

Особый случай

Против опухоли – мастерство хирургов

Его продемонстрировали кубанские врачи



На Кубани успешно прооперировали пациента с огромным новообразованием. Опухоль росла из периферических нервных стволов правой почки и заполняла почти всю брюшную полость...

...В Ейскую ЦРБ Краснодарского края обратился 59-летний мужчина. Он жаловался на постоянные боли в животе, который при том сильно увеличился. Диагностика подтвердила худшие опасения врачей: всему виной оказалась огромная 35-сантиметровая опухоль.

Пациент был срочно доставлен в онкоурологическое отделение НИИ – Краевой клинической больницы № 1. Перед командой руководителя отделения профессора Владимира

Оперирует профессор В.Медведев

Медведева встал ряд серьёзных задач. Такое громоздкое новообразование требовалось искусно отделить от окружающих органов – печени, кишечника и магистральных сосудов. В то же время ход операции осложнял крупный тромб в нижней полой вене, который вместе с участком сосуда также пришлось удалить. В конце концов благодаря мастерству опытных хирургов все этапы оперативного лечения прошли гладко. Вмешательство длилось более 3 часов.

...Впоследствии удалённую опухоль исследовали в лаборатории. Морфологи выяснили, что она росла не из почечной ткани, а из

периферических нервных стволов. По мнению специалистов, этим и объясняется, почему больной с новообразованием таких крупных размеров смог выжить.

Для мировой медицины этот клинический случай можно назвать уникальным. В научной литературе о хирургическом лечении подобных заболеваний встречаются лишь единичные упоминания.

Сегодня пациент уже выписался из краевой больницы и вернулся домой.

Дмитрий АНДРЕЕВ,
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

Наталья МАНТУРОВА,
главный пластический хирург
Минздрава России,
доктор медицинских наук:

Эстетическая медицина должна быть интегрирована в поле обязательного медицинского страхования.

Стр. 6



Сергей КОЛЕСНИКОВ,
академик РАН:

Рассуждать о каком-либо лечебном феномене исключительно с позиции веры и неверия некорректно.

Стр. 7



Андрей БЕЛЕВСКИЙ,
главный пульмонолог Департамента
здравоохранения Москвы, профессор:

Медицинское сообщество нашей страны нуждается в разработке программы по профилактике и терапии обострений ХОБЛ.

Стр. 10



Профилактика

Врач – пример для подражания

В Ульяновской области уже около половины участников проекта «Больница, свободная от табака» бросили курить.

Проект стартовал в октябре 2015 г. и продлится до ноября этого года. В нём принимают участие медработники из почти 20 учреждений здравоохранения региона.

«Медик, который ведёт здоровый образ жизни, вызывает у пациента больше доверия и является примером для подражания. Из всех участников проекта «Больница, свободная от табака» на сегодняшний день 44 медицинских работника бросили курить после проведённой медикаментозной терапии, 56 человек стали курить в значительно меньшей степени. Например, те, которые ранее выкуривали по пачке сигарет в день, свели потребление табака к минимуму: 2-3 сигареты в день. На всех этапах проекта участники наблюдают психиатры-наркологи», – отметил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь. Участники проекта прошли медикаментозную терапию. Принимали назначенное лекарство, предоставленное партнёрами проекта,

и одновременно отказались от курения. До ноября медики будут находиться под наблюдением специалистов, после чего пройдёт подведение итогов проекта.

«Изначально мы всех участников протестировали, подобрали препараты и правильную дозировку. Теперь ежемесячно консультируем их, контролируем самочувствие. Около 45% медработников, в том числе 16 женщин, уже совсем бросили вредную привычку. С медицинской точки зрения, это хороший результат. Не исключено, что до конца года кто-то ещё откажется от потребления табака навсегда», – рассказал главный психиатр – нарколог Минздрава Ульяновской области Сергей Анфимов.

Между тем в Ульяновской области действует полный запрет на курение на территории всех лечебных учреждений.

Также за I квартал целенаправленную мотивационную поддержку врачей-наркологов получили более 500 ульяновцев, активно потребляющих табак, в том числе более 200 женщин. Около 100 человек из них находятся сейчас в ремиссии.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

События

Учителю всех трансплантологов

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова приняла участие в открытии памятника основоположнику мировой трансплантологии – Владимиру Демихову.

Памятник установлен в Федеральном научном центре трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова. Его открытие состоялось в рамках проведения VIII Всероссийского съезда трансплантологов, приуроченного к 100-летию В.П.Демихова.

«Это памятник великому учителю

всех трансплантологов», – отметила министр. Она добавила, что открытие такого памятника – это серьёзный урок, который должен научить российское здравоохранение, российскую медицину видеть таланты, поддерживать их.

«Очень важно видеть самые перспективные направления биомедицины и развивать их самим, а не тогда, когда они уже возвращаются на родину после мирового признания», – сказала она.

В завершение своей речи В.Сквор-

цова подчеркнула, что «открывая памятник такому великому учителю, человеку мира, как Владимир Демихов, мы ещё раз подчёркиваем главные векторы развития здравоохранения – биомедицину и инновационные подходы».

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Сити!

(О VIII Всероссийском съезде трансплантологов читайте на стр. 3.)

Новости

Прирастём специалистами

В Ульяновской области ведётся активная работа по привлечению кадров в отрасль здравоохранения. Специалисты регионального Минздрава принимают документы от выпускников общеобразовательных и среднеспециальных учебных заведений Ульяновской области на целевое обучение в медицинских вузах – партнёрах.

«В регионе ежегодно увеличивается количество целевых мест для будущих врачей. Сейчас почти 300 абитуриентов изъявили желание стать врачами и подали заявления на целевое обучение, это больше, чем в прошлом году. Данный факт становится сигналом для дальнейшего увеличения целевых мест и расширения географии сотрудничества с ведущими медицинскими вузами страны», – подчеркнул заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

В прошлом году в учреждения здравоохранения Ульяновской области трудоустроилось более 580 специалистов с высшим и средним медицинским образованием, что позволило снизить дефицит докторов на 7%, среднего медперсонала – на 5%.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

Болеет кто-то, но не я...

Специалисты Красноярского краевого центра медицинской профилактики решили выяснить, насколько информированы жители региона о сахарном диабете. Полученные результаты и порадовали, и обескуражили.

В целом осведомлённость участников акции оказалась высокой: 93% респондентов сказали, что знают об этом заболевании, а 76% даже осведомлены о причинах его возникновения. Приятно удивило организаторов и то, что более 70% участников опроса оказались «в курсе» осложнений СД.

А дальше – парадоксальное. Более половины тех, кто демонстрировал эрудированность в теме «диабет», не знают собственного показателя глюкозы в крови в настоящее время. Они либо сдавали кровь на сахар больше года назад, либо вообще никогда не делали этого. Такие данные – хороший повод к размышлению для тех, в чьи профессиональные компетенции входит формирование профилактических программ и просветительских акций.

И в продолжение – данные ещё об одном исследовании красноярцев. На этот раз в поле зрения попали исключительно подростки. Проанализировав данные профилактических осмотров за год, здесь выяснили, что в крае из числа детей в возрасте 10-14 лет у 2,6% диагностировано ожирение, а в возрасте 15-17 лет таковых ещё больше – 2,8%.

Накануне нынешней летней оздоровительной кампании региональный центр медпрофилактики снабдил детские лагеря методическими рекомендациями по предупреждению ожирения. Эффективность их уроков можно будет оценить уже осенью, с началом школьных профосмотров, когда детки не просто ответят на вопросы теории ожирения, а встанут на весы.

Елена ЮРИНА.

Красноярск.

Главные правила безопасности

Специалисты Дагестанского республиканского центра медицинской профилактики ведут активную работу по предупреждению острых кишечных инфекций, гепатита А и укусов клещей. В общественных местах, в крупных супермаркетах Махачкалы, куда чаще всего ходят жители и гости столицы, медики расклеивают информационные листовки, где подробно описываются способы защиты от таких опасных инфекций, как гепатит А, меры профилактики острых кишечных инфекций, а также инструкции того, как обезопасить себя и членов семей от укусов клещей.

Наглядный материал с советами и рекомендациями разработали сами специалисты. На некоторых листовках изображены анимационные персонажи, так что даже ребёнок сможет понять, о чём идёт речь и запомнить главные правила безопасности.

В Министерстве здравоохранения республики обещают, теперь такие акции будут проводиться регулярно.

Зарина АГМАДОВА.

Махачкала.

Жить ярко и здорово!

В рамках межведомственного взаимодействия коллектив Алтайского краевого центра медицинской профилактики принял участие в праздничном мероприятии «Живи ярко!», посвящённом Дню молодёжи России, которое прошло на площади перед Домом культуры посёлка Южный. Специалисты центра провели мастер-классы для жителей Барнаула по здоровому питанию и физической активности, основам скандинавской ходьбы. Горожане имели возможность пройти антропометрию, спирометрию, узнать уровень артериального давления. Все участники акции получили информационные материалы с алгоритмами оказания первой помощи при жизнеугрожающих состояниях, правилами здорового образа жизни.

На различных тематических площадках по творческим и спортивным направлениям проводились мастер-классы специалистами Алтайского краевого наркологического диспансера, Центра детского творчества № 2 и других организаций и творческих студий города.

Алёна ЖУКОВА.

Барнаул.

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

Начало

Онкогематологию —
в «нокаут»

Сокращаются сроки лечения и повышается качество жизни пациентов

Три современные палаты-боксы с системой обеззараживания и вытяжки воздуха введены в эксплуатацию в отделении гематологии Кемеровской областной клинической больницы.

Отделение специализируется на проведении высокотехнологичного лечения пациентов со злокачественными заболеваниями кроветворных органов и лимфатической системы: количество таких больных, получающих здесь курсовую химиотерапию, составляет 96-97%.

Одноместные боксы должны обеспечить пациентам гномотологические условия. Ведь от высоких доз химиопрепаратов иммунитет человека резко снижается, и на время он становится уязвим даже для самой банальной инфекции. Поэтому вход в отсек, где расположены боксированные палаты, оборудован шлюзом. Здесь смонтирована приточно-вытяжная вентиляция, удаляющая условно-заражённый воздух.

«В принципе, протоколы Минздрава по лечению острых лейкозов разрешают применять для этих целей и химиотерапию в обычных дозах, – поясняет заведующая отделением гематологии Марина Косинова. – Но такая схема лечения рассчитана на 2 года, из них 8 месяцев пациент должен про-



В новой палате

вести в стационаре. И вероятность рецидива заболевания всё равно остаётся высокой. А высокодозная химиотерапия позволяет сократить сроки лечения и удлиняет период ремиссии до 3-15 лет. Всё это время на «освободившейся» койке в общей палате мы сможем лечить других больных, тем самым

повышая для них доступность программных методов терапии, а стало быть, и эффективность лечения, и качество их жизни в целом».

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото Фёдора БАРАНОВА.

Перемены

Больница
начинается с уюта

И здесь пациентам не дадут растеряться



Всё – для удобства пациентов

В приёмно-диагностическом корпусе Республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко (Улан-Удэ) появился единый регистрационный центр (ЕРЦ).

Новое подразделение, как поясняют в администрации больницы, создано для оперативного перераспределения потоков пациентов, ведь именно здесь, в

«приёмнике», сосредоточивается большое число посетителей одновременно. Это и лица, прибывшие с направлением на плановую госпитализацию, и те, кого привезла «скорая», и кто обратился в РКБ самостоятельно.

Кроме того, именно в этот больничный корпус заходят пациенты, которым необходимо пройти обследование, а затем забрать его результаты. Здесь же место,

где встречаются с врачами родственники пациентов РКБ. Одним словом, людской поток велик и постоянен, и его необходимо направлять в нужное русло.

– В разработку концепции Единого регистрационного центра мы вложили много сил и эмоций. ЕРЦ оформлен весьма эстетично. Главным нашим принципом была ориентированность на пациента, – говорит главный врач РКБ им. Н.А.Семашко Евгения Лудупова.

ЕРЦ представляет собой просторную и уютную зону круглосуточного обслуживания посетителей с комфортной мебелью, большими телемониторами и информационными стендами. Удобны и эргономичны рабочие места сотрудников, всего их пять. Тщательно продуман дизайн и цветовое решение. Встречает посетителей администратор ЕРЦ, который помогает людям сориентироваться в приёмном отделении и распределяет их по «точкам контакта» в зависимости от характера обращения.

Это первый подобный опыт организации работы с посетителями в медицинских учреждениях Республики Бурятия.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Улан-Удэ.

В центре внимания

Трансплантация — широко распространённая практика

Как сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, принявшая участие в открытии VIII Всероссийского съезда трансплантологов, за последние 2 года у нас в 2 раза увеличились объёмы трансплантации сердца, в 3 раза — печени.

«За 2 года, прошедшие с предыдущего съезда, трансплантология в России из очень элитарного, высокотехнологичного направления стала широко распространённой медицинской практикой, и сегодня 22 региона Российской Федерации уже проводят эти операции в 43 медицинских организациях», — сообщила В.Скворцова.

Она добавила, что параллельно с уже вошедшими в широкую медицинскую практику трансплантациями сердца, почек и других

органов развивается такое экспериментальное направление, как имплантируемая система вспомогательного кровообращения.

Далее министр рассказала о законодательной деятельности Минздрава России в области донорства органов и их трансплантации.

«2015 г. был ознаменован тем, что впервые в российском законодательстве были внесены положения о финансовом обеспечении донорства, регионы Российской Федерации стали получать средства на развитие донорской службы, на прекондиционирование», — отметила она.

Среди наиболее важных нормативных актов, регулирующих донорство органов и их трансплантацию, В.Скворцова выделила недавно подписанный Федеральный закон «О биоме-

дицинских клеточных продуктах», который должен будет дать толчок к развитию комбинированных клеточных продуктов, созданию аутологичных органов с последующей возможностью их создания для конкретного человека и трансплантации.

«За последние 2 года мы научились создавать с помощью прототипирования и моделирования хрящевую ткань для конкретного человека, ткани печени, некоторые другие ткани и органы, и сейчас у нас целая линейка очень важных клеточных и тканевых продуктов», — уточнила министр.

В заключение своего выступления она пожелала участникам съезда здоровья, острых дискуссий и новых успехов.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сити!

Исследования

Пациенты хотят знать...

9 из 10 пациентов с фибрилляцией предсердий обеспокоены риском инсульта, многие хотели бы участвовать в принятии решения о терапии пероральными антикоагулянтами (ПОАК). Это подтвердил первый в своём роде опрос, посвящённый изучению информированности об инсульте и фибрилляции предсердий (ФП) более чем у 900 пациентов с этим симптомом.

Результаты показывают, что пациенты активно ищут информацию о методах лечения, чтобы снизить риск развития инсульта, связанный с ФП. Эти и другие результаты опроса были представлены на 2-й конференции Европейской организации по инсульту, которая состоялась в Барселоне.

«Впервые мы получили такие обширные данные о восприятии и предпочтениях в лечении у пациентов с ФП в разных странах, — комментирует руководитель исследования Дейдра Лэйн, сотрудник Университета Бирмингема (Великобритания). — Одним из ключевых результатов опроса является то, что многие пациенты с ФП хотят участвовать в приня-

тии решения, какой пероральный антикоагулянт им принимать. Это стремление отражает рекомендации, содержащиеся в действующих профессиональных руководствах, которые призывают к учёту ценностей и предпочтений пациентов при выборе терапии пероральным антикоагулянтом».

Исследование подчёркивает важность взаимодействия между пациентом и лечащим врачом: более чем для трети четвертей (76%) опрошенных основным источником информации о терапии ПОАК был их врач, хотя в целом пациенты обращались к 2-3 источникам информации. Тем не менее осведомлённость о причинах, признаках и симптомах инсульта не была последовательной — толь-

ко примерно половина (48%) всех пациентов с ФП имеет хорошие или удовлетворительные знания симптомов, причин и факторов риска инсульта.

«Инсульты, связанные с фибрилляцией предсердий, являются особенно тяжёлыми и могут быть смертельными, а оставшиеся в живых пациенты могут получить серьёзную инвалидность, требующую ухода в течение всей жизни, — говорит Джон Баррик, президент Европейского альянса по борьбе с инсультом. — Крайне важно, чтобы пациенты с ФП имели право активно участвовать в управлении состоянием своего здоровья, особенно с учётом того, что их хроническое заболевание требует постоянного лечения. Одним из важнейших элементов этого является открытый диалог с врачом о своём состоянии, о том, как им управлять и какое лечение поможет снизить риск развития инсульта».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Инициатива

«Золотой ключик» обзавёлся собственным кораблём

В Омске на территории центра обучения детей с ограниченными возможностями здоровья «Золотой ключик» открылась современная спортивная площадка «Корабль». Воспитанники, родители, педагогический коллектив центра и гости стали участниками тематического праздника. На спортплощадке, стилизованной под морскую корабль, был дан старт летнему сезону.

Детская спортивная площадка была построена по поручению губернатора Омской области Виктора Назарова в рамках государственно-частного партнёрства. По мнению главы региона, объединение усилий государственных органов, ро-

дительской общественности, учреждений и коммерческих структур способствуют лучшей организации досуга и развития маленьких омичей.

Сейчас в центре «Золотой ключик» занимаются около 60 воспитанников в возрасте от 3 до 12 лет, с которыми работают шесть педагогов дополнительного образования. Среди них учитель-дефектолог, учитель-логопед, педагог-психолог. Два раза в неделю проводятся получасовые индивидуальные занятия, направленные на развитие элементарных математических представлений, речи с элементами логопедии, чтения и письма, мелкой моторики через прикладную деятельность. Теперь инфраструктура «Золотого ключика» полностью отвечает

потребностям занимающихся здесь детей.

Правительство Омской области выделило под центр просторное помещение, оборудовав в нём 9 специализированных кабинетов для занятий с детьми. Здесь есть сенсорная комната, кабинет общего развития, помещение для подвижных игр.

Губернатор дал ещё одно поручение, касающееся расширения деятельности подобных центров в Омске. Так, уже в ноябре в городе должен заработать ещё один такой центр обучения детей с особыми образовательными способностями.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Решения

Все медицинские учреждения, расположенные по ветке БАМа, будут безвозмездно переданы правительству Амурской области. Решение об этом принято в ходе встречи Владимира Чепца, исполняющего обязанности руководителя Федерального агентства железнодорожного транспорта, и Александра Козлова, губернатора Приамурья. Также участие во встрече принял министр здравоохранения Амурской области Николай Тезиков.

БАМ — на баланс Приамурья

Всего, согласно ранее достигнутым договорённостям, региону будут безвозмездно переданы 23 объекта здравоохранения, расположенные по ветке БАМа, включая Тындинскую больницу, и земельные участки, на которых они находятся.

Часть медоборудования будет безвозмездно передана региону, другая часть станет использоваться железнодорожной компанией для проведения медосмотров своих сотрудников.

В список имущества РЖД, которое передадут Амурской области, вошли и объекты коммунального хозяйства, обеспечивающие работу лечебных учреждений.

Николай ИГНАТОВ,
МИА Сити!

Благовещенск.

Санитарная зона

Клещи не сдаются...

По состоянию на 22 июня в медицинские организации обратились 290 тыс. человек, укушенных клещами.

Об этом говорится в официальном сообщении Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Этот показатель приблизительно равен сложившемуся за аналогичный период прошлого года и не превышает среднемесячные значения.

Во всех субъектах РФ ведётся контроль Роспотребнадзора за проведением и эффективностью акарицидных обработок. По состо-

янию на 24 июня, обработано уже 125 тыс. га зон массового отдыха, парков, скверов и летних оздоровительных учреждений из 126 тыс. га запланированных.

