации medicalxpress.com

Дословно

Немецкий институт, занимающийся исследованиями эффективности расходов в сфере здравоохранения, раскрыл проект Европейского агентства лекарственных средств (ЕМА) по внедрению ускоренной процедуры одобрения лекарств.

Тише едешь — дальше будешь

Основная критика немецкого Института исследования качества и эффективности в здравоохранении (IQWiG) направлена на планы Европейского агентства лекарственных средств (ЕМА) по внедрению схемы поэтапного одобрения препаратов. Такая модель подразумевает быструю выдачу разрешения на применение инновационного лекарства для терапии небольшой группы пациентов, которым препарат жизненно необходим.

Затем, по мере рассмотрения заявки и проведения расширенных клинических исследований, препарат можно будет применять для терапии пациентов, относящихся к другим категориям. «В связи с ускорением процесса вывода лекарств на рынок пациенты будут ждать, что производители установят более низкие цены на инновационные препараты», – заявил в декабре Гвидо Раси, руководитель ЕМА.

Примечательно, что 2 года тому назад ЕМА начало применять «схему поэтапного одобрения» в рамках пилотного проекта. В начале августа 2016 г. агентство опубликовало отчёт об успехах

применения этой схемы, который и вызвал критику Немецкого института качества и эффективности в здравоохранении.

Представители IQWiG считают, что фармацевтические компании не предоставляют достаточно детальные данные о безопасности и эффективности препарата, когда подают заявку на его одобрение. Кроме того, ЕМА не позаботилось о предоставлении сведений о безопасности и эффективности, полученных во время поэтапного применения препарата, врачам или исследователям до его выхода на рынок.

«Если этого до сих пор нет, то как раз самое время остановиться и пересмотреть всю концепцию, вместо того чтобы рассматривать больше препаратов при обсуждении поэтапного одобрения, как это запланировано ЕМА», – пишет IQWiG.

Что характерно, ЕМА отметило в последнем отчёте, что поэтапное одобрение подходит не для всех лекарств.

Борис БЕРКУТ.

По сообщению Reuters

Однако

Казалось бы, совсем недавно стало известно, что вкусов пищи не четыре, а пять: к сладкому, солёному, горькому и кислому добавился вкус умами. Его ощущение создают глутамат натрия и другие добавки, а сам он традиционно используется в восточной кухне.

Крахмалистый вкус



Теперь же список вкусов пополнился ещё одним. Авторы назвали его «крахмалистым» – они поясняют, что одни могут назвать этот вкус «рисовым», а другие – «хлебным». Именно он характерен для пищи, богатой углеводами, считают учёные из Университета Орегона (США).

Именно из-за этого «крахмалистого» вкуса многие люди предпочитают есть выпечку и другие продукты, содержащие много углеводов.

Для того чтобы подтвердить существование шестого вкуса, учёные пригласили 22 добровольцев, которым предложили попробовать растворы, содержащие различные количества углеводов. Они оценили каждый из продегустированных образцов.

Далее учёные добились того, чтобы участники стали неспособны

различать сладкое – блокировав работы определённых вкусовых рецепторов на поверхности языка. После этого заблокировали процесс расщепления длинноцепочечных углеводов – обычно этот процесс протекает очень быстро.

В результате люди всё равно узнавали «крахмалистый» вкус, то есть рецепторы реагировали не на сладкое, а именно на вкус пищи, богатой углеводами. Ранее считалось, что углеводы обладают лишь сладким вкусом, а не своим собственным.

Теперь учёные собираются найти, какие же рецепторы отвечают за восприятие шестого вкуса. Другая исследовательская группа сообщила, что своим вкусом обладают и жиры.

Марк ВИНТЕР.

По информации sciencealert.com

Взгляд

Подберу музыку к словам...

Систематическое прослушивание музыкальных произведений помогает онкологическим больным облегчить симптомы тревоги, боли и усталости, сообщила группа исследователей из Университета Дрексел (США).

Учёные исследовали влияние музыкотерапии (то есть прослушивания музыкальных произведений, рекомендованных врачом или медсестрой) на психологическое и физическое состояние у людей, больных раком. По словам руководителя группы, доцента университета Джока Бранда, группа провела 62 эксперимента с участием 3731 онкобольного. 33 ис-

пытания были классифицированы как музыкальная терапия (то есть музыка подбиралась специалистом, музыкальным терапевтом), а 29 испытаний – как музыкальное медицинское вмешательство (музыку предлагал лечащий врач и медсестры).