Тем не менее благоприятные климатические условия способствуют активизации насекомых, в том числе клещей, являющихся переносчиками различных инфекционных заболеваний, говорится в сообщении ведомства. Поэтому выезжая на природу, отдыхающим стоит помнить об этой опасности.

Алексей ПИМШИН,
МИА Сити!

Москва.

Однако

«Лечебное» голодание



Прокуратура, детский омбудсмен и Управление СКР по Еврейской автономной области проводят проверки продовольственного обеспечения и питания пациентов областной психиатрической больницы.

«Ежедневное питание состоит из круп, разбавленных водой. Такие продукты, как мясо, яйца, масло, картофель, не входят в рацион. Многие пациенты в отделении находятся в депрессивном состоянии, а ведь им необходимо нормальное питание. Кроме того, в этом же отделении проходят лечение и дети, а сумма на питание для них такая же — 43 руб.», — говорится в коллективном письме пациентов.

ли эти данные: больных — взрослых и детей — кормят на 43-45 руб. в день, хотя сумма на питание должна равняться 125 руб.

По словам главного врача больницы Ларисы Глуховой, денег в областном бюджете здравоохранения на питание пациентов больницы нет. В Управлении здравоохранения правительства ЕАО эту информацию также подтвердили.

Как сообщили в правительстве ЕАО, в настоящее время по поручению губернатора региона Александра Левинтала проводится проверка всех лечебных учреждений системы областного здравоохранения.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Биробиджан.

Механизм финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) устанавливается Федеральным законом «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные законодательные акты Российской Федерации».

Согласно этому, принятому Госдумой РФ в третьем окончательном чтении закону, механизм финансового обеспечения ВМП устанавливается с 2017 г. с учётом возможности ФОМС напрямую финансировать федеральные медицинские организации за оказание такой помощи, не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования (ОМС).

Закон принят во исполнение поручения Президента РФ № Пр-2508 от 08.12.2015 и протокола заседания Правительства РФ от 15.10.2015. Законодательным актом предусматривается внести изменения не только в Федеральный закон об обязательном медицинском страховании, но и в законы «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», «О некоммерческих организациях» и «Об автономных учреждениях».

В настоящее время в соответствии с действующим законодательством финансовое обеспечение ВМП осуществляется:

- в федеральных медицинских организациях за счёт бюджетных ассигнований федерального бюджета, источником которых являются межбюджетные трансферты из бюджета ФОМС, выделяемых медицинским организациям, подведомственным федеральным органам исполнительной власти и государственным академиям наук (в части медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС);

- в медицинских организациях субъектов РФ за счёт бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая субсидии из федерального бюджета (в части медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС);

- в федеральных и региональных медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ ОМС, за счёт средств ОМС в соответствии с законодательством об ОМС (в части ВМП, входящей в базовую программу ОМС).

Обособленные целевые средства на обеспечение ВМП из бюджета ФОМС в соответствии с новым законом предоставляются:

- федеральным государственным учреждениям в виде субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания, утверждённого федеральным

Перспективы

Высокие технологии становятся ближе

Определён механизм финансового обеспечения ВМП



Высокие технологии всё активнее и с высокой эффективностью используются нашими врачами в учреждениях различного уровня

органом исполнительной власти, осуществляющим функции и полномочия учредителя в отношении указанных федеральных государственных учреждений (учредитель), на основании соглашения о порядке и условиях предоставления субсидии, заключаемого между ФОМС, учредителем и федеральным государственным учреждением. Форма соглашения о порядке и условиях предоставления субсидий на финансовое обеспечение выполнения государственного задания и порядок его заключения утверждаются Минздравом России;

- бюджетам территориальных фондов ОМС в виде субсидии на софинансирование расходов, возникающих при оказании ВМП, не включённой в базовую программу ОМС, для последующего предоставления иных межбюджетных трансфертов бюджетам субъектов РФ на указанные цели.

Порядок финансового обеспечения оказания ВМП, в том числе посредством предоставления субсидий бюджетам территориальных фондов ОМС, утверждается Правительством РФ.

В соответствии с принятым законом предоставление бюджетам территориальных фондов ОМС субсидий на софинансирование расходов, возникающих при оказании

ВМП, не включённой в базовую программу ОМС, будет осуществляться на основании соглашений, заключаемых между Минздравом России, ФОМС и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ.

Всё это позволит установить прозрачный механизм прямого финансового обеспечения ВМП, оказываемой в федеральных государственных учреждениях, из бюджета ФОМС, а также сохранить софинансирование расходов субъектов РФ, возникающих при оказании ВМП.

Закон предусматривает утверждение уполномоченным федеральным органом исполнительной власти порядка формирования перечня видов ВМП, который содержит, в том числе, методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП. Это позволит определить процедуру пересмотра перечня видов ВМП, а также временные рамки включения тех или иных методов ВМП в базовую программу ОМС с учётом их растрачиваемости.

Законом предусматривается возможность участия негосударственных медицинских организаций в оказании ВМП, не включённой в базовую программу ОМС, с 1 января 2019 г.

В законе учтены положения об ор-

ганизации контроля качества оказания медицинскими организациями ВМП. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности в отношении ВМП планируется осуществлять в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (статьи 88-90). То есть в рамках государственного и ведомственного контроля качества, проводимого Росздравнадзором и федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими функции и полномочия учредителя в отношении федеральных государственных учреждений.

Принятие закона потребует внесения изменений в нормативные правовые акты РФ по вопросам формирования государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) в отношении федеральных государственных учреждений, финансового обеспечения выполнения ими государственного задания и планирования финансово-хозяйственной деятельности.

Кроме того, потребуются внесение изменений в уставные документы всех федеральных государственных учреждений в части определения источников финансового обеспечения их деятельности.

Закон позволит обеспечить реализацию основных мероприятий и достижение показателей государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (подпрограмма 2 «Совершенствование оказания специализированной медицинской помощи»). Эта помощь включает высокотехнологичную медицинскую помощь, скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, медицинскую эвакуацию в части увеличения количества больных, которым оказана ВМП.

Закон соответствует положениям Договора о Евразийском экономическом союзе, а также положениям иных международных договоров РФ.

Реализация предлагаемых законодательных решений не потребует выделения дополнительных ассигнований из бюджетов бюджетной системы России.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сито!

Дословно

Министр здравоохранения Омской области Андрей Стороженов считает, что нужно вернуться к законопроектам об ужесточении наказаний за ложные вызовы скорой помощи и нападения на врачей, которые недавно были отклонены Государственной Думой РФ.

Люди должны отвечать за то, что они делают

Об этом руководитель регионального здравоохранительного ведомства заявил на пресс-конференции, подкрепив своё мнение конкретными фактами возрастающей опасности работы медиков неотложной медицинской помощи: «В 2015 г. было до 48 ложных вызовов в сутки. А за этот год, похоже, их будет значительно больше. Люди должны отвечать за то, что они делают».

Однако, сообщил А.Стороженов, в Министерстве здравоохранения Омской области не будут составлять «чёрные списки» таких «шутников», как это уже делается в некоторых других регионах, поскольку у всех случаются инфаркты и инсульты. А вдруг кого-то из «шутников» и на самом деле хватит сердечно-сосудистой удар.

Случаи нападения на врачей также участились: в минувшем году их было 11, а с начала нынешнего – почти 10. Врачей даже в заложники пытаются брать, на них нападают дворные собаки. Недавно это случилось с одним из участковых педиатров. Но перед доктором, испуганным собакой, никто даже не извинился. Пришлось подавать в суд.

Медики, работающие по вызову, должны быть защищены, уверен Андрей Стороженов. Однако к каждому из них не приставишь для защиты полицейского или вольнонаёмного охранника. Поэтому должны защищать законы – жёсткие и суровые.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Тенденции

Паллиативная служба: идеи и решения

На Дальнем Востоке эти вопросы рассматриваются со всех сторон

Приморский край стал площадкой, где медицинское сообщество Дальнего Востока обсудило перспективы развития паллиативной помощи на IV Всероссийской научно-практической конференции «Паллиативная медицинская помощь в Российской Федерации». В мероприятии приняли участие специалисты медицинских организаций Дальневосточного федерального округа: врачи паллиативной помощи, онкологи, врачи общей практики, неврологи, эндокринологи, ревматологи, кардиологи и пульмонологи.

В ходе работы конференции специалисты рассмотрели и обсудили ряд актуальных вопросов и тем, среди которых – принципы и методология паллиативной медицинской помощи, порядка её оказания населению, а также образовательные аспекты и подготовку кадров для службы паллиативной медпомощи.

По словам начальника отдела организации медицинской помощи взрослому населению Департамента здравоохранения Ольги Механцевой, дальнейшее развитие в Приморье медицинской помощи людям в финальный период жизни предполагает внедрение новых методов обезболивания, усовершенствование психологической и

социальной помощи пациентам и их родственникам, проведение обучающих семинаров для медицинских специалистов.

Поэтапная работа по развитию в Приморье паллиативной медицинской помощи началась ещё в 2013 г., когда была сформирована рабочая группа, которая занялась данными вопросами.

В 2014 г. в Приморье открылся кабинет паллиативной помощи. Он создан для коррекции лечения онкологических больных, состоящих на диспансерном учёте и имеющих необходимость поддержки медикаментозного лечения, в том числе и в домашних условиях. Открытие данного кабинета позволило пациентам и их родственникам получать необ-

ходимую консультацию и лечение, а врачам – контролировать процесс лечения и оценивать результаты.

Также осенью 2014 г. Департамент здравоохранения и некоммерческая организация «Приморский благотворительный фонд помощи хосписам» подписали договор о намерениях, в рамках которого стороны обязуются совместно действовать в продвижении и реализации проекта по строительству специализированного отделения для оказания паллиативной и симптоматической помощи в Приморском крае.

В марте 2015 г. список главных специалистов Департамента здравоохранения пополнил новый эксперт – по паллиативной меди-

цинской помощи. Им стал врач противоболевой терапии и паллиативной помощи Андрей Денев.

Решение об этом было принято на совещании по развитию паллиативной помощи в Приморском крае под руководством вице-губернатора Павла Серебрякова.

К слову, Владивосток стал девятым по счёту городом в стране, где прошла такая масштабная встреча специалистов по паллиативной помощи, и единственным на Дальнем Востоке, который вошёл в число городов – участников данного проекта.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Председатель Правительства Российской Федерации Дмитрий Медведев, выступая на вручении премии, сказал следующее: – Я сейчас слышал добрые слова про наш национальный проект «Здоровье». Действительно, в ходе его реализации мы смогли подтолкнуть очень важный процесс дооснащения всей нашей медицинской системы современным оборудованием. Хочу вас заверить, что мы на этом останавливаться не будем. Мы и дальше будем вкладывать деньги в медицину, переоснащать больницы и поликлиники, готовить блестящих специалистов, вкладываться в науку, образование. Только в этом случае у нашей страны есть будущее, потому что будущее – это современные, в том числе медицинские, технологии, и мы это понимаем.

произошла на Дальнем Востоке, из части пострадавший был эвакуирован военным вертолётом в госпиталь, а потом доставлен в Военно-медицинскую академию им. С.М.Кирова, где ему проведено около 30 операций. Военнослужащему спасли жизнь, вернули зрение, собрали по частям сломанные кости. Но огромный дефект на лице исправить было нереально. Именно этот пациент стал первым

гиона не побоялись прооперировать 88-летнего ветерана войны С.Максина с гигантской грудной липомой и распространённым раком толстой кишки.

Сергей Александрович приехал в Москву на церемонию вручения премии. И высказал слова искренней благодарности врачам, спасшим его.

И наконец, награду в номинации «За верность профессии» вручи-

Эхо праздника Лауреаты с профессией не ошиблись

Отголоски торжеств, посвящённых Дню медицинского работника, будут слышны долго, потому что прошли они активно, живо во всех 5 округах более чем миллионного Омска и 32 районах Омской области. Лучших представителей здравоохранительной отрасли отметили правительственными и ведомственными наградами за высокое профессиональное мастерство и заслуги в медицине. Общее число награждённых – более 1,5 тыс. специалистов.

Однако главным событием этого всенародного праздника стало торжественное мероприятие, проведённое по давней традиции в одном из лучших театральных зданий города на Иртыше, – Концертном зале. В нём участвовало почти 800 врачей со всего Прииртышья, 52 из которых заняли 1-е и 2-е места в 26 номинациях регионального этапа Всероссийского конкурса на звание «Лучший врач России». Абсолютным же его победителем был признан заведующий гинекологическим отделением больницы скорой медицинской помощи № 1 Омска Александр Плисецкий. Согласитесь, такое признание дорогого стоит, особенно если учесть, что в здравоохранении региона работают 8106 врачей и 19 664 специалиста со средним медицинским образованием, из которых 95 человек имеют звание «Заслуженный врач Российской Федерации» и «Заслуженный работник здравоохранения Российской Федерации».

Вручая награды, первый заместитель главы региона Андрей Новосёлов отметил:

– Служение людям и готовность в любой момент оказать помощь – жизненное кредо любого врача. В эту профессию люди приходят по зову сердца. За последние годы в омской медицине произошло много позитивных изменений. Продолжаются капитальные ремонты больниц и поликлиник, приобретается новое оборудование, всё больше пациентов получают высокотехнологичную медицинскую помощь, не выезжая за пределы Омской области. Правительство области и дальше будет работать над тем, чтобы здравоохранение отвечало требованиям времени...

Помимо диплома лауреату регионального этапа Всероссийского конкурса на звание лучшего врача России Александру Плисецкому были вручены под всеобщее рукоплескание ключи от автомобиля. Уж кого-кого, а Александра Витальевича хорошо знают в Омске. Он потомственный врач, да к тому же бессменный руководитель гинекологического отделения городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 1 с 1991 г., а в нём ни много ни мало – 100 специалистов. И с каждым из них он находит общий язык, как, впрочем, и с пациентками. В отделении постоянно внедряются органосохраняющие методики, позволяющие уменьшить количество полостных операций, летальных исходов, инвалидизации женщин. На счету доктора тысячи спасённых жизней, сотни сохранённых счастливых семей. Как отмечает сам Плисецкий: «С профессией я не ошибся. Если бы довелось выбирать заново, выбрал бы её же».

Сразу после концерта Александр Плисецкий уехал с площади у Концертного зала на новеньком автомобиле. Но не домой – в свою клинику. Работа для него всегда была и остаётся на первом месте даже в праздники.

Николай ВАСИЛЬЕВ.

МИА Сито!

Омская область.

Награды

Это лучшее в мире призвание...

Премия Первого телевизионного канала «Призвание» была вручена в преддверии Дня медицинского работника

А далее в ходе торжественной церемонии, которую вели певец Александр Розенбаум и телеведущая Елена Малышева, были названы лауреаты общественной премии «Призвание». В этом году ими стали:

В номинации «За создание нового метода лечения» награждены детские хирурги В.Николаев и А.Пискалов (Российская детская клиническая больница, Москва, и Омский государственный университет). Они разработали и внедрили в практику технологии лечения тяжёлых заболеваний органов таза у детей, выходящих за рамки одной медицинской специальности и требующих объединения усилий и одновременной работы детских хирургов, проктологов, гинекологов и урологов.

Победителями также стала команда врачей-психиатров под руководством доктора Т.Рогачёвой (Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, Москва). Группа специалистов предложила новый метод диагностики, связанный с большой распространённостью эпилепсии.

Победа в номинации «Специальная премия врачам, оказывающим помощь пострадавшим во время войн, террористических актов и стихийных бедствий» досталась команде пластических хирургов и трансплантологов под руководством доктора М.Волоха (Военно-медицинская академия



Министр Вероника Скворцова нашла о чём поговорить с ветераном Великой Отечественной войны Сергеем Максимым

им. С.М.Кирова, Санкт-Петербург, Северо-западный государственный университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва, ФМБА России).

Доктора получили премию за спасение рядового Егоркина, который получил электрический ожог и множественные травмы. Трагедия

в России, кому решено было провести пересадку лица. Впервые в истории мировой медицины пересажены не только мягкие ткани лица, но и вместе с ними кости, хрящи и слизистая носа.

Номинация «Специальная премия Первого канала» вручена бригаде хирургов-онкологов под руководством доктора А.Иванникова (Тамбовский онкологический диспансер). Специалисты этого ре-

рева сечения в нижнем сегменте, приезжая оперировать по вызову в любое время дня и ночи. За свою многолетнюю врачебную практику она выполнила более 5 тыс. операций.

Словом высокие награды нашли своих героев, и к поздравлениям в их адрес от всей души присоединяется «Медицинская газета»

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Деловые встречи

В Ульяновской областной детской клинической больнице им. Ю.Ф.Горячева состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы детской неврологии». Участие в ней приняли детские неврологи (эпилептологи), педиатры, психологи, логопеды – всего около 100 специалистов Приволжского федерального округа.

«На сегодняшний день мы отмечаем рост числа детей с неврологической патологией, поэтому проведение данной конференции очень актуально. Врачи должны обмениваться опытом и знаниями, потому что медицина не стоит на месте и нам тоже нужно идти в ногу со временем», – отметила главный врач больницы Анна Лебедева.

Участники конференции обсудили актуальные медицинские вопросы: двигательные расстройства у детей, задержка речевого развития, пароксизмальные, ре-

Детским неврологам на заметку

В Поволжье они провели большое совещание

чевые нарушения у дошкольников, острый вялый паралич. Завершилось мероприятие дискуссией специалистов, разбором особых клинических случаев.

После выступлений участники конференции ознакомились с работой психоневрологического отделения Ульяновской ОДКБ им. Ю.Ф.Горячева, оценили возможности, которыми располагают неврологи учреждения.

Доктор медицинских наук, член-корреспондент Академии наук Республики Татарстан, доцент кафедры неврологии, нейрохи-

рургии и медицинской генетики Казанского ГМУ Дина Гайнетдинова отметила: «Очень хорошее впечатление оставляет уровень подготовки врачей неврологического отделения в отношении проблем эпилептологии. Впечатляет организация работы отделения: комплексность помощи и комфортные условия, созданные для маленьких пациентов».

«Информация, представленная на конференции, содержит сведения о ряде последних достижений в неврологии и смежных с ней дисциплин. Полученные данные

помогут врачам принимать более рациональные решения в диагностике, лечении и профилактике различных заболеваний. Мы планируем и дальше делиться опытом с коллегами», – отметила заведующая психоневрологическим отделением Ульяновской ОДКБ, главный детский невролог Минздрава Ульяновской области Светлана Чубарова.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Целью данного проекта является обсуждение и формирование новых стандартов качества медицинской помощи в вопросах эстетической и реконструктивной медицины. В рамках открытого проекта уже создан экспертный совет из 16 человек, первое заседание которого прошло под руководством главного пластического хирурга Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, заведующей кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий Российской государственной академии медицинских наук Натальи Мантуровой.

– Пластическая хирургия сегодня – это относительно молодая специальность, которая включает в себя не только медицину красоты, исправляющую те или иные косметические дефекты человеческой внешности, но и существенно улучшает качество жизни, – открыл мероприятие первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян. – Огромный пласт представляет собой реконструктивная хирургия. В настоящее время эстетическая медицина отнюдь не такая, какой была в 1990-е годы. Так, за последние 2 года очень много сделано силами главного специалиста Минздрава России Н.Мантуровой, профильные специалисты теперь есть не только в Москве, но и в каждом регионе нашей страны. Не так давно разработан и принят порядок оказания помощи для пластической хирургии, успешно внедряются клинические рекомендации. Самое главное, что профессиональное сообщество пластических хирургов вынесло решение о совершенствовании подготовки специалистов ввиду важности и сложности этой специальности. Если раньше можно было, будучи общим хирургом, повысить свою квалификацию по пластической хирургии и работать в этой области, то сейчас такой подготовки мало, приобретение знаний должно быть более углубленным, получаемым исключительно посредством обучения в клинической ординатуре.

Итоги и прогнозы

Медицина красоты набирает ход

Пластическая хирургия инициировала большой социальный проект

Действительно, теперь пластическая хирургия представляет собой отдельное клиническое направление, базирующееся на симбиозе разных хирургических дисциплин, а также саморегулируемое профессиональное сообщество, которое не только успешно развивается и внедряет всё новое, но и заботится о том, чтобы то, что делается хирургами было качественно и обоснованно для пациента.

– Наша специальность активно развивается и вызывает к себе повышенное внимание как в медицинском мире, так и со стороны общества, – отметила, в свою очередь, Н.Мантурова. – Конечно, очень многое предстоит ещё сделать, например, необходимо чтобы специальность имела «дорожную карту». Благо, к настоящему моменту наведён порядок в сфере образования, которое для пластического хирурга должно быть длительным, его миссия – не только эстетическая составляющая, но и повышение качества жизни пациентов. Хотя, конечно, от других специальностей нас во многом отличает возможность творческого художественного подхода к коррекции внешности.

Н.Мантурова также рассказала собравшимся, что в настоящее время вносятся поправки в законопроект об участии негосу-

дарственных, коммерческих медицинских учреждений в выполнении высокотехнологичной помощи.

– Мы активно работаем с Минздравом России по интеграции нашей специальности в существующее правовое поле. Подчеркну, что бесплатная помощь должна быть доступна каждому гражданину России. Эстетическая медицина должна быть интегрирована в поле обязательного медицинского страхования. В нашей специальности в одной из первых используются передовые высокие технологии при работе со следами ожогов, травм, различных деформаций. Новый социальный проект «Медицина красоты» я воспринимаю как канал передачи реальной информации о положении дел и новых технологиях именно в российской пластической хирургии для всего сообщества. Это должен быть здоровый ракурс и справедливый подход к специальности, – резюмировала Н.Мантурова.

Таким образом, новый проект ответит на актуальные вопросы: как выбрать медицинский центр, на что обращать внимание, что спрашивать у врача, как определить качество предлагаемых



Наталья Мантурова

услуг, какие последние тенденции в сфере эстетической медицины. Как известно, в настоящее время активно формируются профессиональные стандарты специальности «Пластическая хирургия», утверждается общая для всех специалистов в этой области терминология. Иными словами, российские «эстеты от медици-

ны» активно формируют новые стандарты качества медицинской помощи в отношении эстетической и реконструктивной медицины, а также всячески способствуют наиболее тесной интеграции между смежными с пластической хирургией клиническими специализациями.

– Пластическая хирургия – это более широкое понятие, чем специальность, она является передовым форпостом науки. Мы – последнее поколение, которое старится и теряет свой внешний вид, – выразила свою точку зрения директор Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики профессор Лариса Попович. – За счёт улучшения качества жизни пациентов и повышения внутренней самооценки рубль, вложенный в здравоохранение, возвращается 5-7 рублями. Новый проект призван популяризировать достижения отечественных специалистов в области эстетической медицины.

– Пластическая хирургия – очень молодая специальность в нашей стране. Одна из наиболее важных задач специалиста в этой области – воссоздание облика в первоначальном виде, чтобы избежать последующих операций, – заявил главный дерматовенеролог и косметолог Департамента здравоохранения Москвы профессор Николай Потекаев. – Главное – возвращение пациента в социум. Что характерно, нашим пациентам доступны рейтинги специалистов. Выбор, а к кому же идти, остаётся за ними.

– Одним из ключевых ограничений при формировании индивидуальных стратегий сохранения здоровья является отсутствие полноценной информации о том, как наиболее эффективно выстроить диагностику и реконструкцию собственного организма. Восполнение этой информации – одна из наших приоритетных задач. Мы хотим показать весь спектр возможностей пластической хирургии в целях социальной поддержки человека любого возраста. Красота и молодость были, есть и будут актуальны. Красота – обязательный элемент нормальной жизни, – резюмировала мероприятие Н.Мантурова.

Иван МАГЕР,
корр. «МГ».

Точка зрения

На сегодняшний день степень удовлетворённости населения качеством оказания хирургической помощи остаётся на не совсем должной высоте, что в ряде случаев обусловлено несовершенством принципов её организации. Известно, что 80% больных начинают и заканчивают своё лечение в амбулаторно-поликлинических условиях. Имеющаяся у нас в стране трёхуровневая система оказания хирургической помощи предусматривает проведение её на догоспитальном этапе в хирургических кабинетах и отделениях амбулаторно-поликлинических учреждений, но при этом нигде чётко не прописан принцип ротации кадров.

В крупных лечебно-профилактических учреждениях, как правило, имеется принцип ротации хирургических кадров в системе стационар-поликлиника, при которой существует возможность чередования работы врачей-хирургов и в условиях стационара, и в условиях поликлиники по временному принципу, что способствует преемственности оказания хирургической помощи населению. Это позволяет как в целом, так и в условиях амбулаторно-поликлинической структуры иметь на достаточно низком уровне процент диагностических ошибок, частоты необоснованного направления

Жизненно важный принцип...

Нужна ли нам ротация хирургических кадров?

больных на госпитализацию, расширение спектра и количества выполняемых в условиях поликлиники хирургических операций и т.п. Безусловно, уровень удовлетворённости качества хирургической помощи в таких условиях со стороны населения сохраняется на достаточно хорошем уровне.

Совершенно другая ситуация имеется в хирургических службах так называемых не объединённых (самостоятельных) поликлиник. В таких учреждениях из-за имеющихся конкретных условий в большинстве случаев хирургическую помощь оказывают хирурги, постоянно работающие на одном и том же месте в течение многих лет. В такой ситуации у большинства врачей значительно уменьшается мотивация по прогрессу своей хирургической карьеры, снижается интерес к дальнейшему совершенствованию своих профессиональных знаний и умений, в связи с низкой их востребованностью, из-за имеющейся специфики работы в амбулаторно-поликлинических условиях.

Из-за этого, в первую очередь,

страдает профессиональная компетенция врача-специалиста, что ведёт к более низкому уровню доступности и качества оказываемой хирургической помощи со всеми вытекающими отсюда реалиями: не снижающаяся частота диагностических и тактических ошибок при обследовании и лечении пациентов, необоснованное направление больных на госпитализацию в стационар, снижение спектра и частоты выполняемых оперативных пособий в амбулаторно-поликлинических условиях и т.п. Одной из основных причин этого, чаще всего, является отсутствие необходимой ротации хирургических кадров.

В связи с этим, по нашему мнению, усилиями региональных органов управления здравоохранения необходимо соблюдать принципы ротации врачебных кадров, которые приняты практически во всех экономически развитых странах мира. Она может осуществляться по системам «стационар-поликлиника-стационар» или «поликлиника-стационар-поликлиника». И совсем не обязательно реализовывать это в многопрофильных ЛПУ,

а достаточно иметь договор между самостоятельным амбулаторно-поликлиническим «не объединённым» учреждением и любым стационаром, который имеет хирургическое отделение.

Руководители стационаров имеют в данной ситуации возможность усилить состав хирургической бригады. А хирург, пришедший из поликлиники, имеет реальную возможность улучшить свою профессиональную компетентность за счёт овладения новыми знаниями и умениями в диагностике и лечении как плановых, так и экстренных хирургических больных в дневное и ночное время, участия в клинических разборах и конференциях и т.п.

В свою очередь пришедший в поликлинику из стационара хирург значительно повысит качество поликлинического приёма, как уже указывалось выше, за счёт улучшения диагностики и лечения больных, расширения спектра и частоты хирургических операций, выполняемых в поликлинике, снижения уровня необоснованного направления в стационар.

Такая организация работы по ротации хирургических кадров на постоянной основе, вне всяких сомнений, сможет нивелировать ряд существующих вышеназванных недостатков. Значительная ответственность в вопросах ротации должна лежать на главных специалистах-хирургах территориальных образований, организующих и постоянно контролирующих этот процесс.

Председатели аттестационных (а в будущем и аккредитационных) комиссий должны учитывать в обязательном порядке факт работы врача по этому жизненно важному принципу «поликлиника-стационар» при оценке его профессиональной деятельности, когда помимо стажа в поликлинике будет оцениваться и его общехирургическая практика.

Сергей СОВЦОВ,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры хирургии
факультета ПИДПО
Челябинской государственной
медицинской академии,
заслуженный врач РФ.

Народная медицина с научной точки зрения: нужно ли её легализовать и регламентировать, или целительство – априори мракобесие и шарлатанство? Своим мнением по этим острым вопросам, которые продолжают волновать общество, с обозревателем «МГ» Еленой БУШ поделился академик РАН Сергей КОЛЕСНИКОВ:



Сергей Колесников

– Отчего интерес россиян к народной медицине в последние годы вновь начал расти? Этому есть вполне рациональное объяснение: он всегда возрастает на фоне социально-экономической нестабильности, которая сопровождается всплеском стрессовых расстройств и развитием психосоматических заболеваний. Но почему люди идут с этими проблемами к представителям традиционной медицины, а не в поликлиники? Да потому что от врача современной, официальной медицины психологической помощи они обычно не получают, у врача нет на это времени, и он не понимает их душевного состояния. Тогда начинаются поиски бабки, травника, колдуна, которые владели бы способами коррекции, прежде всего, психологического состояния человека, ну и попутно – физического.

Второй фактор, провоцирующий всплеск интереса к традиционной медицине – кризис системы здравоохранения. Когда человек не может вовремя получить помощь от врача или она ему не по карману, он ищет другие способы полегчаться. Так как доля платных медицинских услуг в России постоянно растёт на фоне ограничения доступности бесплатной помощи (в 2015 г. объём рынка платных услуг вырос на 7%), соответственно, спрос на народных целителей тоже увеличивается.

Скорее всего, интерес к традиционной медицине в нашей стране был, есть и будет всегда. Если оглянуться на историческое прошлое России, можно увидеть: даже несмотря на проводимую царём с 1864 г. земскую реформу и создание первой трёхуровневой модели здравоохранения, народная медицина, или знахарство, как её чаще называли, фактически до 1917 г. оставалась единственно доступной формой медицинской помощи для большей части населения страны, особенно сельского. Доверие к целителям у россиян «генетическое», а кроме того, для крестьянства их услуги были дешевле, чем услуги врача.

При советской власти знахари и бабки-повитухи стали помехой в создании стройной системы здравоохранения, к тому же на фоне централизованной коммунистической идеологии просто нельзя было позволить существовать никаким другим идеологиям, включая знахарскую. И начался продолжительный этап принижения народной медицины.

А в конце 70-х годов прошлого столетия в СССР вдруг возродился интерес к китайской традицион-

ства Российской Федерации об охране здоровья граждан» впервые не появилась отдельная, 57-я статья «Право на занятие народной медициной (целительством)». Закон разрешил местным органам здравоохранения делать то, чего давно добивались знахари, травники и массажисты – выдавать сертификат на право заниматься народной медициной.

В этой статье был очень важный нюанс, который почему-то исчез в следующей редакции закона: целитель должен иметь хоть какое-то медицинское образование. Буквально это звучало следующим образом: «Лица, получившие диплом целителя, занимаются народной медициной в порядке, устанавливаемом органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения в соответствии

личия медицинского образования. Между тем, я уверен, данное условие для всех, кто хочет заниматься любыми формами медицины – современной или традиционной, должно быть обязательным! Видимо, это понял Минздрав России, поскольку там недавно прошло совещание по образовательным программам в области народной медицины.

Также необходимо восстановить некогда существовавшую систему оценки способностей целителей. До недавнего времени этим занимались, в частности, Новосибирский институт клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения РАН и Центр биомедицинской радиодиагностики на базе Института радиологии РАН. Правда, они были сосредоточены только на изучении физических полей

очередная начавшаяся в России кампания по выдаче сертификатов целителям будет проводиться не по объективным критериям, а по формальным.

Что касается научности или антинаучности различных направлений целительства, нельзя ответить на этот вопрос однозначно. Я как учёный не исключаю, что часть народных целителей обладает какими-то повышенными биоэнергетическими возможностями, природными способностями к суггестивному воздействию, методикам массажа и остеопатии. Но таких единицы, а не тысячи, как можно понять из обилия рекламных объявлений.

Все остальные просто использовали и используют доверие человека, эффект внушения и эффект плацебо. То есть люди, приходя к ним на лечение, получают моральное успокоение, однако сам пато-

Авторитетное мнение

Отделим полезное от пустого!

Если феномен народной медицины не доказан наукой, это ещё не значит, что его нет

ной медицине: иглорефлексотерапии, прижиганию, массажу, оздоровительным гимнастике. Не только у обывателя, но и у руководства медицинской отрасли особый интерес тогда вызывала рефлексотерапия как метод, соответствующий концепции русского учёного-терапевта Г.А.Захарина о рефлексогенных зонах и наличии связи между участками кожи и внутренними органами.

В 1976 г. приказом Минздрава СССР был даже организован Центральный научно-исследовательский институт рефлексотерапии в Москве. Учреждению вменялось в обязанности «принять меры по дальнейшему внедрению метода иглокалывания в практику и усилить научные исследования в этой области». А министром здравоохранения союзных республик предписывалось организовать в течение 1976-1980 гг. в поликлиниках и больницах кабинеты иглорефлексотерапии, в общей сложности 181 подразделение. Одновременно были созданы кафедры и циклы рефлексотерапии в Московском, Казанском, Ленинградском, Киевском институтах усовершенствования врачей.

Деятельность же «частных» целителей никак не упорядочивалась государством вплоть до 1993 г., пока в Федеральном законе № 5487-1 «Основы законодатель-



со статьёй 56 настоящих Основ». А в ст. 56 подчёркивалось, что право на занятие частной медицинской практикой имеют «лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность».

Так вот, в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 2011 г. из прежнего закона были перенесены все положения о народной медицине... за исключением требования о на-

и излучений человека, а также тестировании экстрасенсорных способностей целителей, поскольку в 80-90-е годы было «в моде» именно это направление традиционной медицины – воздействие биополями. Сегодня экстрасенсорика из понятия «народная медицина» официально исключена, но есть десятки других её видов, и нужно проводить экспертизу, в том числе в научных лабораториях, способностей целителя и методов, которыми он намерен пользоваться для оздоровления людей. В отсутствие такой экспертизы

логический процесс продолжает развиваться.

Глупо отрицать и фитотерапию, как это делают так называемые адепты «доказательной медицины». Она имеет тысячелетнюю историю, эффективность отдельных трав и их композиций проверена временем. Так же как эффективность гомеопатии: нельзя безапелляционно говорить о плацебо-эффекте данного метода, коль скоро есть эмпирически доказанные эффекты больших разведений. А рассуждать о каком-либо лечебном феномене исключительно с позиции веры и неверия, как позволяют себе отдельные апологеты той же «доказательной медицины», некорректно. Ведь если к настоящему времени не существует научных объяснений регистрируемых результатов воздействия, то это не значит, что данных воздействий нет как таковых. Просто мы пока не сумели их объяснить.

Кстати

При Министерстве здравоохранения РФ недавно создан Координационный совет по совершенствованию нормативно-правового регулирования в сфере народной медицины. «МГ» намерена в одном из ближайших номеров опубликовать развёрнутый материал об этом.

Решения

Справку для абитуриентов отменяют

«Вырученные» средства пойдут на благое дело

Министерством здравоохранения РФ в рамках системной работы по снижению бремени ненужной документации для врачей и пациентов подготовлены предложения об отмене требований по предоставлению медицинской справки для поступающих в высшие учебные заведения.

– Данная справка утратила свою актуальность в связи с ежегодной проводимой масштабной диспансеризацией детей и подростков,

в ходе которой их состояние здоровья тщательно оценивается, – пояснил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай. – Более того, отказ от использования этой справки позволит сохранить системе здравоохранения более 4 млрд руб. Данные средства могут быть направлены на возмещение 50% стоимости лекарств, применяемых амбулаторно, для пациентов, перенёвших в текущем году инфаркт миокарда или инсульт, а также операции на сердце и сосу-

дах (стентирование и др.), то есть для пациентов, риск повторных сосудистых катастроф и смерти у которых наиболее высок. Отметим, что в рамках данного проекта будет также учитываться приверженность пациентов к терапии и их ответственность за своё здоровье. В частности, отказ от алкоголя и табака.

«Медикам хорошо известно, что одной из причин повторного инсульта и инфаркта является низкая приверженность лекарственной терапии в течение первого года после

заболевания. Частичная компенсация приобретаемых пациентом лекарств существенно повышает её. Опыт пилотного проекта, проведённого в Кировской области, показал, что повышение приверженности к терапии и приём необходимых препаратов как минимум 2 года после сосудистых катастроф или операций на сосудах приводят к значительному сокращению повторных сосудистых нарушений. Это в свою очередь снижает число вызовов скорой помощи, экстренных госпитализаций, негативных

исходов болезни. Иными словами, кроме чисто человеческого – клинического эффекта, такой проект приведёт к существенной экономии прямых и косвенных расходов государства. Такой клинико-экономический эффект подчёркивает целесообразность предложенной меры», – отмечает министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 45 (1984)

Болевой синдром представляет собой самую распространённую проблему у «паллиативных» пациентов в терминальной стадии, принося страдания более чем в 60% случаев и ухудшая качество жизни как больного, так и членов его семьи. При этом более 90% детей могут быть успешно обезболены при условии наличия квалифицированного медицинского персонала, современного арсенала лекарственных средств и оборудования. Знания в области патофизиологии и клинических проявлений различных видов боли определяют правильное назначение лечения и его эффективность.

В России, как и во многих странах постсоветского пространства, наблюдается недостаток квалифицированных медицинских кадров, подготовленных для проведения эффективного обезболивания у детей и оказания им паллиативной помощи. Следовательно, существует недопонимание особенностей болевого синдрома у детей, его оценки и купирования. Кроме того, часто медицинские работники не знают, какие формы и дозы наркотических анальгетиков следует назначать в той или иной ситуации, особенно на дому. Нет клинических рекомендаций и стандартов ведения хронического болевого синдрома у детей. Как результат – в обществе боль рассматривается как неотъемлемая часть болезни и страданий в конце жизни, а важность и возможность эффективного обезболивания недооценивается или игнорируется.

В 1998 г. Всемирная организация здравоохранения впервые опубликовала алгоритм обезболивания у детей в виде «трёхступенчатой» лестницы, предполагающей переход от ненаркотических анальгетиков к слабым опиатам, а потом и к сильным, для лечения болевого синдрома слабой, средней и сильной интенсивности соответственно.

В 2012 г. ВОЗ разработала новые рекомендации по ведению персистирующей боли у детей, согласно которым сильные наркотические анальгетики должны назначаться незамедлительно при неэффективности препаратов первой ступени.

В 2013 г. Ассоциация детской паллиативной медицины (Association of Pediatric Palliative Care, APPM), Международная организация паллиативной помощи детям (International Children's Palliative Care Net, ICPCN), Европейская ассоциация паллиативной помощи (EAPC) и Американская ассоциация паллиативной медицины (AAPM) одобрили новый алгоритм обезболивания ВОЗ для детей и рекомендуют его для использования в практической деятельности.

Рекомендации ВОЗ 2012 г. представляют собой серию руководств для клиницистов, фармацевтов и организаторов здравоохранения по оценке боли, клиническому применению анальгетиков, включая наркотические и адьюванты, предлагают рассмотреть кадровый потенциал и финансовые источники, имеющиеся в системе здравоохранения каждой страны, для обеспечения эффективного обезболивания у детей.