Как выяснилось в ходе эксперимента, слушание музыки привело к снижению тревожности пациентов, а также к понижению уровня болевых ощущений, однако уровень усталости музыкальные произведения не снижали.

Тем не менее, заключил Бранд, команда добилась значительных успехов, так как опытным путём доказала, что прослушивание музыки

может уменьшить потребность пациентов в анестетиках, а также сократить время восстановления и длительность госпитализации. Однако, отметил врач, это лишь предварительные результаты. Для конкретных рекомендаций необходимы дополнительные исследования.

«Музыкальная терапия может сыграть важную роль в лечении рака, но мы пока не знаем, какие виды музыкальных вмешательств лучше всего подойдут для какого типа лечения», – заключил он.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению BBC

А как у них?

Марихуана: за и против

Управление по борьбе с наркотиками США (DEA) отказалось вывести марихуану из разряда наркотических веществ, не предназначенных для медицинского применения. Это решение оставило в замешательстве власти ряда штатов, в которых разрешено употребление марихуаны, в том числе в медицинских целях.

Вот уже несколько десятилетий как марихуана наряду с героином входит в так называемый Первый список запрещённых веществ. В него включают вещества, которые с высокой степенью вероятности вызывают привыкание и не используются в общепринятой в США клинической практике.

«Марихуаны не должно быть в Первом списке», – заявил Эрл Блуменер, член Палаты представителей Конгресса США, демократ из

Орегона. По его словам, решение DEA вводит в заблуждение пациентов и производителей марихуаны, так как противоречит законам штатов и некоторым федеральным документам. В 25 американских штатах разрешено применять медицинскую марихуану. В пределах каждого такого штата врачи могут назначать пациентам марихуану, а производители и поставщики – продавать, однако на федеральном уровне марихуана запрещена, так что её назначение может грозить арестом и другими санкциями.

Заключение DEA стало ответом на петицию 2011 г. двух бывших губернаторов штатов, которые потребовали от федеральных регуляторов перевести марихуану в разряд веществ, предназначенных для применения в обычной клинической практике. В обращении к заявителям DEA отметило, что попросило Министерство здраво-

охранения и соцобеспечения США провести научную и медицинскую экспертизу. «Министерство заключило, что марихуана связана с высоким риском злоупотребления, не принято назначать её в общеамериканской клинической практике, и не доказано, что её употребление под наблюдением врача безопасно».

Что характерно, в апреле нынешнего года суд в Мексике запретил использование марихуаны в медицинских и научных целях. Канадцы приняли решение разрешить продажу только в одном городе – Ванкувере. Городской совет выдал магазинам лицензии на торговлю марихуаной в медицинских целях, но точки её продажи должны быть расположены не менее чем в 300 м от школ и общественных центров.

Генрих БЕРНЕР.

По сообщению Reuters

В 1861 г. в Петергофе, в семье русского генерала Густава фон Саломе, немца по происхождению, родилась дочь – младший ребёнок в семье, где уже было пятеро сыновей. Родители отца вынуждены были перебраться в Россию из Авиньона после Французской революции. Позднее фон Саломе участвовал в подавлении польского восстания (1830 г.), за что был пожалован наследным русским дворянством. Дома девочку звали на русский манер – Лёлей. Став любимицей родителей, она не получала от каза ни в чём. Училась в Петришуле, старейшей немецкой школе Санкт-Петербурга, но несколько своеобразно: начисто игнорируя те предметы, которые её «не интересовали», сосредоточившись исключительно на философии, истории и литературе.

«Резкая, как орёл,
сильная, как львица...»

В семье часто велись разговоры о революционном движении в стране и о том, что женщины участвуют в нём наравне с мужчинами. Лу долго хранила фото Веры Засулич, пытавшейся убить градоначальника Трепова. Бунтарка-революционерка обрела в её глазах романтический ореол. Дочь генерала мечтала стать то философом, то поэтессой, то террористкой...