В детской практике в соответствии с рекомендациями ВОЗ 2012 г. морфин короткого действия является основным препаратом для быстрого подбора оптимальной дозы обезболивания при болях умеренной и сильной интенсивности, а также для купирования прорывных (внезапно возникающих) болей. С 2012 г. ВОЗ также не рекомендует использование кодеина и трамадола у детей в связи с особенностями фармакокинетики и фармакодинамики этих препаратов в детском организме.

Использование «детских» форм морфина короткого действия для приёма внутрь позволяет быстро подобрать эффективную суточную дозу и улучшить качество жизни ребёнка, избегая инъекций морфина, которые необходимо делать каждые 4-6 часов для поддержания обезболивающей концентрации препарата в крови. Потом ребёнок может быть переведён на «неинвазивные» препараты пролонгированного действия (пластыри или таблетки). На фоне приёма пролонгированных препаратов морфин короткого действия используется для быстрого купирования прорывных болей.

Из всех сильных наркотических анальгетиков, по данным ВОЗ, Ассоциации детской паллиативной медицины и других авторитетных профессиональных сообществ, морфин для приёма внутрь (суспензия, таблетки, капли) является наиболее эффективным

и безопасным средством у детей разных возрастных категорий, в том числе и при использовании на дому.

Предлагаемые вашему вниманию рекомендации включают информацию для специалистов, работающих с болью у паллиативных пациентов детского и подросткового возраста, по клиническому назначению и нормативному регулированию обезболивающих лекарственных средств.

Фармакотерапия болевого синдрома у детей

Общие принципы обезболивания у детей предполагают установление патофизиологии

Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков при оказании паллиативной помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

боли, использование фармакологических и нефармакологических методов обезболивания, регулярную оценку боли и ответа на лечение в динамике; воздействие на все компоненты «общей» боли.

Основные принципы ведения ноцицептивных и нейропатических болей были сформулированы ВОЗ в 1986 г. и представлены в виде «обезболивающей лестницы», где в качестве основной терапии предлагалось использовать ненаркотические и наркотические анальгетики, а также препараты-адьюванты и нефармакологические методы как важное дополнение к основному лечению, позволяющее достичь лучшего контроля над болью. В 1998 и 2012 г. ВОЗ предложила рекомендации по особенностям использования обезболивающих у детей. В зависимости от выраженности болевого синдрома назначаются анальгетики, предусмотренные той или иной ступенью «обезболивающей лестницы». При этом необязательно последовательно следовать от одной ступени к другой: пациент с тяжёлым болевым синдромом сразу может нуждаться в сильных наркотических анальгетиках.

Следует помнить, что существуют наркотические анальгетики, которые не назначаются в паллиативной медицине для ведения болевого синдрома: меперидин (промедол), пропосифен, пентазоцин, буторфанол. Кроме того, смешанные агонисты-антагонисты (пентазоцин, буторфанол, налбуфин и дезоцин) не назначаются, если боль уже принимает чистые агонисты (кодеин, гидрокодон, гидроморфон, метадон, морфин, оксикодон).

Правильное использование нужного анальгетика способно облегчить болевые ощущения у детей в большинстве случаев. Главные принципы использования анальгетиков в детской паллиативной помощи: «перорально», «по часам», «индивидуальный подход к ребёнку», «по восходящей». Кроме того, необходимо назначать анальгетики с учётом патофизиологии боли. Ноцицептивная боль может отвечать как на ненаркотические, так и на наркотические анальгетики; нейропатическая боль – на анальгетики и адьюванты; таламическая боль, напротив, плохо отвечает на анальгетики и адьюванты.

В основе ведения болевого синдрома у детей лежит использование «лестницы обезболивания ВОЗ». Согласно рекомендациям ВОЗ 2012 г., «детская» лестница состоит из двух ступеней:

- ступень 1 (лёгкая боль): ненаркотические анальгетики ± адьювант;
- ступень 2 (умеренная и сильная боль): Сильные наркотические анальгетики ± ненаркотические анальгетики ± адьювант.

Принцип «по восходящей»: лечение начинается с ненаркотических анальгетиков 1-й ступени, и если они не эффективны, то переходят (или добавляют) препараты 2-й ступени – сильные наркотические

анальгетики. Если стартовая доза сильных наркотических анальгетиков неэффективна, её увеличивают до достижения адекватного обезболивания. В отличие от парацетамола и нестероидных противовоспалительных средств сильные наркотические анальгетики, являющиеся чистыми агонистами опиоидных рецепторов, не имеют «потолочных», то есть максимальных разовых или суточных доз. Это позволяет увеличивать их дозу до тех пор, пока не будет достигнут контроль над болью или, что крайне редко, не разовьётся токсическое действие лекарства, требующее его замены (ротации) на альтернативный препарат из этой же категории.

Принцип «по часам»: лекарственные средства должны приниматься регулярно с учётом времени действия препарата до возникновения боли, а не по необходимости. Дозы лекарственных препаратов, предотвращающие появление боли, гораздо ниже тех, которые необходимы для снятия уже возникшего болевого ощущения.

Принцип «оптимальный способ введения»: лекарственные препараты должны вводиться наиболее эффективным и в то же

позволяет избежать нежелательных побочных эффектов, которые вызываются более высокими дозами у данного пациента; 2) тяжёлые боли с локализацией в нижнем этаже туловища, например, при злокачественном поражении тазовых органов. Для спинального введения используется очищенный от консервантов раствор морфина (диаморфина).

«Паллиативные» особенности введения чрескожно

Для чрескожного пути введения наркотического анальгетика у детей используется фентаниловый пластырь. Главным показанием для его использования является невозможность приёма наркотического анальгетика перорально. Кроме того, фентанил оказывает наименьшее воздействие на ЖКТ по сравнению с другими опиатами и, таким образом, может быть использован при наличии некупируемых тошноты, рвоты и запоров, развившихся как осложнения приёма других наркотических анальгетиков. Он может быть использован только в случаях стабильной в течение суток боли после подбора адекватной дозы обезболивания

времени наименее болезненным способом. Предпочтительным должен быть приём препаратов перорально и в виде пластырей. Из парентеральных путей – подкожный и, в редких случаях, при необходимости быстрой стабилизации боли – внутривенный. Внутримышечный способ не приемлем для постоянного обезболивания. Интраспинальный путь введения наркотических анальгетиков (эпидурально и интратекально) используется у некоторых пациентов при наличии интенсивных болей в нижней половине тела, а также при плохом ответе на рутинную системную терапию опиоидами.

«Паллиативные» особенности введения подкожно

Подкожный путь введения наркотических анальгетиков широко применяется в мире последние 30 лет, в частности в терминальной стадии заболевания, а также у больных с дисфагией, рвотой, нарушением всасывания через ЖКТ и пр.

Использование инфузатов (шприцевых насосов) (особенно индивидуальных, портативных) для длительной подкожной инфузии позволяет гибко управлять дозой анальгетика (в том числе самому больному), безопасно и практично: не ограничивает двигательную активность больного и, в отличие от внутривенного введения, имеет наименьший риск передозировки, что связано с более замедленным всасыванием.

Для подкожного титрования наиболее часто используются морфин, фентанил и гидроморфон.

Для проведения подкожной инфузии используется игла-«бабочка» или периферический катетер. Перед введением иглы на место инъекции на 30-60 минут накладывается мазь или пластырь с лидокаином, чтобы сделать инъекцию безболезненной.

Максимальный объём подкожной инфузии у детей составляет 2-3 мл в час.

«Паллиативные» особенности введения внутривенно

Внутривенный путь введения в настоящее время используется крайне редко, в основном в виде продолжительной инфузии (титрования), позволяющей контролировать сильную боль, требующую высоких доз наркотических анальгетиков, которые не могут вводиться подкожно из-за высокой концентрации препарата. Внутривенное струйное (болюсное) введение препарата неприемлемо, так как вызывает быстрое, но непродолжительное обезболивание и требует постоянного контроля за больным из-за риска развития осложнений.

«Паллиативные» особенности введения эпидурально/интратекально

Эпидуральное и интратекальное введение анальгетика используется только в условиях стационара. Основными показаниями для такого пути введения наркотического анальгетика являются: 1) необходимость использовать низкие дозы анальгетика, что

наркотическими анальгетиками быстрого действия. Удобство применения пластыря состоит в следующем: пластырь может наклеиваться больным или его родственниками самостоятельно, длительная продолжительность действия не требует частой замены пластыря; использование пластыря позволяет избежать постоянного приёма таблеток или парентеральных вмешательств; экономит время работы медицинского персонала.

Принцип «индивидуального подхода»: эффективное обезболивание достигается путём подбора анальгетика и его адекватной дозы, обеспечивающей обезболивание до приёма следующей дозы. Не существует единой дозы и комбинации лекарств, универсальных для всех. Кроме того, когда-то эффективная доза и/или препарат(ы) у одного и того же больного в определённый момент могут стать неэффективными из-за прогрессирования основного заболевания, нарушения всасывания, развития толерантности (при использовании наркотических анальгетиков) и пр., что является основанием для очередного подбора схемы обезболивания.

Так как основной целью паллиативной медицины является достижение максимального физического, психологического и духовного комфорта больного, неотъемлемой частью мероприятий по снятию боли должны быть немедикаментозные способы лечения, которые в одних случаях приводят к активизации сенсорной системы, блокирующей сигналы боли, в других – позволяют запустить внутреннюю систему, тормозящую болевые ощущения.

Ненаркотические анальгетики

На 1-й ступени у детей старше 3 месяцев применяют парацетамол и ибупрофен, у детей младше 3 месяцев – только парацетамол. Парацетамол и ибупрофен имеют максимальные суточные дозы, указанные ниже.

Дозы препаратов 1-й ступени у детей старше 3 месяцев:

1. Парацетамол (ацетаминофен)
 - перорально: доза насыщения 20 мг/кг однократно, затем поддерживающая доза по 10-15 мг/кг каждые 4-6 часов;
 - ректально: доза насыщения 30 мг/кг однократно, затем поддерживающая доза по 20 мг/кг каждые 4-6 часов;
 - при печёночной и почечной недостаточности необходимо снижение дозы и увеличение интервала до 8 часов.

2. Ибупрофен
 - перорально: по 5-10 мг/кг каждые 6-8 часов; максимальная суточная доза 40 мг/кг, принимать во время еды; избегать назначения при астме, низком уровне тромбоцитов, язвенной болезни ЖКТ и нарушении функции почек.

Дозы парацетамола у детей младше 3 месяцев:

1. Новорождённые в возрасте от 1 до 29 дней:

Эффективность наркотических анальгетиков по отношению к морфину и продолжительность их действия

Таблица 1

Препарат	Активность по отношению к морфину	Продолжительность действия (часы)
Кодеин	Слабее в 10 раз	3-5 часов
Трамадол	Слабее в 5 раз	5-6 часов
Оксикодон	Сильнее в 1,5-2 раза	5-6 часов
Гидроморфон	Сильнее в 5-7 раз	3-5 часов
Фентанил	Сильнее в 150 раз	2-3 часа

● парацетамол по 5-10 мг/кг каждые 6-8 часов; максимум 4 дозы в сутки.

2. Младенцы в возрасте от 30 дней до 3 месяцев:

● парацетамол по 10 мг/кг каждые 4-6 часов, максимум 4 дозы в сутки.

Наркотические анальгетики

Согласно рекомендациям ВОЗ 2012 г., при отсутствии эффекта препаратов 1-й ступени у детей сразу должны назначаться сильные наркотические анальгетики: морфин (короткого и пролонгированного действия), диаморфин, гидроморфон (короткого и пролонгированного действия), фентанил (короткого и пролонгированного действия). Слабые наркотические анальгетики кодеина фосфат и трамадол не рекомендованы для использования у детей в качестве обезболивающих, однако могут использоваться по усмотрению врача.

Существуют три основных класса опиатных рецепторов, ответственных за возникновение различных эффектов, оказываемых наркотическими анальгетиками.

В паллиативной медицине для обезболивания применяются в основном опиаты «полные агонисты» (морфин, гидроморфон, кодеин, оксикодон, гидрокодон, фентанил). Они не имеют «потолочных» доз и не уменьшают (или не отменяют) эффекты других полных агонистов, данных одновременно.

Опиаты «смешанные агонисты-антагонисты» (пентазоцин, буторфанол, дезоцин, налбуфин) блокируют или нейтрализуют один тип опиатных рецепторов, одновременно активируя другой. Они противопоказаны для использования у больных, получающих опиаты-агонисты, так как могут провоцировать синдром отмены и увеличивать боль, а наличие «потолочной» дозы лимитирует их эффект обезболивания. Существуют наркотические анальгетики, которые вовсе не назначаются в паллиативной медицине для ведения болевого синдрома (меперидин, пропоксифен, пентазоцин, буторфанол).

При выборе наркотических анальгетиков большую роль играет быстрота наступления и степень обезболивающего эффекта, а также его продолжительность. Препарат быстрого действия назначается для подбора обезболивающей дозы. Препарат пролонгированного действия – после того, как суточная обезболивающая доза подобрана. При этом препарат быстрого действия может назначаться одновременно с пролонгированным для быстрого купирования внезапно возникающих болей.

Золотым стандартом является морфин быстрого действия, позволяющий контролировать боль в течение 4-6 часов. Данная форма морфина используется для быстрого обезболивания и при подборе адекватной дозы обезболивания в качестве основной и резервной доз. Морфин пролонгированного действия (например, MST Continues) используется после того, как необходимая суточная доза морфина была подобрана быстродействующим препаратом, и позволяет уменьшить кратность приёма препарата до 2 раз в день.

В таблице 1 приведены соотношение обезболивающего эффекта различных наркотических анальгетиков короткого действия и морфина, а также продолжительность их действия.

Рекомендации по использованию морфина в паллиативной помощи:

1. Оптимальный путь введения морфина – перорально. Для этого необходимы две формы данного препарата: быстрого действия (для подбора дозы) и пролонгированного действия (для поддержания достигнутого эффекта обезболивания).

2. Наиболее простой метод подбора необходимой суточной дозы обезболивания – назначение морфина быстрого действия перорально (капли, таблетки) каждые 4 часа, то есть 6 раз в сутки (например, в 6, 10, 14, 18, 22, 2 часа). Регулярно принимаемая доза называется «основной».

3. При невозможности использования морфина перорально назначается морфин быстрого действия путём подкожного или внутривенного титрования (продолжительной суточной инфузией) с использованием портативных шприцевых насосов. Основная доза препарата рассчитывается в мг на сутки и разводится до нужного объёма 0,9%-ным раствором NaCl, скорость введения – в мл в час. NB: будьте внимательны: есть порта-

тивные шприцевые насосы, которые вводят мг в час.

4. Для купирования болей, внезапно возникающих на фоне приёма «основных» доз, должна быть введена «резервная» обезболивающая доза. Если боль возникает ранее установленного времени приёма морфина, резервную дозу больной может принимать столько раз, сколько это необходимо (например, каждый час). Интервал между приёмами резервных доз – не менее 1 часа. Время приёма основных доз не сдвигается, даже если резервная доза была введена за 30 минут до приёма основной.

5. Основная доза морфина должна пересматриваться врачом ежедневно с учётом принятых резервных доз за прошедшие сутки. Если больному понадобились 1-2 резервные дозы, то можно подождать 2-3 дня и не увеличивать основную суточную дозу. Если вводились 3 и более резервных доз, то необходимо пересчитать основную суточную дозу на новую.

6. При расчёте новой суточной основной дозы необходимо к основной дозе за прошедшие сутки добавить сумму всех резервных доз, принятых за те же сутки. Потом рассчитать новую разовую основную дозу, разделить новую общую суточную дозу на 6 приёмов. То есть необходимо увеличивать разовую дозу препарата, а не кратность приёма морфина. В целом быстродействующий морфин должен назначаться не чаще, чем каждые 4 часа.

7. Данный алгоритм необходимо повторять до тех пор, пока больной не будет обезболен.

8. После подбора эффективной обезболивающей дозы морфином быстрого действия пациента можно перевести на пролонгированный препарат (морфин пролонгированного действия, гидроморфон пролонгированного действия, фентанило-вый пластырь). Для этого используются эквивалентные дозы ротации с одного наркотического анальгетика на другой.

9. Если больно не способен принимать морфин перорально, альтернативными путями введения могут стать ректальный и подкожный.

10. Биодоступность и продолжительность обезболивания при применении морфина быстрого действия перорально и ректально одинаковы. Соотношение доз 1:1.

11. Морфин пролонгированного действия нельзя разжёвывать, делить на части, использовать ректально.

12. Подкожно или внутривенно морфин вводится каждые 4 часа или в виде продолжительной инфузии. Эквивалентная доза морфина, принятого перорально, в 2 раза больше, чем доза морфина, введённого подкожно или внутривенно.

13. Подкожное введение морфина не используется у больных:

- с отёками;
- развивающих покраснение и стерильные абсцессы в месте подкожных инъекций;
- с нарушениями свёртывающей системы крови (коагулопатия, тромбоцитопения);
- с выраженными нарушениями микроциркуляции.

При необходимости парентерального введения в этих случаях морфин вводится внутривенно.

14. Сублингвальное или трансдермальное введение других наркотических анальгетиков может стать альтернативой подкожному введению морфина.

15. Дозы морфина сульфата и морфина гидрохлорида являются эквивалентными (1:1).

Наркотические анальгетики безопасны, эффективны и не приводят к наркомании, если они применяются строго по назначению для снятия болевого синдрома в соответствии с принципами паллиативной медицины и современными рекомендациями ВОЗ по их использованию.

Наркотические анальгетики должны подбираться на индивидуальной основе, начиная с рекомендуемой стартовой. Доза подбирается пошагово, пока не будет достигнуто обезболивание. Максимальные суточные дозы существуют у кодеина и трамадола. Максимальной дозы сильных наркотических анальгетиков нет. Оптимальная доза согласовывается с пациентом, чтобы достичь максимального возможного обезболивания с минимальными побочными эффектами.

Морфин

Морфин короткого (быстрого) действия (морфина сульфат/морфина гидрохлорид).

В начале «титрования» (подбора) эффективного обезболивания используются следующие стартовые дозы:

● внутрь или ректально детям в возрасте 1-3 месяца – по 50 мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 3-6 месяцев – по 100 мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 6 месяцев – 12 лет – по 200 мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 12-18 лет – по 5-10 мг каждые 4 часа;

● подкожно болюсно или внутривенно струйно (в течение минимум 5 минут) детям в возрасте до 1 месяца – по 25 мкг/кг каждые 6 часов, детям в возрасте 1-6 месяцев – по 100 мкг/кг каждые 6 часов, детям в возрасте 6 месяцев – 12 лет – по 100 мкг/кг каждые 4 часа (максимальная разовая стартовая доза 2,5 мг), детям в возрасте 12-18 лет – по 2,5-5 мг каждые 4 часа (болюсный путь используется только в стационаре, требует мониторинга состояния, максимальная суточная доза при болюсном введении – 20 мг в сутки);

● продолжительная подкожная или внутривенная инфузия со скоростью детям в возрасте до 1 месяца – по 5 мкг/кг в час, детям в возрасте 1-6 месяцев – по 10 мкг/кг в час, детям в возрасте 6 месяцев – 18 лет – по 15-20 мкг/кг в час (максимум 20 мг за 24 часа).

Увеличение разовой и суточной дозы морфина:

● вариант 1 – увеличить разовую дозу морфина для регулярного приёма на 30-50% от предыдущей дозы.

Например: ребёнку, который принимает морфин по 5 мг каждые 4 часа, может быть назначена доза морфина по 6,5 мг (+30%) каждые 4 часа или по 7,5 мг (+50%) каждые 4 часа.