Она была неглупа и интеллектуально восприимчива; красота её не была классической, но это обстоятельство лишь делало её обаятельнее. Один из лекторов салона фон Мейзенбург, 32-летний философ П.Рэ, влюбился в барышню, сделав ей предложение, но она заявила, что не признаёт брака, ибо европейский брак институционализирован христианством, а она презирует религию. Лу предложила Рэ жить вместе, но – целомудренно: посвятив себя сугубо «духовным интересам». Рэ согласился.

В апреле 1882 г. он познакомил Лу с Ф.Ницше. Тот был болен, почти слеп, одинок и малоизвестен. Философ так описывал её: «... она резкая как орёл, сильная как львица и, при этом, очень женственный ребёнок... у неё невероятно твёрдый характер и она точно знает, чего хочет, не спрашиваясь ничьих советов...» Встречи Саломе и Ницше состояли из бесконечных прогулок и нескончаемых бесед. Философ рассказал ей о своём детстве в пасторской семье; о кризисе религиозности, сопутствовавшем осознанию существования мира без божества... «Бог умер», но в человеке есть то, что может соперничать с ним. Для того, чтобы открыть сверхчеловеческое в себе, следовало, согласно Ницше, проделать трудное восхождение, поднявшись над слабостями, пренебрегая презрением окружающих, призывая на себя страдания... «Если бы кто-нибудь нас подслушал, – писала потом Лу, – то решил бы, что беседуют два дьявола». Примерно в это же время 21-летняя Саломе фотографируется вместе с Рэ и Ницше, запряжёнными в повозку, которую она погоняет кнутиком.

Философ не решился признаться ей в любви, попросив Рэ передать Луизе просьбу стать его женой. И тот передал: он не ревновал её к Ницше. Что прочитал философ в ответном письме? – «...во-первых, я испытываю глубокое отвращение к браку вообще, во-вторых, я живу на одну пенсию, которую моя мать получает как вдова генерала и, в-третьих, брак лишил бы меня скромной ренты, которая мне полагалась как единственной наследнице русского дворянского рода». Меркантильные соображения в устах Саломе прозвучали пошлым диссонансом к тем диалогам, которые она вела с Ницше.

Да и были ли эти беседы диалогами равных? Какие мысли юной недоучки могли обогатить классически образованного философа? Логично предположить, что Ницше увидел в Лу лишь собственное отражение. Он по-

Имена и судьбы

Мадам Цахес

Философ и психотерапевт Лу Саломе оставила след в жизни Ницше, Фрейда и Рильке

лагал, что обрёл в её лице единомышленника и созвучного мыслителя, а она была лишь «женственным ребёнком», внимавшим и впитывавшим чужие идеи, на которые реагировала, согласно кивая головой. Она просто слушала, уж это-то она умела, и талант молчаливой синтонности позволял Лу выглядеть так, как хотелось её собеседнику. Подобно Крошке Цахесу, она очаровала Ницше, и тот наделил её своим интеллектом, справедливо посчитав его выдающимся. Философ разговаривал сам с собой; Саломе произвела впечатление именно за счёт мимики под своего визави – как Крошка Цахес.

Чутьё на чужую
славу

Расставшись с Ницше, Саломе продолжала прежний образ жизни, перемещаясь от интеллектуальных альянсов в светские гостиные. В 1894 г. она написала работу «Ницше в зеркале собственного творчества». Книга содержит набор цитат философа, нанизанных на шампур авторского «видения». Претенциозная работа испещрена психологическими и философскими обобщениями, из которых ясно, что Саломе не понимала Ницше ни в период их общения, ни позже.

Но она умела слушать. И ещё одним её даром было чутьё на чужую славу. Благодаря ему Лу и задержалась в истории.

В июне 1886 г. она неожиданно вышла замуж за профессора кафедры иранистики Берлинского университета, сорокалетнего Ф.Андреаса. Чтобы доказать серьёзность матримониальных намерений, он предпринял попытку самоубийства, на её глазах ударив себя ножом. После раздумий Лу согласилась выйти за него замуж с условием: они никогда не вступят в сексуальные отношения. В течение 43 лет брака, как утверждают биографы, этого, действительно, не случилось. А Рэ вскоре погиб в горах. Полагали, что это было самоубийство. Саломея-Саломе начала сбор урожая голов.