● вариант 2 – суммировать все дозы морфина для купирования прорывной боли, принятые за последние 24 часа, и разделить полученную сумму на 6, увеличить на это число каждую регулярную дозу, принимаемую каждые 4 часа, также необходимо увеличить дозу для купирования прорывной боли, так как увеличились регулярные дозы.

Например: ребёнок, который принимает морфин по 5 мг каждые 4 часа, на протяжении последних 24 часов получил дополнительно 4 дозы по 2,5 мг для купирования прорывной боли, общий объём морфина для купирования прорывной боли за 24 часа составляет 4 x 2,5 мг = 10 мг. 10 мг : 6 = 1,67 мг. 5 мг + 1,67 мг = 6,67 мг, что округляется до 7 мг. Регулярный приём – по 7 мг каждые 4 часа. Для купирования прорывной боли будет использоваться 3,5-7 мг.

Морфин пролонгированного действия (или медленно высвобождающийся морфин) (морфина сульфат).

Суточная доза морфина пролонгированного действия равна суточной дозе морфина короткого действия перорально; разовая доза морфина пролонгированного действия равна половине его суточной дозы; для купирования прорывной боли используется морфин быстрого действия.

Расчёт морфина короткого действия (морфина сульфат/морфина гидрохлорид) для купирования прорывной боли.

Если при регулярном приёме боль является между дозами морфина, расписанными по часам, назначить дозу морфина для купирования прорывной боли; доза для купирования прорывной боли составляет 50-100% от той разовой, которая применяется каждые 4 часа или рассчитывается как 1/6 от общей суточной дозы морфина, принимаемой в данный момент; доза для купирования прорывной боли должна быть дана не ранее, чем через 15-30 минут от предыдущего приёма препарата.

Отмена морфина (морфина сульфат/морфина гидрохлорид) проводится путём постепенного снижения дозы на 1/3 каждые 3 дня.

Гидроморфон

Гидроморфон пролонгированного действия назначается только после достижения обезболивания гидроморфоном или морфином короткого действия; перед переводом на гидроморфон перорально пересчитать суточную подкожную/внутривенную дозу на эквивалентную пероральную; при переводе с морфина на гидроморфон суточную дозу морфина перорально разделить на 5 или 7; полученную суточную дозу гидроморфона разделить на нужное количество приёмов, как правило, на 2 (у детей иногда требуется разделить на 3 приёма каждые 8 часов). Дозу гидроморфона увеличивать до достижения обезболивающего эффекта.

Гидроморфон короткого действия

Стартовые дозы:
● внутрь детям в возрасте 12-18 лет – по 1,3 мг (или по 30-80 мг/кг) каждые 3-4 часа;
● подкожно или внутривенно по 15 мкг/кг медленно (минимум 5 минут) каждые 3-6 часов.

Гидроморфон пролонгированного действия

Стартовая доза: внутрь детям в возрасте 12-18 лет – в зависимости от суточной дозы гидроморфона короткого действия или морфина короткого действия.

Фентанил

Дозу фентанила увеличивать до достижения обезболивающего эффекта.

Фентанил короткого действия

Стартовая разовая доза:

● трансмукозально детям в возрасте 2-18 лет и больше 10 кг – по 15 мкг/кг (увеличивать при необходимости до максимальной дозы 400 мкг);

● интраназально детям в возрасте 2-18 лет – по 1-2 мкг/кг (максимальная стартовая разовая доза 50 мкг);

● внутривенно (медленно за 3-5 минут) детям в возрасте до 1 года – по 1-2 мкг/кг каждые 2-4 часа, детям в возрасте после 1 года – по 1-2 мкг/кг каждые 30-60 минут;

● внутривенная длительная инфузия детям в возрасте до 1 года – начать со стартовой дозы струйно внутривенно 1-2 мкг/кг (за 3-5 минут), затем титровать со скоростью 0,5-1 мкг/кг в час; детям в возрасте после 1 года – начать со стартовой дозы струйно 1-2 мкг/кг (за 3-5 минут), затем титровать со скоростью 1 мкг/кг в час.

Фентанил пролонгированного действия (в пластырях).

«Размер» (или доза) пластыря рассчитывается на основании эквивалентной суточной дозы перорального морфина: чтобы рассчитать дозу пластыря, нужно дозу морфина перорально разделить на 3. После наклеивания пластыря необходимо около 12-24 часов, чтобы достичь обезболивания. После первого наклеивания пластыря в течение 12-24 часов продолжают анальгетики (например, морфин короткого действия каждые 4 часа или морфин пролонгированного действия каждые 12 часов). Доза фентанила увеличивается до достижения обезболивающего эффекта. Пластырь переклеивается каждые 72 часа, у некоторых детей может потребоваться переклеивать пластырь каждые 48 часов.

Адьювантные анальгетики

Амитриптилин внутрь детям в возрасте от 2 до 12 лет – 0,2-0,5 мг/кг (максимум 25 мг) на ночь (при необходимости можно увеличить дозу до 1 мг/кг 2 раза в день); детям в возрасте 12-18 лет – 10-25 мг на ночь перорально (при необходимости можно увеличить до 75 мг максимум).

Карбамазепин внутрь 5-20 мг/кг в сутки в 2-3 приёма, увеличивать дозу постепенно, чтобы избежать побочных эффектов.

Габапентин внутрь – детям в возрасте 2-12 лет: 1-й день по 10 мг/кг однократно, 2-й день по 10 мг/кг 2 раза в день, 3-й день по 10 мг/кг 3 раза в день, поддерживающая доза по 10-20 мг/кг 3 раза в день; в возрасте 12-18 лет: 1-й день по 300 мг однократно, 2-й день по 300 мг 2 раза в день, 3-й день по 300 мг 3 раза в день, максимальная доза по 800 мг 3 раза в день. Отменять медленно в течение 7-14 дней, нельзя использовать у детей с психическими заболеваниями в анамнезе.

Диазепам (перорально, буккально, подкожно, ректально) детям в возрасте 1-6 лет – 1 мг в сутки за 2-3 приёма; в возрасте 6-14 лет – по 2-10 мг в сутки за 2-3 приёма. Используется при ассоциированной с болью тревоге и страхах.

Гиосцина бутилбромид (бускопан) детям в возрасте от 1 месяца до 2 лет – 0,5 мг/кг перорально каждые 8 часов; в возрасте 2-5 лет – 5 мг перорально каждые 8 часов; в возрасте 6-12 лет – по 10 мг перорально каждые 8 часов.

Преднизолон по 1-2 мг/кг в день при умеренной нейропатической боли, боли в костях.

Дексаметазон при сильной нейропатической боли.

Кетамин: перорально или сублингвально детям в возрасте 1 месяц – 12 лет – стартовая доза 150 мкг/кг каждые 6-8 часов или «по требованию», при неэффективности постепенно увеличивать разовую дозу (максимум до 400 мкг/кг); в возрасте старше 12 лет – по 10 мг каждые 6-8 часов или «по требованию», при неэффективности постепенно увеличивать разовую дозу (максимум до 50 мг); подкожная или внутривенная длительная инфузия детям в возрасте старше 1 месяца.

Подходы к ведению боли у отдельных категорий пациентов.

Нейропатическая боль

Алгоритм ведения: наркотический анальгетик + кортикостероид или наркотический анальгетик + нестероидный противовоспалительный препарат. При неэффективности добавить трициклический антидепрессант или/и противосудорожный препарат. При неэффективности добавить кетамин или местный анестетик системно.

(Окончание следует.)

Ожирение, избыточная масса тела, как и сахарный диабет, признаны ВОЗ и ООН опаснейшими вызовами для мирового сообщества. В настоящее время 8,3% взрослого населения планеты страдают сахарным диабетом (СД), 85-90% из них – это пациенты с сахарным диабетом 2-го типа (СД2). Россия на протяжении нескольких лет занимает 5-е место по численности больных СД. По оценкам Всемирной диабетической федерации, в нашей стране число таких пациентов составляет 12,1 млн.

Высокая распространённость диабета напрямую ассоциируется с ожирением: около 90% больных СД2 имеют избыточную массу тела или ожирение. А это – реальный риск инфаркта миокарда, инсульта, артериальной гипертензии, онкологических заболеваний, остеопороза и т.д. Большинство людей с избыточной массой тела страдают не только от осложнений самого заболевания, но и от огромного числа сопутствующих проблем: ограничения двигательной активности, предвзятого отношения окружающих (вплоть до стигматизации), неустроенности в личной жизни и профессиональной деятельности. Они часто имеют низкую самооценку, депрессию и другие психологические проблемы, являющиеся причиной социальной дезадаптации.

Государству и медицинскому сообществу следует обратить внимание и на серьёзное экономическое бремя, обусловленное ожирением, вклад которого в прямые затраты нашей страны на борьбу с социально значимыми заболеваниями (острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда и СД2) суммарно превышает 70% общих ежегодных бюджетных средств и составляет 369,5 млрд руб., а это почти 1 млрд ежедневно! При этом больше 80% этой суммы, 346,3 млрд тратится на лечение и ведение пациентов с СД2, обусловленным ожирением.

Выбор терапии для пациентов с СД2 и ожирением представляет особую сложность, поскольку им особенно трудно снизить вес в связи с клиническими и патогенетическими особенностями заболевания, влиянием используемых для лечения препаратов на массу тела, повышенным риском возникновения различных нежелательных явлений. Поэтому лечение этих «сложных» пациентов требует комплексного персонализированного подхода.

Отечественные специалисты бьют тревогу: россияне стремительно тучнеют. Тем не менее опыт показывает, что ожирение является предотвратимым фактором риска развития смертельно опасных заболеваний и осложнений. В целях

Перспективы

«Весна» – «ПримаВера» – «Аврора»

Эстафета крупнейших в России и мире наблюдательных программ безопасного снижения веса продолжается

сдерживания их распространения целесообразно проводить общенациональные программы, которые способствуют внедрению в клиническую практику алгоритмов обоснованного назначения лекарственных средств и направлены на предупреждение причинения вреда жизни и здоровью человека. Такие программы способствуют дополнительному сбору данных о применении препаратов у широкого круга пациентов в условиях реальной клинической практики, то есть с учётом различных факторов (например, лекарственного взаимодействия или индивидуальной переносимости), влияющих на отношение ожидаемой пользы от приёма препарата к возможному риску.

Удачный опыт

Инициатором проведения наблюдательных программ мониторинга эффективности и безопасности лечения пациентов с ожирением в нашей стране является российская фармацевтическая компания «Промомед». Начиная с 2010 г., компанией проводятся наблюдательные программы («Весна», «ПримаВера»), посвящённые мониторингу эффективности и безопасности лечения ожирения и избыточной массы тела. Это перспективное начинание позволило не только получить проспективные данные об эффективности и безопасности применения сибутраминсодержащего препарата в условиях рутинной врачебной практики, но и сформировать навыки обоснованного и безопасного использования медикаментов центрального действия для лечения ожирения.

Изучение методик, направленных на снижение массы тела, имеет большое значение для профилактики и лечения СД2. Первая наблюдательная программа с лирическим наименованием «Весна» во многом содействовала внедрению практики рациональной терапии лекарственными средствами для борьбы с ожирением. Базируясь на её результатах, была разработана ещё более масштабная и беспрецедентная программа «ПримаВера», также направленная на снижение веса под наблюдением врача. Если за рубежом наблюдательные проекты охватывают до 50-65 тыс. пациентов, «ПримаВера» стала



самым крупномасштабным наблюдательным исследованием в мировой эндокринологии, посвящённым проблеме ожирения, охватив почти 99 тыс. человек, 1,3 тыс. медицинских учреждений в 142 городах по всей территории страны с вовлечением 3 тыс. врачей разных специальностей. Длится она с 2012 по 2015 г. и показала впечатляющие результаты: почти 59% пациентов полностью избавились от диагноза «ожирение», 12,6% – от морбидного ожирения, наиболее связанного с развитием осложнений, более 28% удалось достичь своего идеального веса. 83% достигли клинически значимого снижения веса на 10% и более. В общей сложности участники программы сбросили 1,5 млн кг лишнего веса, а окружность их талии уменьшилась на 872 км, что соответствует расстоянию от Москвы до Казани!

Важным итогом многолетней работы стало то, что теперь уверенно можно говорить, что сибутраминсодержащий препарат, применяемый в исследованиях, безопасен.

Программа «ПримаВера» позволила внедрить в клиническую практику алгоритм контроля управления рисками возникновения нежелательных явлений и оптимального применения сибутрамина, а также эффективные методы оценки проводимой терапии. Таким образом, она оказалась действенным инструментом для управления процессом снижения веса. Спе-

циалисты по достоинству оценили успех проведённых наблюдательных программ и заявили о целесообразности и необходимости продолжения подобной практики.

Argumentum a tuto de facto

Стартовавшая в России буквально на днях наблюдательная программа «Аврора» явилась логичным продолжением практики мониторинга эффективности и безопасности терапии ожирения в рутинной клинической практике. Национальным координатором в новой программе является президент Российской ассоциации эндокринологов академик РАН Иван Дедов.

«Аврора» – это многоцентровое фармакоэпидемиологическое неинтервенционное исследование, проводимое в соответствии со стандартами надлежащей клинической практики. Не случайно девизом программы выбрано латинское выражение Argumentum a tuto de facto, то есть «доказательство безопасности на практике».

Вне всякого сомнения, «Аврора» послужит важным шагом в формировании системного подхода к ведению пациентов с СД2 и ожирением или избыточной массой тела. Программа охватит более 10 тыс. человек, преследуя две основные цели: получение клинко-эпидемиологических данных об особен-

ностях терапии пациентов с СД2, в том числе с впервые выявленным, и обобщение данных по эффективности и безопасности применения комбинированного препарата для снижения веса и нормализации гликемического профиля в клинической практике в соответствии с инструкцией.

Комментируя начало реализации нового проекта, академик И. Дедов подчеркнул: «Сахарный диабет 2-го типа и ожирение являются взаимно отягощающими состояниями, поэтому в терапии СД2 большое значение имеет нормализация массы тела. При этом большинству пациентов сложно соблюдать рекомендации по рациональному питанию и физической нагрузке в реальной повседневной жизни, особенно на долгосрочной основе. Средством повышения эффективности немедикаментозных методов коррекции ожирения является использование фармакологических препаратов. Данные современных исследований говорят о том, что развитие ожирения тесно связано с изменением работы центров головного мозга, отвечающих за пищевое поведение. Поэтому необходимым элементом комплексного подхода к лечению ожирения является фармакотерапия препаратами центрального действия. Пациенты с ожирением и СД2 являются, наверное, наиболее «трудными» и «уязвимыми» с точки зрения как подбора фармакотерапии, так и развития возможных рисков. Поэтому особенно важным является стандартизация подходов к лечению таких больных и повышение приверженности пациентов к назначаемой терапии. Проводимые в нашей стране под эгидой ведущих эндокринологических центров и при поддержке компании «Промомед» наблюдательные программы, безусловно, являются важным шагом к решению проблемы ожирения и избыточного веса. Мы планируем продолжать нашу работу, и на очереди новое наблюдательное исследование «Аврора». Мы уверены, что это исследование позволит получить важные эпидемиологические данные о пациентах с СД2 и ожирением и повысить эффективность терапии у этой особо сложной категории пациентов».

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Деловые встречи

Конференция «Пульмонология мегаполиса» в рамках научно-образовательного проекта Российского респираторного общества прошла в Москве под председательством главного пульмонолога Департамента здравоохранения Москвы, заведующего кафедрой пульмонологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, профессора Андрея Белевского.

– В странах Западной Европы бронхиальная астма встречается у 13% взрослого населения и у 8% детей. Самая изученная форма бронхиальной астмы – аллергическая. Человек не может жить вне своих аллергенов, полностью убрать их невозможно. Приступы затруднённого дыхания иногда заканчиваются плачевно, а любая встреча с аллергеном может стать для человека последней, – отметила в своём докладе старший научный сотрудник НИИ пульмонологии ФМБА России кандидат медицинских наук Светлана Чикина. – Довольно часто

В поисках адекватной терапии

Обострение ХОБЛ требует от докторов особого подхода к лечению пациентов

встречается аспириновая астма, связанная с реакцией на аспирин. Данное заболевание также бывает ассоциировано с ожирением. Универсальным подходом к лечению астмы считается применение средних доз стероидов пролонгированного действия. Большие дозировки применяются лишь при тяжёлых формах. Системные стероиды не являются прогрессивным видом лечения, поскольку могут спровоцировать неконтролируемое течение заболевания и подводят пациента к непонятной черте – несмотря на интенсивность лечения, приступы астмы могут оказаться неконтролируемыми.

К сожалению, у 10% пациентов бронхиальная астма трудно поддается лечению. На форуме неоднократно подчёркивалось, что больные

астмой – люди, подчас, страдающие какими-либо психическими расстройствами и пытающиеся диктовать врачам, какую терапию следует назначить. Следствие низкой комплаентности у таких больных – далеко не всегда ожидаемый эффект от назначенной терапии.

На форуме выступил и заместитель директора НИИ пульмонологии профессор Сергей Авдеев с сообщением «Обострение ХОБЛ и следствие». По его словам, 15% россиян больны ХОБЛ. Это следствие того, что наша страна занимает третье место в мире по табакокурению.

Далее С.Авдеев сказал: «Неотъемлемой чертой ХОБЛ являются обострения сопутствующих респираторных и нереспираторных заболеваний».

– Чем тяжелее ХОБЛ, тем больше

обострений, утяжеляются жалобы и нарастает симптоматика. Крайняя степень обострения – нарушение сознания. Патологический субстрат ХОБЛ – воспаление, усиление которого приводит к дальнейшему усугублению патологических нарушений, бронхообструкции и увеличению лёгочных объёмов, – выступил в конце мероприятия А.Белевский. – Частые осложнения этой суровой патологии – это сердечно-сосудистые катастрофы, которые возникают у 35% пациентов: инфаркт, инсульт, синдром сердечной недостаточности, нарушения сердечного ритма. В этой связи важно всегда помнить про «нелёгочные» проблемы у пациентов с ХОБЛ. Таких обострений пациент может попросту не пережить, поэтому тяжёлые формы ХОБЛ требуют госпитализации,

кислородотерапии, респираторной поддержки. К сожалению, причина обострения часто остаётся невыясненной. Медицинское сообщество нашей страны нуждается в разработке программы по профилактике и терапии обострений ХОБЛ, ведь после каждого осложнения «отсекается» определённая часть функций человека.

На конференции было также отмечено, что бронходилататоры длительного действия в отличие от глюкокортикостероидов при обострении ХОБЛ могут быть назначены любому пациенту. Лишь в 50% случаев осложнения носят бактериальную причину, в связи с чем назначаются антибиотики. Уменьшают число обострений ХОБЛ и бактериальные лизаты.

Иван МАГЕР,
корр. «МГ».

К нам на приём в диспансерное отделение больницы время от времени приходят родители детей-подростков с просьбой: «Помогите моему ребёнку. Не хочет учиться, в школе его обижают, унижают, оскорбляют. В классе за него никто не заступает. Мы уже сами стали нервными, раздражительными, кричим на ребёнка и друг на друга. Разговаривали с учителями, школьным психологом, обидчиками, перессорились с родителями обидчиков, это помогает на короткое время, а потом снова всё повторяется. Можно сменить школу, но мы не уверены, что в другой школе будет лучше. Что же нам делать?»

Кто этому виной?

Стоит задуматься: почему с ребёнком такое происходит. Почему одноклассники не принимают такого ребёнка? Почему за него не вступаются другие дети? Может быть, причина в нём самом?

Часто взрослые, влезая в детский конфликт, пытаются его разрешить на уровне взрослого, тем самым не только не помогая своему ребёнку, но и вредя при этом. Попадая в неприятную ситуацию, многие из нас считают, что виной этому какие-то обстоятельства или другие люди.

Вот именно об этой деликатной, но далеко не редкой в нашем обществе ситуации и хотелось бы поразмышлять. Поделиться опытом с коллегами-медиками и дать советы родителям, которым нелегко приходится в общении со своими детьми.

Родители испытывают раздражение, если их «чадо» не хочет заниматься уроками, а пытается чем-то себя развлечь. Трудно представить ребёнка, который бы хотел учить уроки. Что же делать родителям? Конечно же, успокоиться. Перестать кричать и раздражаться. Если родители не могут справиться со своими эмоциями, они не завоюют авторитета и как тогда они смогут на своё дитя повлиять? Значит, нужно научиться держать себя в руках. Иного варианта для первого поступка искать не следует.

А есть ли семья?

Часто самые тяжёлые трудности переходного периода связаны с тем, что как таковой семьи у подростка попросту нет. В ней нет дружбы, понимания, доверия – в таких условиях у кого угодно пропадёт желание учиться. Родители, как правило, убеждены в том, что никакой связи между их ссорами и нежеланием учиться у сына или дочери нет. Психолог, к которому обратились с просьбой помочь разрешить ситуацию в школе, вынужден сначала разбирать общесемейные проблемы, потому что корень беды проблемы бывает именно в них.

Почему не получается разго-

вора с родителями обидчиков? Потому что родители не могут быть объективны по отношению к своему отпрыску. Родители обидчиков также считают своего наследника добрым, хорошим, помогающим им и учителям, что на него зря наговаривают. Так и должно быть.

Родители ребёнка полагают, что причина конфликта – в особенностях характера обидчика. Поэтому они все свои силы

конфликтных ситуаций и строить свою самооценку? Человек, который в своих страданиях винит других, будет всегда неудачен. Однако вряд ли сделает его успешным и болезненная уверенность в собственной вине – даже там, где от него мало что зависит. Важнее всего искать способы адаптации. Но это чрезвычайно трудно. К сожалению, не каждый родитель идёт на это. Прежде всего важно научить

той области, в которой он специалист.

Прививайте ребёнку умение одеваться со вкусом и научите его соответствующим образом вести себя в обществе. Подросток, чувствующий себя уверенно в любой социальной ситуации, вряд ли поддастся влиянию сверстников. Он всегда знает, что делает. Уважаемый другими детьми, он знает своё место и цену себе, даже если

Важен личный пример

Бывает легче в чём-то убедить группу людей, если с самого начала встречи с ними вы поставите их в известность о своих убеждениях. Если вы будете доброжелательно и убедительно высказываться о том, что вам дорого, вы сможете с лёгкостью убедить остальных принять вашу точку зрения. На-

Акценты

Не хочу учиться...

Каждый «трудный» ребёнок труден по-своему...



направляют на то, чтобы унять «плохого соседа».

Как преследователи, так и их жертвы обычно имеют меньше близких друзей, чем другие дети. Для жертв характерны: неважное здоровье, неудовлетворительные отношения со сверстниками, низкая самооценка, большие семьи, низкий социальный статус. Любимчик учителей тоже может вызвать неприязнь. Жертвы часто склонны полагать, что заслужили свои страдания. Хотя физические характеристики, в частности, внешность и физическая сила, безусловно важны, но их первооснову часто переоценивают. Любая особенность жертвы может послужить поводом для возникновения конфликта. Почему ребёнок стал жертвой, какова причина в каждом конкретном случае – всё это важно выяснить.

Почему за этого мальчика или девочку не вступаются другие дети, почему у страдающих нет друзей? Разумнее всего сосредоточиться на собственном жизненном опыте. Необходимо попытаться понять, что позволило ребёнку стать жертвой.

Как вести себя в разных ситуациях, как реагировать на разных людей, как вызывать к себе симпатию, как выходить из

ребёнка защищать себя без вступления в драку. При конфликтах надо стараться избегать фраз, которые будут вынуждать обидчика к активным действиям. То есть нельзя его оскорблять или говорить грубости. Общаться надо твёрдо, но вежливо, чтобы у второй стороны не было поводов вступить в потасовку. Если ситуация выходит из-под контроля, то часто самым правильным решением является уход из неё.

Поможет полезное дело

Займите ребёнка полезным делом. Занимаясь внеклассной работой в школе, выпуская школьную газету, принимая участие в различных мероприятиях, он именно там сможет найти себе друзей-соратников. Эти дети обычно хорошо влияют на других. Помогите подростку приобрести такие навыки, которые дадут ему возможность не только обрести новый статус, достичь какого-то удовлетворения, но и дадут ему стимул к тому, чтобы в дальнейшем заниматься чем-то стоящим в кругу сверстников и найти среди них настоящих, хороших друзей. Ведь умелого человека уважают, считаются с его решениями и не только в

и не соглашается с мнением толпы.

Учите вашего ребёнка тому, как распознавать и реагировать на «вторжение извне». Шэрон Скот в своей книге «Изменение влияния сверстников» утверждает следующее: после того, как ребёнок почувствовал, что кто-то давит на него извне, пусть даже из среды его ровесников, у него остаётся в запасе всего 30 секунд, чтобы выйти из-под этого влияния при помощи одного из известных ему способов. Если он не уложится в это время, то обязательно покорится ситуации. Именно это время – 30 секунд – диктует условия.

И тут, мы полагаем, ребёнок должен действовать автоматически, почти не думая. Именно поэтому важно заранее выработать у него такую реакцию. Может ли он это сделать? Попросите его повторить те фразы, при помощи которых он сам пытается убедить кого-то поступить так или иначе. Потом научите его, как надо реагировать на такую тактику нажима. Доведите его реакцию до автоматизма на «практике», моделируя различные проблемные ситуации.

Реакция ребёнка должна соответствовать его личностным особенностям. Некоторые дети могут разрядить конфликт при помощи шуток, но другие ударят лицом в грязь, если вздумают разрешить проблему с позиции юмора. Но в любом случае ему необходимо иметь как минимум четыре-пять оптимальных вариантов выхода из критических положений. Неуклонно повторяйте с ним один из вариантов, к примеру: получил неприемлемое предложение, повернись и сразу же уходи без каких-то комментариев или возражений. Удались с достоинством и займись чем-нибудь другим. Если тянуть время, это может быть воспринято как согласие. Постоянно напоминайте ребёнку о «законе 30 секунд». Ему даётся совсем немного времени, чтобы решить, остаться или уйти от конфликта.

учите этому ребёнка. Подскажите ему, чем конкретно он может увлечь своих сверстников. Если вы должным образом вышколите вашего наследника дома, он сможет быстро находить выход из тех экстремальных ситуаций, в которые его попробуют вовлечь конфликтные сверстники.

Лучшее оружие против оскорбительной критики – улыбка. Остроумный ответ поможет справиться практически с любым обидчиком. Используйте юмор как оружие. В ответ на выпад обидчика... улыбнитесь. Пусть это будет неискренне, пусть его слова не содержат ничего смешного. При этом обязательно смотрите противнику в глаза! Ваша реакция поставит его в тупик.

Если у ребёнка нет опыта урегулирования конфликтов, нужен специалист, который опираясь на профессиональные знания и здравый смысл, поможет найти методы коррекции, которые будут адекватны ситуации. Необходимо обратиться за помощью к психологу. Остановитесь и задумайтесь: всё ли правильно делали, с пользой ли для детей выстраивали отношения в семье и с ними? Может быть, не поздно ещё что-то изменить? Постарайтесь заново осмыслить и понять.

Уделять серьёзное внимание строительству отношений с другими детьми, для ребёнка это как воздух. Не сидеть, слушать, записывать и воспроизводить, а двигаться, искать, производить самому что-то интересное. Проблема эта решаемая.

Закончим мудростью от Конфуция: послушайте – и вы забудете, посмотрите – и вы запомните, сделайте – и вы поймёте.

Оксана РЫНДИНА,
координатор
психологической службы.

Светлана ЕМЕЛЬЯНОВА,
медицинский психолог.

Республиканская
психиатрическая больница.

Чебоксары.

Новости

В поликлинике № 2 Омска состоялся первый выпуск врачей, повысивших квалификацию по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

В этом лечебно-профилактическом учреждении организованы курсы для врачей первичного звена – участковых терапевтов, кардиологов, неврологов, врачей общей практики по дополнительной профессиональной программе «Современные клинические подходы в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний». Их иници-

По дополнительной программе

ировали Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины, общероссийская

общественная организация «Союз реабилитологов России».

В очно-заочной форме с применением дистанционных образовательных технологий и электронного обучения врачам были представле-

ны правовые аспекты организации первичной профилактики. Омских медиков ознакомили со стратегиями профилактики хронических неинфекционных заболеваний, принципами организации про-

филактики в рамках первичной медико-санитарной помощи, мероприятиями по выявлению факторов риска при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Обучение прошли около 50 специалистов: врачи поликлиник города на Иртыше, клинического кардиологического и врачбно-физкультурного диспансеров, Омского областного клинического медико-хирургического центра.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Результаты опроса выявили и положительную динамику, связываемую с реализацией антитабачной политики, – 18% респондентов заявили, что бросили курить за последние несколько лет. По словам директора Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (ГНИЦ), вице-президента Российского кардиологического общества, главного профилактика Минздрава России, профессора Сергея Бойцова, за 10 лет число мужчин-курильщиков сократилось на 40%. При этом число курящих женщин, наоборот, выросло с 7 до 14%.

«Когда началась атака на курящих мужчин, табачные компании быстро нашли новую аудиторию – женщин, преимущественно молодых. Тонкие сигареты преподносятся как лёгкие, не обладающие никакими вредными качествами, только придающие шарм и женственность», – отметил С.Бойцов.

Специалисты оговариваются, что фактор курения в случае с возникновением инсульта для женщин менее значим, но добавляют, что эти данные могут быть искажены из-за небольшой пока доказательной базы. В целом же курение вдвое увеличивает риск развития инсульта.

«Должно пройти 5 лет, чтобы выравнились риски инсульта у экс-курильщика и его некурящих сверстников, – пояснил заведующий кафедрой неврологии с курсом нейрохирургии Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова профессор Олег Виноградов. – Статистика свидетельствует, что около трети пациентов, перенёвших инсульт, умрут в течение года, ещё треть будет нуждаться в постороннем уходе. Существенно увеличить шансы пациента на восстановление позволяет «агрессивное лечение», впервые такую тактику в нашей стране стали использовать около 8 лет назад. Нам долгое время говорили «не расстраивай больного, пусть лежит». В то время как в Европе был диаметрально противоположный подход: снимали ЭКГ, брали кровь

образ жизни около трети россиян способствует повышению риска развития ишемического инсульта. Таковы данные социологического опроса, проведённого Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ). По данным опроса, 32% россиян никогда или почти никогда не занимаются спортом, 57% граждан проходят менее 5 км в день, 29% курят от нескольких сигарет в неделю до нескольких пачек в день, от 33-42% опрошенных не контролируют различные аспекты, связан-

ные с питанием. При этом в большей степени россияне боятся умереть от онкологических, нежели от сердечно-сосудистых заболеваний (67 против 54%). Что характерно, к наиболее значимым модифицируемым факторам риска инсульта специалисты относят артериальную гипертензию, фибрилляцию предсердий, сахарный диабет, повышение уровня холестерина в крови, низкую физическую активность, курение и злоупотребление алкоголем, ожирение.

на анализ, делали КТ головного мозга, определяли тип инсульта, растворяли и удаляли тромб. Благодаря стартовавшей сосудистой программе сейчас те законы, по которым живёт мир, работают в России».

Международные рекомендации по ведению пациентов с различными патологиями вследствие ишемического повреждения сходятся в том, что тромболизис на 30% увеличивает шанс на последующее восстановление, проведение тромбэкстракции повышает эту возможность ещё на 30%. Тактика лечения зависит и от типа инсульта – ишемический или геморрагический: на первый приходится примерно 80% всех случаев заболевания, на второй – около 20%.

«При ишемическом инсульте закупоривается мозговая артерия и кровь не поступает к веществу головного мозга, при геморрагическом – артерия разрывается и заливает вещество головного мозга. Для наглядности можно сравнить с водопроводом: в первом случае кран засоряется, а во втором его прорывает», – пояснил О.Виноградов.

Однако по клинической картине – без нейровизуализации – определить тип инсульта невозможно: сейчас, по утверждённому в России протоколу, каждому пациенту с подозрением на инсульт должна проводиться КТ головного мозга. Эксперты констатируют: «вклад» инсульта в общую структуру смертности россиян составляет примерно 30%, в то время как на инфаркт миокарда приходится всего около 3% смертей.

«Решение проблемы ишемического инсульта принципиально позволит снизить показатели смертности в нашей стране. Существует специальная шкала, которая позволяет с вероятностью в 70% рассчитать риск развития инфаркта миокарда, инсульта и смерти от других сердечно-сосудистых заболеваний в течение следующих 10 лет», – подчеркнул С.Бойцов.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Профилактика

Здоровье имеем — не храним

Ишемический инсульт: всё в руках самих пациентов



К наиболее значимым факторам риска инсульта относится артериальная гипертензия

Акценты

Грандиозный научный марафон

Что скрывает костная патология

В Российском научном центре «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А.Илизарова (Центр Илизарова) завершился трёхдневный марафон «Илизаровские чтения – 2016». В этом году научно-практическая конференция собрала рекордное число делегатов со всего мира – 501 человек из 31 страны (США, Великобритания, Германия, Китай, Индия, Италия, Австрия, Новая Зеландия, Израиль и др.) и 25 городов России.

На конференции, основной темой которой стала «Костная патология от теории до практики», выступили 130 докладчиков, прозвучало 150 научных презентаций, 62 лекции.

Научная программа была разбита на 12 тематических сессий. В каждый из трёх дней после окончания основной программы проводились мастер-классы и дискуссионные «круглые столы».

Организаторами крупнейшей научно-практической конференции года выступили Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А.Илизарова.

В очередной раз научный марафон в столице ортопедии собрал врачей разных специальностей: травматологов-ортопедов, неврологов, педиатров, реабилитологов, генетиков, хирургов, организаторов здравоохранения, представителей пациентских организаций.

В рамках конференции «Илизаровские чтения – 2016» состоялся ежегодный конкурс постерных докладов среди молодых учёных под эгидой ASAMI Россия. Лучшим из лучших за серию докладов был признан делегат из Сербии Милан Миткович. Также на конгрессе состоялась уже ставшая традицией церемония посвящения в почётные профессора Центра Илизарова. Мантию и конфедератку в этом году надели 10 знаковых фигур в российской и зарубежной травматологии. С передовыми разработками в медицинской и фармацевтической сфере делегатов конференции ознакомили экспоненты выставки. Очередная встреча единомышленников «Илизаровские чтения» в Кургане состоится ровно через год.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Курган.

Тенденции

Если 5 лет назад кемеровские фтизиатры только начинали осторожно говорить о стабилизации ситуации с туберкулёзом, то результаты 2015 г. выглядят уже довольно оптимистично. Так, по сравнению с 2014-м, детская заболеваемость снизилась на 20%, на столько же уменьшилась и смертность населения. А это самый объективный индикатор эффективности борьбы с заболеванием.

Туберкулёз «без бюрократии»

Второй год уровень заболеваемости этим недугом в Кузбассе держится ниже эпидпорога

«Достичь таких результатов нам удалось за счёт комплексного подхода к решению проблемы», – подчеркивает главный врач Кемеровского областного клинического противотуберкулёзного диспансера Дмитрий Плохих.

Комплексный подход проявляется, в том числе, во внедрении новых форм и методов работы. Так, по инициативе фтизиатров с 2015 г. в Кузбассе внедрено ежегодное флюорографическое обследование для всех жителей области старше 15 лет (ранее это было обязательно только для декретированных групп населения). В результате охват кузбассовцев флюороосмотрами вырос до 81%.

В прошлом году фтизиатры провели 3 акции по выявлению туберкулёза у детей раннего возраста, имеющих высокий риск летальности. В процессе 60 выездов был обследован 3661 малыш с различными хроническими заболеваниями, все эти дети проживают в неблагополучных семьях. Туберкулёз выявлен у 24.

С начала этого года передвижной флюорограф противотуберкулёзного диспансера четырежды выезжал на рынки Кемерово. В итоге 299 продавцов и покупателей смогли проверить свои легкие «без бюрократии» – без предъявления каких бы то ни было документов. 11 человек с подозрением на заболевание были направлены затем на дообследование. (Стандартная выявляемость – 1 случай на 1000 обследованных).

Уже несколько лет для уточнения диагноза у детей в Кузбассе применяется генно-инженерный препарат Диаскинтест. Он позволяет отличить реакцию организма при активном туберкулёзе от поствакцинальной аллергии. С 2016 г. Диаскинтест стали использовать в качестве скринингового метода для всех подростков старше 14 лет.

В лабораторной диагностике широко применяются современные молекулярно-генетические методы, способные в течение нескольких часов не только выделить

возбудитель, но и определить его восприимчивость к лекарствам. Планируется поступление в область лабораторных анализаторов, работающих на жидких питательных средах.

«Использование современных методов диагностики позволяет своевременно корректировать схему лечения, а значит, и повысить его эффективность», – уточняет главный фтизиатр Минздрава Кемеровской области Светлана Саранчина.

Одним из условий снижения смертности от туберкулёза является достаточный охват пациентов хирургическим лечением. Во фтизиатрической службе Кузбасса действуют два хирургических отделения.

А недавно областной противотуберкулёзный диспансер получил лицензию на оказание хирургической помощи детям. Два ребенка с туберкулёзом лёгких уже прооперированы. Ранее таких детей направляли в федеральные клиники. В ближайших планах медучреждения – начать оперировать детей из других регионов РФ.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Идеи

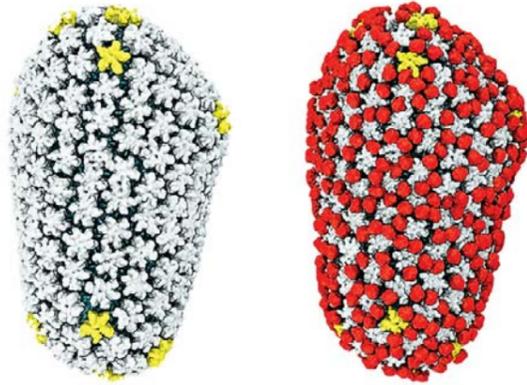
Лечение СПИДа и рака

Частота ошибок при копировании одноцепочной РНК достигает 1 : 1000, но переход на двуцепочность снизил их число на 3-4 порядка, что способствовало сохранности «границ видов» и в то же время оставляло небольшой люфт для мутаций, некоторые из которых давали новые виды.

К сожалению, древняя РНК постоянно напоминает нам о своём «первородном грехе», проявляющем себя в качестве транспозонов, теломер и ретровирусных инфекций. Ретровирусы содержат РНК, на которой осуществляется «обратный», или ретросинтез копия ДНК (кДНК), которые затем встраиваются в клеточный геном. При этом некоторые копии могут менять позицию, за что и получили своё название. Молекулярные онкологи давно обратили внимание на ретротранспозоны, трансформирующие нормальные клетки в раковые. В теломерах, или концевых участках хромосом, на «древней» РНК синтезируется одноцепочная ДНК, и её длина сокращается с каждым делением. Нарушения в копировании РНК приводят к удлинению теломер, что также может привести к клеточной трансформации.

Ретровирус для своего воспроизведения должен «провести» свою кДНК через белковые поры в клеточное ядро, в котором только и есть необходимые ресурсы для синтеза многочисленных копий вирусной РНК. Синтез последней сопровождается многочисленными «ошибками», благодаря которым тот же ВИЧ обгоняет скорость изменений в генах иммунных Т-лимфоцитов с их ДНК. Так, ретровирус «обгоняет» мало склонные к изменениям клетки, гибель которых приводит к СПИДу.