Когда Лу было за тридцать, она отступила от принципов целибата. Первым её любовником стал Г.Ледебур, один из основателей Социал-демократической партии

Германии, в будущем – депутат рейхстага (чутьё на чужую славу после того, как она ошиблась с Ницше, вовремя не увидев в нём гения, больше ей не изменяло). Устав от скандалов, которые ей устраивали то муж, опять пытавшийся покончить с собой, то любовник, Лу бросает обоих и в 1894 г. уезжает в Париж. Там одним из её амантов становится писатель Ф.Ведекинд, позже на-

обучила его русскому языку. Он посвятил ей несколько стихотворений, по её совету сменил своё «женственное» имя – «Рене» на «Райнер». Изменился даже его почерк, став похожим на её графическую манеру. Рильке говорил, что без Лу он никогда бы не нашёл свой путь. Роман был весьма бурным, но через 4 года Саломе оставила поэта. Дружьи они оставались всю жизнь,

отказывая ей в научной респектабельности, в том числе и по причинам этнического свойства. Именно в силу этих обстоятельств он когда-то с восторгом встретил появление в рядах своих адептов К.Юнга, который, впрочем, позже стал «отступником». Возможно, Лу Саломе, с её аристократическими немецкими корнями и русским дворянством, вполне годилась на роль посредника между «венской делегацией» (В.Набоков) и «арийской» наукой. Не случайно же Фрейд наделил Лу титулом «мать психоанализа».

С 1914 г. она поселилась в Гёттингене, начав работать с больными и оставив ради науки беллетристику: ею написано около 140 научных статей. После того, как очередной её возлюбленный, талантливый словацкий психотерапевт В.Тауск (на 18 лет моложе Саломе) покончил с собой из-за того, что Лу прекратила их отношения, она полностью ушла в работу, занимаясь пациентами по 10 часов в день. Лу Саломе обладала даром слушать и у неё был талант синтонности: она могла встать на место собеседника, соотнося его состояние со своим, таким образом, чувствуя чужую проблему словно изнутри, проникая в неё, превращая её в личную эмоцию, собственную мысль, размещая их в своей пустоте. Спустя несколько лет к сходной концепции пришёл К.Ясперс, говоривший о необходимости «понять больного интуитивно».

Тем временем, жизнь в Европе стремительно менялась. Революция в России лишила дочь царского генерала её состояния и возможности видаться с родными. Инфляция в послевоенной Германии галопировала и мало кому по карману был визит к психоаналитику. Саломе всё чаще работала бесплатно. Она нуждалась в этой работе, ибо становилась кем-то, лишь отражая чужое лицо. И если отражать было некого, то возникла пустота и темнота зеркала, висящего в обезлюдевшей комнате.

В 1933 г. к власти в Германии пришёл Гитлер. Психоанализ был подвергнут остракизму. Книги Фрейда в Германии сжигались. Сестра Ницше, вышедшая замуж за нациста, написала на Саломе донос, сообщив о том, что «эта финская еврейка извратила наследие брата». Саломе назвала Э.Ницше-Ферстер «полоумной недоучкой», добавив, что Ницше был таким же фашистом, как его сестра – красавицей. Дружьи уговаривали её эмигрировать, но она отказалась: ей было уже за 70 и у неё появился очередной воздыхатель – издатель Э.Пфайффер. За два года до смерти у Саломе-Андреас был диагностирован рак. Операция не изменила положение дел. «Какие бы боль и страдания ни приносила жизнь, – писала Саломе незадолго до смерти, – мы всё равно должны её приветствовать. Солнце и Луна, день и ночь, мрак и свет, любовь и смерть – человек всегда между ними. Кто боится страданий, тот боится и радости». И эта патетическая фраза тоже была плагиатом мыслей Ницше о необходимости очищающего страдания.

Лу Саломе-Андреас умерла в 1937 г. Зеркало занавесили, комната опустела. И заросли дворцы колючими растениями, крапивою и репейником. И лешие переключаются один с другим. И бродит там, ища свой покой, ночное привидение...

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.



переписываясь до самой смерти Рильке (1926).

Пустота в зеркале

В 1910 г. по настоянию своего друга философа М.Бубера, Саломе написала книгу «Эротика», ставшую бестселлером (5 изданий), скорее всего, благодаря названию и скандальной известности автора. Основные идеи книги были компиляцией чужих книг и мыслей, опубликованных ранее и перемешанных с бижутерией из дамской сумочки. Работа Андреас-Саломе – претенциозная «диалектика» любви с пошлыми рассуждениями о взаимном притяжении и отталкивании полов. Но книга была замечена: такое эффектное верхоглядство отвечало стилистике декоративной эры модерна, попытавшейся отыскать новое содержание и смысл бытия через форму внешних проявлений. При этом, эпоха ещё сама не решила, кем ей быть – философом, поэтом или террористом?...

Вскоре европейские литературные журналы стали печатать её прозу (повести «Руфь», «Феничка», сборник рассказов «Дети человеческие», роман «Ма»).

В сентябре 1911 г. очередной любовник Саломе, шведский психоаналитик П.Бьер рассказал ей о психоанализе, не ожидая, что тема так заинтересует искушённую леди. Теория З.Фрейда уже устойчиво закрепились в модном тренде эпохи. Венский доктор наделил сексуальность свойствами детерминанты и доминанты поведения человека. Уже в 1911 г. Лу приняла участие в работе Международного психоаналитического конгресса в Веймаре и познакомилась с Фрейдом. Она вошла в круг его ближайших учеников, когда ей стукнул 51 год. Каждому, кто хотел практиковать психоанализ, следовало вначале пройти этот процесс самому в качестве анализируемого, дабы разобраться с собственным бессознательным. Лу Саломе-Андреас оказалась единственной, кому было позволено стать психоаналитиком без этой процедуры. Она отказалась от анализа, что, вероятно, можно трактовать и как страх саморазоблачения.

Хорошо известно, что отец психоанализа был крайне заинтересован в легитимации своей теории, которую тогда часто называли «еврейской психологией»,

Володька, увидев издаലെка бабушку Валою, мирно беседовавшую с соседкой у калитки дома, пулей понёсся к ней, с рюкзаком, подпрыгивающим за спиной. Съехавшая набок дедовская ушанка, расстёгнутая куртка, из карманов которой торчали дутые синтепоновые перчатки. Баба Валя, завидев внука, отвлеклась от беседы и принялась его отчитывать:

– Ты опять нараспашку! Сколько тебе раз повторять, что нужно застёгивать куртку?!

Но Володька не слышал причитаний бабушки. Ему было не до того. Другие мысли переполняли мальчишескую голову.

– Баушка, баушка, – почему-то так называл мальчуган свою бабушку, особенно, когда спешил, – можно я сейчас поем, переоденусь и побегу к Серёжке тётю Людиному? Ему приставку купили вчера. Он поиграть звал.

– А уроки учить? И так толком не учишься, учительница вот на тебя жалуется, грозитя в гости прийти, благо знает, что ни я, ни дед не можем дойти до школы. Чай не двадцать лет нам, чтоб километры наворачивать.

– Я не долго, ба! Я на полчаса. Туда и обратно. А вечером сочинение писать буду. Нам по русскому задали.

– Господи! – запрыгивала, обращаясь к соседке, баба Валя. – Ну и школы пошли! В третьем классе детей уже сочинения писать заставляют. Страсть! Из них скоро профессоров всяких в школе делать будут. И не смотря, что они ещё малявы. А тут сочинения им пиши! Господи, Боже ты мой...

Баба Валя не успела договорить, как Володька снова заканючил:

– Баушка! Ну, можно я к Серёжке побегу, а? Уроки я успею сделать, честное слово, а?

– Ну, Бог с тобой, иди, только не долго, – смягчилась баба Валя. А счастливый мальчуган уже забежал во двор дома, откуда донеслось его звонкое:

– Ага, ба, я мигом. Только чуть поиграю!

– Ох, и непоседа он у тебя! Шустряк какой, – заохала соседка Люба.

– Это точно! Куда только от его этой быстроты нам с дедом деваться? Кошмар один.

– Весь в мать пошёл, такой же..., – проговорила и внезапно замолчала Люба, увидев резко изменившееся выражение лица бабы Вали, которая вздрогнула, услышав последние слова собеседницы.

– Ой, Ивановна, прости, прости меня, дуру. Я не хотела, – осеклась вдруг Люба.

– Да ладно! Ничего. Что было, то прошло. Что ж теперь от этого всю жизнь бегать?... – тихонько, но отчётливо сказала баба Валя и добавила. – Ладно, пойду оборота покормлю, а то ведь ускачет голодным, торопыга...