Древнюю ошибку природы исправили в Техасском университете Остина, в котором с помощью



Красный белок циклофилин, защищающий «сердцевину»-капсид ВИЧ

синтетической биологии создали фермент RTX (Reverse Transcription Xenopolymerase, то есть «чужая» полимеразы, осуществляющая «переписывание» генетической информации с РНК на ДНК). Авторы статьи в Science сравнивают RTX с высококавалифицированным корректором, выбраковывающим ошибки, допущенные автором или при наборе текста. Они указывают также, что, поскольку медицина становится всё более персонализированной, точное знание о характере вирусной нагрузки (виремии) очень важно для постановки диагноза и определения подходов к лечению. С помощью RTX можно будет гораздо точнее определять и ошибки в клеточном геноме, так как гены «проявляют» себя в виде копий информационных РНК.

Выше говорилось о белковых комплексах пор оболочки клеточного ядра, которые в норме не пропускают чужие ДНК, однако этот «запрет» не касается ВИЧ, у которого есть протеин KIF (Kinesin Factor), или моторный белок кинезин (сравни: кинетика). Именно KIF помогает вирусной кДНК с её белками «протиснуться» сквозь пору, диаметр которой на

50% меньше. В чикагском Университете Лойолы выключили ген KIF, в результате чего произошло уменьшение. Известно, что большинство вирусов имеют сферическую или нитевидную – фибриллярную – форму, однако есть и «хвостатые».

В Университете Цинхуа в Пекине с помощью криоэлектронного микроскопа с разрешением 2 ангстрема (2А – 0,2 нанометра) рассмотрели строение одного из вирусов и его хвоста диаметром всего 5 нм. Внутри него проходит канал для «инъекции» ДНК, сечение которого в 2 раза меньше, а концевая его «кнопочка» необходима для прободения (пенетрации) клеточной оболочки. Вирус небольшой и хорошо воспроизводится в клеточной культуре, что позволяет «оттачивать» подходы к изучению молекулярной природы взаимодействия вируса и клеточных мембран.

ВИЧ являет собой патологическое «отключение» иммунитета, но того же добиваются и трансплантологи, вынужденные с помощью известного циклоспорина бороться с отторжением. Помогает

циклоспорину белок иммунных Т-лимфоцитов циклофилин, который, как оказалось, необходим для стабилизации «сердцевины»-капсиды ВИЧ с её РНК (нуклеокапсид). Образование комплекса этого протеина с вирусным белком оболочки РНК нарушает функцию натуральных киллеров, убивающих клетки, инфицированные ВИЧ, который так «заботится» о самосохранении. В Чикагском университете с помощью суперкомпьютера провели моделирование созревания вирусного капсиды.

Пока эта информация остаётся «вещью в себе», так как борьбу с ВИЧ возлагают на антитела. Специалисты университетов Рокфеллера и Гарварда для сдерживания вируса у 13 инфицированных применили нейтрализующие антитела широкого спектра действия (BNA – Broad Neutralizing Antibodies). Возвращение виремии после двух введений антител продолжалось 9 недель, а после четырёх – 19. Сами BNA были получены в парижском институте Пастера. Редактор Nature озаглавил свой комментарий по этому поводу как «Двойная беда для ВИЧ» (Double Trouble for HIV), указав, что BNA действуют сразу на две мишени вируса, что увеличивает спектр действия антител на разные варианты изменчивого ВИЧ. Но антитела не снимают необходимости дорогостоящего лечения инфекции.

В Калифорнийском университете Сан-Диего выяснили, что борьбе с ВИЧ «мешают» сами иммунные клетки. Вмешательство связано с ферментом метилирования, или добавления метильных групп –СНз к нуклеиновым кислотам (метилирование выключает функцию защитных генов). Попадание ВИЧ-протеинов в ядро клеток приводит к стимуляции РНК-трафика в цитоплазму клеток, где и происходит самосборка вирусных частиц. Выход «созревших» вирусов в кровь (виремия) подавляется блокированием фермента, который авторам удалось «подсветить» с помощью флюоресцентного белка. Учёные полагают, что «метильный» протеин может стать мишенью для новых, более эффективных лекарств широкого спектра действия.

СМИ сообщили о начале испытаний экспериментальной вакцины против вируса Зика и одновременно с этим о двух новых методах лечения СПИДа и рака.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature.

Эксперименты

Я читаю ВАШИ МЫСЛИ...

Исследовательская группа из Университета Орегона (США) создала систему, которая способна распознавать мысли. Устройство для чтения мыслей было протестировано на 23 добровольцах, которым демонстрировались цветные фотографии с портретами различных людей.

Люди просматривали фотографии и одновременно проходили процедуру функциональной МРТ, с помощью которой регистрировались изменения кровотока в головном мозгу. Кроме того, специальная программа фиксировала изменения активности головного мозга.

Удалось уловить связь между распознаванием около 300 характерных особенностей, изменениями кровотока, зарегистрированными на фМРТ, и изменением активности головного мозга.

После этого учёные приступили ко второй фазе эксперимента, в ходе которой участники снова должны были рассматривать фотографии (они отличались от тех, которые им были предложены в первом этапе), проходя фМРТ. Система распознавания в этот раз была связана лишь с томографом и не измеряла изменения активности головного мозга. На основании данных, полученных системой, были построены изображения, которые в дальнейшем сравнивались с исходными.

Они были реконструированы на основании данных о работе двух областей мозга. После того, как созданные в ходе реконструкции изображения были показаны другой группе участников, они смогли верно ответить на основные вопросы о тех, кто был изображён на исходных фотографиях. Так, например, исследователи спрашивали их о поле, настроении и цвете кожи. В результате, поясняют учёные, одна группа респондентов с помощью системы распознавания смогла «прочитать» мысли другой группы.

Ян РИЦКИЙ.

По информации sciencealert.com

Гипотезы

Более полвека назад два человека подверглись операции по поводу «охватывавшей» их эпилепсии – падучей (в родстве с её греческим названием «астроблябия», или «взятие звёзд» – дословно). Следствием вмешательства стала потеря кратковременной памяти на события, о встрече с людьми и т.д.

Лонни Джонсон 64 лет – в прежней жизни художница и скрипачка, а также владелица двух самолётов, на которых она сделала более 400 вылетов, являет собой более сложный пример утери памяти. Она не помнит Ван Гога, но отлично составляет палитру, не различает композиторов, но прекрасно объясняет, как брать аккорды на своём любимом инструменте. Не осталось у неё в памяти даже венчание! Это связано с перенесённым ею вирусным энцефалитом, который привёл к гибели нервных клеток гиппокампа, отвечающих за хранение памяти. Nature опубликовал статью из Вашингтонского университета в Сент-Луисе, авторы которой считают, что воспаление мозга сопровождается утерей синапсов.

Нейробиологи различают память событийно-творческую (эвентуальную) и более примитивную мышечную, связанную с обрете-

Сохранение памяти

нием моторных навыков (именно поэтому в древнейшие времена в городах были ремесленники, делавшие, например, кувшины на гончарном круге, и расписывавшие их художники, поэтому на афинских вазах зачастую были два имени).

У Лонни Джонсон поражена память более высокого порядка, что сподвигнуло нейробиологов Университета Дж. Хопкинса в Балтиморе подвергнуть сомнению общепринятую теорию памяти. В связи с этим можно вспомнить И.М.Сеченова, на волне толкования рефлексов говорившего будто, что рука учит мозг. История науки свидетельствует, что учёные больше всего рассуждают, когда мало или вообще ничего не знают о предмете. Даже в конце XX века в их распоряжении не было и толики тех инструментальных ресурсов, коими наука о мозге владеет сегодня.

Это, прежде всего, «расцветивание» разных по своей природе нервных клеток, когда чувствительный – сенсорный – нейрон горит ярко-красным, а двигательный – моторный – голубым светом. Это

позволило увидеть, что, казалось бы, неветвящийся сенсорный отросток даёт разветвления, образуя синапсы с нейроном движения. Появившийся сначала «простой» МРТ довольно быстро трансформировался в функциональный, позволив увидеть очаги возбуждения в коре при решении человеком тех или иных задач. Дальнейшее развитие подхода дало возможность различать нейросети, в формировании которых принимают участие нервные отростки, идущие в разных направлениях – продольном, вертикальном и поперечном.

Нельзя не упомянуть и оптогенетику, которая с помощью лазерного луча управляет активностью нервных клеток: лазер «включает» ионный канал, в результате чего в клетку нагнетается поток ионов. Несколько лет назад сотрудники Массачусетского технологического института, что близ Бостона, использовали ионную «помпу» от древнего солелюбивого микроорганизма красного цвета с говорящим само за себя названием *Halorubrum sodomense* (выделен на берегу Мёртвого моря у ме-

ста, где когда-то стоял библейский Содом). При освещении ген-модифицированных нейронов лучом жёлтого лазера сила тока достигала 900 пикоампер (0,9 наноампера). В другом опыте был использован протонный насос, выделенный из клеток грибка, освещение которого сине-зелёным лазером также приводило к угасанию нейронной активности.

Ионные токи регулируют также миграцию нервных стволовых клеток (НСК) и их созревание. Более 10 лет назад в Киото было показано, что для «обращения» клеточного развития всясть достаточно всего лишь 4 протеинов, одним из которых является Sox. Центром образования нейронов в мозгу является упомянутый уже гиппокамп, при флюоресцентном «подсвечивании» которого хорошо виден горящий ярким зелёным светом белок Nestin. Его появление в клетках-предшественниках чётко указывает на то, что НСК твёрдо встали на путь развития нейронов. Известно, что вирус Зика поражает именно клетки с этим маркером, и возможно, что у Джонсон вирус

энцефалита тоже порастил НСК, «отключив» тем самым один из видов памяти.

Возвращаясь к функциональному МРТ (фМРТ), нужно сказать, что с его помощью видят не само нервное возбуждение, а приток крови к его очагу. Однако, как это выяснили в Колумбийском университете Нью-Йорка, у мышат на 7-10-й день после рождения раздражение путём подёргивания задней лапки не сопровождалось притоком крови, хотя активность и регистрировалась с помощью электродов. Таким образом выявлено отсутствие корреляции, чётко выявляемой в мозгу взрослого организма, что требует проверки у новорождённых и грудничков. Авторы высказывают несколько версий возможного «дисбаланса», но весьма осторожны в своих предположениях (одна из них связана с тем, что нервная активность способствует росту мозговых сосудов к соответствующим целям-мишеням. Вполне возможно, что нарушения в нейронно-сосудистом «параллелизме» по ходу развития мозга приводят к отклонениям в последующем когнитивном развитии и нарушениях поведения.

Иван ЛАРИН.

По материалам Cognitive Neuropsychology.

А как у них?

Доверяй, но проверяй

Правительство Китая проверяет главный национальный интернет-поисковик на предмет достоверности размещённой в нём информации о медицинских учреждениях. Поводом к расследованию стала смерть заболевшего саркомой молодого человека, прошедшего безуспешный курс лечения в клинике, которую рекламировал данный виртуальный ресурс.

Так, администрация киберпространства Китая совместно с Национальной комиссией по здравоохранению начали расследование резонансного случая, привлёкшего «широкое внимание» пользователей сети. 21-летний студент колледжа Вэй Зекси был болен синовиальной саркомой – весьма редким онкологическим заболеванием, поражающим ткани вокруг крупных суставов. После прохожде-

ния курса лучевой и химиотерапии его семья стала искать альтернативные методы лечения и через поисковик вышла на одну из пекинских клиник. Курс терапии в ней обошёлся в 31 тыс. долл., но лечение оказалось неэффективным, и юноша умер.

Пресс-секретарь поисковика заявил, что компания сочувствует семье умершего и будет сотрудничать со следствием с целью обеспечить «безопасную и надёжную работу поиска для своих пользователей». «Мы не будем давать пощады лживой информации или незаконной деятельности в Интернете», – подчеркнул представитель компании.

Примечательно, что по количеству обрабатываемых запросов главный китайский поисковик стоит на втором месте в мире после Google и на первом – в Китае. Его доля на китайском

рынке составляет около 80%, многие китайцы обращаются к нему для поиска медицинской информации. Как и другие поисковики, ведущий китайский ресурс зарабатывает большую часть денег на продаже рекламы. В I квартале нынешнего года онлайн-реклама принесла компании около 94% доходов. На фоне новостей о расследовании акции компании, которую часто называют китайским Google, упали в цене почти на 8% на бирже в Нью-Йорке.

Google тем временем активно инвестирует в медицинские стартапы, например, разрабатывает таблетку, способную выявить риск инфаркта и инсульта, диагностировать рак, а также другие недуги на более ранней стадии, чем это возможно сейчас.

Ян РИЦКИЙ.

По информации Wall Street Journal.

Однако

Синдром иностранного языка

В декабре минувшего года гражданка США 33-летняя Лиза Аламия перенесла операцию по исправлению неправильного прикуса. Вмешательство прошло успешно, однако у пациентки возникло необычное осложнение.

Когда Лиза очнулась после наркоза, она стала необычно говорить: её речь перестала быть типичной для жительницы Техаса, а приобрела британский акцент. Врач сказал, что изменение голоса может быть одним из последствий операции и вскоре пройдёт, однако и спустя несколько месяцев речь Лизы не стала прежней.

Невролог Тоби Ялту диагностировал у неё редкое нарушение – синдром иностранного акцента. Он очень редок и многие специалисты никогда не сталкиваются с ним за время своей работы.

Впервые синдром иностранного акцента был описан французским неврологом Пьером Мари в 1907 г. Известно лишь около 100 подтверждённых случаев. Синдром обычно возникает у пациентов после инсульта, травматического повреждения головного мозга, а также у больных рассеянным склерозом.

MPT и электроэнцефалограмма не выявили у данной пациентки каких-либо отклонений. Она продолжала говорить с

необычным для неё акцентом, а причин возникновения такого состояния обнаружено не было.

Известны и другие случаи синдрома иностранного акцента: у Эллен Спенсер из Индианы после инсульта появился французский акцент, а 55-летний житель Техаса заговорил как кокни.

Люди могут говорить с нетипичным акцентом в течение нескольких месяцев или даже лет, иногда синдром исчезает самостоятельно, но в некоторых случаях остаётся навсегда. Способов лечения этого синдрома пока не разработано.

Борис БЕРКУТ.

По сообщению Washington Post.

Ракурс

Человек третьего пола

Суд округа Малтнома (США, штат Орегон) официально признал 52-летнего Джейми Шупа не мужчиной и не женщиной, а человеком третьего пола. США стали восьмой страной в мире, где проживает такой человек. Кроме Америки третий пол также легализован в Германии, Австралии, Новой Зеландии, республиках Бангладеш, Непал, Пакистан и Индии.

При рождении гендерную принадлежность Джейми Шупа определили к мужскому полу. Ребёнок был одним из 8 детей в семье и с детства испытывал сложности с идентификацией себя как будущего мужчины. Его дразнили за то, что он ведёт себя, как девочка, и Джейми чувствовал себя изгоем. Мальчик вырос, пошёл в армию, где отслужил 18 лет, женился, у него и его жены Сэнди родилась дочь.

Во время службы он позиционировал себя как трансгендер, а в документах, выданных по

окончании контракта, числился женщиной.

Уйдя в отставку, бывший сержант Шуп, который уже не ощущал себя мужчиной, начал принимать женские гормоны. Супруга поддерживала его в этом, хотя, как она признаётся, временами ей было сложно принять выбор мужа. «Это человек, с которым я провела большую часть своей взрослой жизни. У нас есть ребёнок. Когда ты любишь кого-то, то хочешь, чтобы он жил в мире с самим собой», – говорит Сэнди Шуп.

Позднее, однако, Джейми понял, что женщиной он тоже себя не ощущает. У него не было намерений или желаний пройти хирургическую смену пола. Глядя на свою супругу, Джейми чувствовал, что не может быть таким, как она. Тогда немужчине и неженщине пришла в голову идея о своей идентификации как человека третьего пола, и он нашёл в Портленде, где жил, союзника в виде юриста Лейки Перригея. Вместе они обратились в суд.

Судья Эми Холмс Хен приняла положительное решение, и теперь Джейми Шуп официально не принадлежит ни к мужскому, ни к женскому полу. Когда он выходил из здания суда, к нему подбежала молодая женщина, которая со слезами благодарилась за поднятие вопроса о гендерной классификации. «Это было сделано не только для меня», – ответил Джейми Шуп.

Алина КРАЗЪЕ.

По информации theguardian.com

Взгляд

Еженедельно 5 австралийцев в возрасте до 35 лет умирают от внезапной остановки сердца, и в 40% случаев их смерть необъяснима.

привела генетическая мутация. Крис Семсариан заявил, что «если был обнаружен генетический дефект, который послужил причиной внезапной смерти молодого

Причина – в генах

Австралийские исследователи во главе с кардиологом из Сиднейского университета профессором Крисом Семсарианом проанализировали 490 случаев внезапной сердечной смерти и обнаружили генетическую связь, которая будет учитываться для предотвращения дальнейших случаев смерти членов семьи с высокой степенью риска.

Исследователи изучили анализ крови, провели семейный скрининг и обнаружили, что к внезапной остановке сердца в одном случае из четырёх, или в 27%,

человека, то необходимо обследовать его родственников на предмет данной генетической мутации, и если у них будет подтверждён этот мутирующий ген, то они рискуют умереть также внезапно».

«В таких случаях мы отправляем их на лечение, назначаем лекарственную терапию бета-блокаторами или имплантируем дефибрилляторы в грудную клетку», – сообщил Семсариан.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам The Guardian.

Ситуация

Видеть мир глазами Идо

Среди четырёх погибших 8 июня в теракте в тель-авивском кафе оказался и 42-летний житель Рамат-Гана (город, примыкающий к Тель-Авиву) Идо Бен-Ари. На свою беду он вместе женой Таль и двумя детьми в погожий вечер того дня пришёл поужинать именно в это кафе. Около половины десятого 2 палестинца, приходящиеся друг другу двоюродными братьями, из деревни Ята, возле Хеврона, сидевшие в соседнем кафе и переодетые под религиозных евреев, открыли беспорядочную стрельбу по посетителям из автомата и пистолета.

Бывший военнослужащий израильского спецназа Идо Бен-Ари, заслуживший в своё время награду президента за отличную службу, среагировал мгновенно. Он встал во весь рост и закрыл телом жену и детей. Таль, тоже прошедшая срочную армейскую службу, сбросила детей со стульев на пол и накрыла своим телом. Идо был убит, Таль ранена, дети не пострадали. Она до сих пор остаётся в больнице.

Один из стрелявших палестинских террористов получил тяжёлые ранения, второй – лёгкие. Они

находятся в больнице под полицейской охраной.

В своё время Идо Бен-Ари подписался на карту посмертного донора органов «Ади», и его родители дали согласие на пожертвование роговиц погибшего сына для трансплантации. «Для нас важно, чтобы его красивые глаза по-прежнему смотрели на мир», – сказала его мать.

Захар ГЕЛЬМАН, соб. корр. «МГ».

Иерусалим – Тель-Авив.

И да и нет

«Мясные» болезни



Споры между вегетарианцами и теми, кто не собирается отказываться от мяса и других продуктов животного происхождения, ведутся уже давно. Результаты исследования, проведённого учёными из Клиники Мейо (США) под руководством Дениз Миллстин, добавляют несколько очков в копилку сторонников вегетарианства.