Уже через пятнадцать минут Володька сидел переодетым в цветастую фланелевую рубашку и тренировочные штаны за кухонным столом и спешно доедал картошку с котлетой.

– Не торопись, ты, веретено, поперхнёшься ведь, – сдерживала его баба Валя, сидя напротив внука и перебирая рассыпанную по столу гречневую крупу.

Володька, естественно, не слушал бабушку и по-прежнему торопливо наворачивал свой обед.

На литературный конкурс

Сочинение на заданную тему

Рассказ



Серо-голубые глаза его ярко поблёскивали, отражая огонь, горящий в печке напротив обеденного стола. В кухне было жарко, оттого лицо мальчика горело ярко-красным румянцем, стелющимся по обеим сторонам щёк до самого подбородка. Тёмно-русые волосы были всклокочены: влетев в дом и сняв шапку, он не додумался расчесаться. Куда там, каждая минута дорога, ведь сегодня ещё много дел нужно сделать. Некогда мужику в зеркало любоваться, не мужицкое это занятие.

Володька доел свою картошку и понёсся в коридор собираться.

– Ты смотри, Володька, долго не будь. Токма часик и домой. У тебя ещё дел – конь не валялся. Сам знаешь – сочинение ещё писать.

– Знаю, знаю, ба. Я мигом, только в «танчики» и всё, – донеслось из прихожей и входная дверь захлопнулась.

Баба Валя посмотрела в окно. Володька уже нёсся по сугробам к соседскому дому, спотыкаясь. Куртка всё так же развевалась по ветру оттого, что была не застёгнута, ушанка едва держалась на голове, сползая то на один бок, то на другой...

– Вот, поросёнок, простудится ведь! Торопыга, – прошептала баба Валя и замолчала. А через мгновение добавила, – как мать...

...Матери у Володьки не было давно. Её у него вообще никогда не было. Впрочем, как и отца, который погиб в поле, на пашне. Володька тогда ещё не родился.

Его родители – Марина и Николай – встретились и познакомились в техникуме. Учились в одном потоке. Он – на механика, а она – на агронома. На последнем курсе сыграли свадьбу. Окончив техникум, оба устроились работать

в местный совхоз, а ещё через год Марина узнала, что у неё скоро будет ребёнок – мальчик. Имя ему сразу выбрали: ещё когда учились, мечтали сына назвать Владимиром. Ждали – не дождалась. Буквально через неделю с Николаем случилось несчастье. Угодил под трактор. Врачам спасти его не удалось: сильнейшая травма головы. Марина чуть не сошла с ума. На похоронах два раза падала в обморок. От неё не отходила местная медсестра. Вскоре в больнице установили, что от стресса у Марины начались осложнения. Не исключался вариант, что ребёнок родится с существенными физическими отклонениями или даже с умственными пороками. Но Марина решила рожать. Она верила, что Володька родится лучшим ребёнком в мире, самым красивым и умным. Самым здоровым...

...И он родился, правда, чуть раньше срока. Но Марина даже не увидела своего сына. Случившаяся трагедия и осложнённая беременность сказались на здоровье. Не выдержало сердце...

А Володька родился здоровеньким и крепеньким. Ещё в роддоме Марине сразу сказали, что будет этот малыш настоящим мужиком. И, правда, когда Володька подрос, то за свой характер он получил прозвище Мужичок. Да и вёл себя вполне по-мужски: помогал старикам – бабушке и деду-инвалиду, мог смело постоять за себя, да и друзей своих в обиду не давал.

Вырастили мальчика дед с бабушкой – родители Марины. У Николая тоже отца с матерью не было, как и не стало их у его сына. Володька невольно повторил судьбу своего отца, которого так никогда и не увидел.

...Баба Валя в потёмках все ещё перебирала гречку. Тихо тикали старые жестяные часы на серванте. Потрескивали поленья в тесной печке. Звонко сыпались в эмалированный ковш отобранные старухой зёрнышки.

В комнате заскрипела кровать, заёрзали старые половицы, зашаркали тапочки. Проснулся и неторопливо вышел в кухню сутулый, небритый и лысый дед. Взглянув на бабу Валою, занятую делом, он подошёл к маленькому оконцу. Через мгновение, не поворачивая головы к жене, старик проговорил:

– Ты, глянь, намело-то как. А по радио оттепель обещают. Опять всё растает, как на той неделе было. А потом мороз вдаст. Не выйдешь на улицу – удышишься к ядрёне матрёне.

Реакции на стариковское ворчание не последовало. Повисла минутная пауза.

– Ты чего это молчишь, а? Чего смолкла? Аль худо тебе? – всё так же, не поворачиваясь, но как-то мягко и заботливо проговорил дед.

– Худо. Марину вспомнила... Николая...

При этих словах старик резко повернулся. Глубокая боль, исходящая откуда-то изнутри, из души, искривила его морщинистое лицо. В потускневших серых глазах блеснула искра горечи. Он подошёл к жене, которая сидела к нему спиной, положил тяжёлую руку ей на плечо и прохрипел:

– Не надо. Ты это брось, старая. Не смей...

Потом старик опять посмотрел в окно, а через секунду добавил:

– Лучше вон... Иди, встречай внука...

И зашаркал назад в комнату.

Уже скоро в доме звучал задорный звонкий голос Володьки,

который сидел на диване рядом с дедом и увлечённо что-то рассказывал ему. Баба Валя сидела поодаль на стуле. Сидела и смотрела на них. Молча. Просто смотрела, всё с тем же таинственно-загадочным, очень грустным выражением лица.

– Ну, всё, хватит! – наконец прервала она оживлённую беседу. – Довольно болтать. У тебя, Вова, ещё много дел. Да и деду надо отдыхать... Вон, весь аж задыхается. Чего там у тебя с сочинением?

Тут Володька стушевался. Стал виновато прятать глаза.

– Мне, мне Раиса Иванна двойку поставила. Сегодня на уроке...

Сочинение заставила писать к 23 февраля – «Мой папа – самый лучший на Земле». Я сказал, что буду писать про деда, а она мне «пару» влепила и велела дома написать... Да она новенькая, – продолжал Володька, шмыгая носом, – наша русичка заболела.

– Ах, вон оно, в чём дело. Хватит хныкать. Ты мужик или кто? – вмешался дед.

– Му-жи-к, – протянул, успокаиваясь, Володька.

– Давай бери тетрадку и марш писать сочинение. Про... Да хоть и про меня пиши, – скомандовал старик.

– Но мне опять... – начал было Володька, но его дед прервал:

– Пиши, сказал! Пиши, говорю про меня. А ты, Валя, – обратился он к жене, – сходи к Любке, что в пятнадцатой избе живёт. У ней ведь сноха в школе медсестрой работает. Пусть сходит к этой Раисе, как там её...

– Ивановне, – протянул Володька, шмыгая носом и потирая глаза. – Во-во, Ивановне. И объяснит ей, что к чему. Вот и все дела.

И Володька написал. Сел, сосредоточился и написал. Деду сочинение не читал. Бабушка испугалась, что разволнуется сильно, а сердце у него слабое. От греха подальше. Сама всё проверила, а когда услышала: «Мой дед – самый лучший в мире. Самый-самый. Хотя я и не видел моего папу, но я знаю, что он такой же был, как дед. А мама – как моя бабушка...» – заплакала. Ночью у Володьки поднялась температура. Утром баба Валя отругала Володьку за то, что он, бегая раздетым, заработал ангины или грипп. В школу Володька, конечно, не пошёл. Остался дома на целую неделю.

А сочинение внука баба Валя отправила с соседкиной снохой – медсестрой и передала объяснительную записку, где по-стариковски бессвязно, но с нескрываемой болью рассказывала о нелёгкой судьбе внука.

Володька ещё не выздоровел, но уже знал, что по содержанию его сочинение было признано лучшим. Раиса Ивановна даже прочитала его перед классом. А вот за грамотность он схлопотал «трояк». Но сильно он не расстроился – с орфографией у него всегда как-то не ладилось. Как у матери...

ОБ АВТОРЕ. Максим Страхов проживает в Тверской области. Он сосудистый хирург, преподаватель Тверского государственного медицинского университета.

Поэт, публицист, литературный критик, член Союза российских писателей. Автор четырёх книг стихов и прозы.

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

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

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

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

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-08-00388 Тираж 28 481 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.