Исследователи проанализировали результаты 6 исследований, посвящённых изучению взаимосвязи между характером питания, состоянием здоровья и продолжительностью жизни. Результаты одного из них свидетельствовали о том, что риск преждевременной смерти среди вегетарианцев был на 25-50% ниже, чем среди тех, кто не отказался от мяса. Те же, кто был вегетарианцем в течение длительного времени (больше 17 лет), в среднем жили на 3,6 года дольше, чем те, кто имел меньший «стаж» вегетарианства.

Впрочем, результаты других исследований не столь однозначны. Несмотря на то, что употребление красного мяса, а также колбас, бекона и других продуктов из переработанного мяса действительно повышает риск преждевременной смерти (а ВОЗ даже внесла эти продукты в список потенциальных канцерогенов), белое мясо, например куриное, признаётся полезным, а его употребление на продолжительность жизни никак не влияет.

Учёные заключают, что скорее всего дело не в полном отказе от продуктов животного происхождения, а в употреблении в пищу красного мяса, а особенно сосисок и колбас. В более ранних исследованиях было показано, что они увеличивают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также некоторых форм рака.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По информации ifscience.com

В этом году исполнилось 135 лет со дня трагической гибели российского императора Александра II. Воспользовавшись судебно-медицинскими знаниями и историческими документами, попробуем проанализировать трагическую страницу русской истории...

Смертельные удары

Каждое воскресенье Александр II присутствовал на парадном разводе караула в Манеже. Император возвращался во дворец или по Малой Садовой улице, или по набережной Екатерининского канала. На этих направлениях террористы из «Народной воли» и решили нанести свои удары. В.Фигнер (1882) вспоминала об обстоятельствах изготовления бомб: «...обрезала купленные жестянки из-под керосина, служившие оболочками снарядов... помогала наполнять их гремучим студнем... Снаряды состояли из жестяных коробок цилиндрической формы с гремучим студнем (нитроглицерином. — Ю.М.), весом 5-6 фунтов, с системой запалов...» Была подготовлена группа бомбометателей. Террористы использовали два обстоятельства: первое — точность царя, двигавшегося по одним и тем же маршрутам в установленные часы; второе — узкое пространство набережной, затруднявшее маневры кареты. Руководившая бомбометателями Перовская заняла свой пост на противоположном от Михайловского дворца берегу канала. В момент появления экипажа она махнула белым платком находившимся по маршруту следования террористам — метатели бомб стояли по набережной на расстоянии 30 шагов друг от друга. Как только карета царя поравнялась с первым из них — Рысаковым, он швырнул вдогонку ей свой свёрток. Под каретой произошёл взрыв, её приподняло над землёй, и всё заволочило облаком белого дыма. Задняя стенка кареты оказалась разбитой, а на месте происшествия возникло воронкообразное углубление. В момент взрыва погибли казак конвоя А.Малеичев, юный разносчик Н.Захаров, тяжело ранены несколько человек. Все стёкла кареты оказались разбитыми. Нижние части филёнок кузова совершенно отделились, обнажив пружины сидений. Проведённая в период следствия экспертиза установила, что технически у государя была полная возможность продолжить свой путь в этом же экипаже, однако император предпочёл выйти из него. Он обратился к подбегавшему обер-полицмейстеру А.Дворжицкому с вопросом, схвачен ли преступник. Получив утвердительный ответ, Александр Николаевич, отстранив командира казачьего эскадрона, пытавшегося убедить его вернуться в карету, вышел на набережную, наклонился над лежавшим в луже крови умирающим мальчиком, перекрестил его и пошёл вдоль ограды набережной к эпицентру взрыва.

В этот момент, по показаниям свидетелей, «неизвестный мужчина лет 30» (Гриневицкий. — Ю.М.), стоявший прислонясь к решётке, ограждавшей канал, бросил под ноги императора какой-то предмет. Прогремел взрыв, на высоте человеческого роста образовался клубящийся шар дыма, вверх взметнулся столб из снега, дорожного мусора. От момента первого покушения прошло 4-5 минут.

Когда дым рассеялся, место происшествия напоминало собой поле боя: более 20 человек в разных позах лежали на мостовой. Снег был покрыт кровью, фрагментами одежды и человеческих тел. В момент взрыва государь и стоявший рядом с ним офицер упали вперёд и вправо. Государь, вследствие тяжёлой травмы обеих ног, оставался недвижим, опираясь спиной о решётку набережной. Ноги его были обнажены, из многочисленных ран струилась

Ф.Маркуса (1895), бывшего дежурным врачом Зимнего дворца 1 марта 1881 г. В начале третьего он был вызван в кабинет государя, куда вбежал, имея при себе вату, бинты, кровоостанавливающие средства. Первое, что бросилось ему в глаза, были «обезображенные нижние конечности, в особенности левая, которая, начиная от колена и кончая полуоторванной стопой, представляла бесформенную, раздробленную кровавую массу...»

почившего Государя Императора Александра Николаевича...» хранится в Российском государственном историческом архиве (фонд 468, опись 46, дело 112).

Ввиду объёмности документа приведём лишь его заключительную часть. «...Основываясь на результатах наружного осмотра, при котором найдены обширные и глубокие разрушения на нижних конечностях с разрывом крупных сосудов, и результатах внутреннего иссле-

до 4-5 радиусов заряда разрушением частей тела человека, с переломами костей и разрывами мягких тканей; фугасное действие, заключающееся в травмировании продуктами взрыва и ударной волной; осколочное действие, выражающееся в поражении фрагментами как взрывного устройства, так и частицами окружающей среды; термическое действие, формирующее обугливание одежды и ожоги кожи. На теле императора были выявлены чёткие признаки действия всех вышеуказанных факторов. Взрывное устройство находилось в районе стоп царя.

С использованием современной терминологии, судебно-медицинское заключение о гибели Александра II могло бы быть сформулировано следующим образом: смерть последовала от взрывного газовой-детонационного разрушения обеих стоп и голени, сопровождавшегося слепыми непроникающими ранениями головы, бёдер, развитием травматического шока и остро малого кровяного внутренних органов. Нельзя исключить и факта ударно-волнового повреждения (баротравмы) лёгких, обычно сопровождающей комплекс повреждений, подобных описанным у императора.

Изучая причины смерти, следует иметь в виду, что, помимо острой кровопотери и травматического шока, ими могли быть эмболия, связанная с проникновением воздуха и частиц разможжённой жировой клетчатки в повреждённые венозные сосуды. Скорее всего, эти факторы сочетались, утяжеляя общее состояние.

Можно констатировать, что для своего возраста (63 года) царь сохранял хорошее состояние здоровья, что в значительной степени позволило ему прожить определённый период времени после тяжелейшего ранения.

Среди почти 160 очевидцев, побывавших на месте происшествия до момента отправки раненого государя во дворец, не оказалось ни одного врача. После взрыва не были выполнены самые простые методы остановки кровотечения и иммобилизации переломов костей. Можно и нужно было применить в первые же секунды такие отработанные и технически простые для хирургов того времени манипуляции, как наложение жгутов для обескровливания конечностей, лигатур для перевязки крупных сосудов, начать борьбу с травматическим шоком, а затем — ампутацию разрушенных фрагментов нижних конечностей.

Таким образом, в оказании медицинской помощи государю были допущены грубые организационные просчёты (отсутствие в свите врача, дальняя, неправильная, без носилок и иммобилизации, транспортировка, задержка с применением неотложных мероприятий по остановке кровотечения, обезболиванию и переливанию крови, неприменение ампутации разрушенных взрывом голени). Экстренное выполнение хирургического вмешательства непосредственно вблизи места происшествия, например, в условиях Михайловского дворца, где имелся врачебный штат, возможно, надолго продлило бы жизнь Александра II.

Юрий МОЛИН,
профессор,
заслуженный врач РФ.

Санкт-Петербург.

Трагедии русской истории

«Смерть произошла от быстрой потери крови...»

Судебно-медицинские аспекты убийства императора Александра II



кровь. Против монарха в таком же положении лежал его тяжело раненный убийца. Очнувшись после кратковременной потери сознания Александр Николаевич спросил: «Жив ли наследник?» Сани, окружённые конными казаками, помчались в Зимний дворец. Через несколько минут они подъехали ко дворцу. «Когда Его Величество был поднят у подъезда на руки, то обнаружилась в санях такая масса крови из ран, что её пришлось потом выливать...» (А.И.Дворжицкий, 1913). С момента прибытия во дворец сознание к императору практически не возвращалось. Лишь в кабинете, спустя более получаса после ранения, ему была оказана первая помощь.

«Зрачки перестали реагировать на свет...»

Свидетельство о последних минутах жизни Александра II мы находим в воспоминаниях

Маркуса приказал лекарскому помощнику сдавить обе бедренные артерии, пульсация которых ещё ощущалась, для прекращения кровотечения. На бледном лице императора выделялось несколько ссадин, зрачки реагировали на свет. Вскоре прибыли лейб-медики С.Боткин, Ф.Цыцулин, Е.Богдановский. Все старания вернуть государю сознание оказались тщетными — растирание висков эфиром, вдыхание кислорода, нашатырного спирта не дали эффекта. Хирурги перевязали раны на ногах, предприняли попытку ампутации левой голени. Казаки конвоя предложили дать кровь для экстренного переливания, но было уже поздно. В 15 часов 30 минут С.Боткин констатировал отсутствие пульса. Зрачки перестали реагировать на свет. Вечером 1 марта прошло врачебное исследование трупа. «Протокол вскрытия тела в Бозе

дования, показавшего высокую степень бескровия всех внутренних органов, мы заключаем, что смерть Его Императорского Величества произошла от быстрой потери крови (острое малокровие) через разрушенные артерии нижних конечностей. Отёчное состояние нижних долей обоих лёгких есть результат предсмертного падения сердечной деятельности. Что же касается до других вышеописанных изменений внутренних органов, каковы: воздушная опухоль лёгких, сращение левого лёгкого с грудной клеткой, расширение просвета и изменение стенок аорты (атероматозный процесс) и гипертрофия левой половины сердца, то эти изменения объясняют собой те болезненные явления, которыми давно страдал Его Величество, но прямого отношения к смертельному исходу описанные повреждения не имеют. Лейб-медик С.Боткин. Лейб-медик Ф.Цыцулин. Почётный лейб-медик Б.Головин. Лейб-медик Ф.Карель. Профессор В.Грубер. Профессор Н.Левановский. Профессор Е.Богдановский. Профессор П.Лесгафт. Доктор И.Круглеевский. Прозектор А.Таренецкий».

Кроме государя пострадали 26 человек. От ран скончались четверо.

Не оказалось ни одного врача...

Исследуем ещё раз вышеизложенные обстоятельства гибели Александра II с судебно-медицинской точки зрения. В ризнице собора Спаса на Крови мне довелось осмотреть кавалерийские сапоги из чёрной кожи, бывшие на государе в момент убийства. Переднебоковые поверхности их покрыты множественными очаговыми и ветвящимися разрывами, возникшими от действия осколков и ударной волны. Верхние четверти обоих сапог утратили форму и состоят из разрозненных лоскутов, местами обугленных. Для взрывных устройств, подобных применённому против Александра II, основными факторами поражения являются: бризантное дробящее действие, проявляющееся на расстоянии

Берлинский зал Российско-немецкого дома в Москве был переполнен. Десятки любителей классической музыки пришли на юбилейный вечер маэстро Валентина Матвеева-Вентцеля, чтобы поздравить его с 85-летием, ещё раз восхититься неиссякаемой силой истинного таланта.

Воспитанник Московской консерватории по кафедре Генриха Нейгауза, пианист мирового уровня, композитор, кандидат философских наук, педагог-доцент, инициатор создания Академии славянской культуры, получивший благословение патриарха Алексия II на открытие храма при академии во имя Серафима Саровского, обладатель гранта Президента РФ за вклад в общенациональную культуру... Наш разговор с почтенным пианистом начался с деликатного вопроса:

– Валентин Сергеевич, в вашей фамилии ощущаются исторические корни...

– Действительно в моих жилах течёт кровь предков, живших на Руси много веков назад. Но я горжусь и более близкими родичами. Мой дед Константин Николаевич Вентцель до революции издал труд «Философия творческой личности» и пикировался в печати по вопросам образования со Львом Толстым. Большая советская энциклопедия упоминает о нём как об известном философе и педагоге. Отец окончил Московский университет у академика Северцова, получил инженерное образование в Германии, а затем окончил музыкальное училище у Елены Гнесиной и привёл меня к ней в 1938 г. Именно ей я, мальчишка, обязан приобщением к профессиональному образованию. Мой брат Алексей – лауреат Сталинской премии за создание ультрадефектоскопа, послужившего основой нынешнего УЗИ...

– А вы обрели известность как музыкант, виртуозный пианист. Простому обывателю трудно предвидеть, сколько труда необходимо, чтобы овладеть секретами музыкального ремесла?..

– Я окончил училище при Московской консерватории у Владимира Белова – выдающегося педагога на кафедре Нейгауза. Кстати, с Генрихом Густавовичем был знаком с детства. Когда я был уже в консерватории, он поддержал мой интерес к новой музыке, в частности, к творчеству забытого талантливого и рано ушедшего из жизни композитора Серебряного века Алексея Станчинского. А дальше... преподавание в Алма-Атинской консерватории, работа с Московским молодёжным театром пантомимы, сейчас его назвали бы «современный балет»...

Как пианист выступал с сольными концертами и с оркестром, с инструментальными ансамблями и вокалистами. Вот тогда-то по настоящему увлёкся исполнением новых произведений. Сыграл около 290 премьер! Щедрин, Хачатурян, Дауров, Майзель, Каретников, Губайдуллина, концерты современных композиторов США, Польши, Болгарии, Югославии. За пропаганду грузинской музыки меня наградили орденом Святой равноапостольной Нины, покровительницы Грузии.



Низкий поклон замечательным
врачам, избавляющим нас от
недугов.
В. Матвеев

Пианист Валентин МАТВЕЕВ-ВЕНТЦЕЛЬ:

Музыка таит в себе пласты искусства врачевания

Потом судьба занесла меня в Министерство культуры РСФСР. Как член коллегии по репертуару принимал новые музыкальные произведения для театров, оркестров, конкурсов. Но быстро понял: роль чиновника мне не по душе. Был директором Школы культуротворчества, на базе которой выдвинул идею создания Академии славянской культуры – первого в России единого комплекса: детский сад по системе воспитания К.Вентцеля, школа, академия. Здесь я был проректором по науке, заведовал кафедрой.

– 18 лет назад вместе с супругой Дианой Рубинштейн вы создали театр «Эльмовы огни». Что означает это необычное название?

– Оно включает в себя музыкальный и поэтико-литературный смысл. В детстве в журнале «Юный натуралист» я прочёл о чуде природы – Эльмовых огнях. На остриях мачт кораблей в океане перед близким штормом нередко зажигались огоньки. Ещё Юлий Цезарь описал, как однажды ночью в облачную погоду острия копий его солдат светились подобными огнями. Своё название они получили в Средние века от церкви Святого Эльма, на башнях которой часто возникало свечение. По физической природе Эльмовы огни представляют собой особую форму коронного разряда. Эти детские впечатления и побудили назвать наш музыкальный полифонический театр так поэтично.

А вообще театр стал счастливой находкой. Диана тоже музыкант, очень любит поэзию, сама пишет сценарии для театра и выступает как главная ведущая актриса. Впервые мы выступили в Рахманиновском зале Московской консерватории, где я играл музыку Станчинского, а она читала Державина. Успех окрылил. Поставили «Письмо к далёкой возлюбленной», представив Бетховена как литературного автора. Спектакль открыл глубинную личную трагедию великого немецкого композитора. В драматургию органично были вплетены стихи выдающе-

го российского немца Виктора Шнитке. Прозвучали знаменитые «Лунная соната», «Аппассионата».

А дальше последовали новые спектакли, объединяющие самые разные жанры музыки и литературы, классики и фольклора, вокала и инструментальной музыки. В репертуар вошли спектакли по произведениям великих немецких писателей и поэтов Иоганнеса Бобровского, Райнера Марию Рильке, Виктора Шнитке, Кассия Лонгина... В Болгарском культурном центре, к примеру, успешно прошла премьера «Голубоватая тень, или Локон воспоминаний» Аполлинера с музыкой Равеля и Шопена. Открытием для московской публики стал наш недавний литературно-музыкальный спектакль «Шародейство», посвящённый творчеству талантливых поэтов Владимира Леонovichа и Владимира Леваного...

Негоже пренебрегать исторической преемственностью, тем более в культуре. Без прошлого, глубоко убеждён, нет будущего, без хорошей музыки – полнокровной жизни. Вся деятельность нашего театра как раз и нацелена против беспамятности, на то, чтобы восстанавливать порушенные мостики между минувшими веками и нынешним временем.

Консерватория, Московский дом учёных, Московский фонд культуры, академия Гнесиных, Российско-немецкий дом, Болгарский культурно-информационный центр стали площадками, на которых были поставлены сложные спектакли, вобравшие в себя стихи Гёте, Шиллера, Жуковского, Пастернака. В каждом случае поэзия подкрепляет классическая и современная музыка.

Мы охотно привлекаем талантливых молодёжь – студентов, школьников, новые музыкальные и поэтические имена.

– Вас называют исследователем музыки...

– Горжусь тем, что мне удалось открыть для себя и российской общественности имя Алексея Станчинского. Я долгие годы занимался восстановлением на-

следия музыканта, затерянного в пространстве и времени. Речь идёт о явлении уникальном для музыкального мира. За короткую жизнь (Станчинский не дожил до 30 лет) композитор написал несколько десятков пьес, этюдов, песен... Он успел раскрыть свой талант, создав буквально шедевры полифонической музыки. Мечтаю открыть в Москве музей Станчинского. Усиленно работаю над монографией о его жизни и творчестве.

Есть ещё одна мечта. Увидеть воплощённым на театральной сцене написанное вместе с Дианой либретто для масштабного музыкального произведения об эпохе Петра I. Идея – языком музыки и танца показать истоки российской государственности, превращения России в сильную европейскую державу...

– Годы не довлеют над вами?..

– Знаете, я не лукавлю: когда занят любимым делом, не чувствую возраста. Этому, безусловно, помогает не прерывающийся ни на день контакты с молодёжью. Работая в нашем театре со студентами и даже с юным поколением, мы с супругой стремимся поддерживать крохотные огоньки таланта. Делаем всё для того, чтобы они окрепли, разгорелись. И не случайно за последние годы среди наших воспитанников немало лауреатов российских и международных конкурсов. И, что любопытно, получают первые премии, даже вторых ни одной!.. Считаю, что исполнитель музыки на сцене должен пройти профессиональную режиссёрскую стажировку, которую обязательно осуществляю. В итоге, при прочих равных условиях, исполнитель крупно выигрывает. Скажу одно: я никогда принципиально не поставлю плохую оценку ребёнку, как бы он ни показал себя на уроке, найду у него сильную сторону и придам ему уверенность в себе. И это – путь к успеху.

– На вашем юбилейном вечере среди гостей я увидел знакомых медиков...

– Я не открою никакой тайны, если скажу: музыка таит в себе

очевидные пласты искусства врачевания... Невольно вспоминаю поэтические строки Евгения Баратынского: «Болящий дух врачует песнопение»...

Среди давних друзей нашей семьи – известные доктора: академик Николай Романович Палеев и его сын, директор МОНКИ им. М.Ф.Владимирского профессор Филипп Николаевич Палеев. Кстати, я когда-то учил музыку юного Филиппа. Ещё студентом он работал на скорой помощи, часто в ночные смены. Хорошо знаю их коллег...

Дружба с врачами многолетняя, не случайная, основанная на взаимном интересе. Они посещают наши спектакли и концерты. Таким образом мы обогащаем друг друга взаимными дружескими высокоинтеллектуальными беседами об искусстве, обсуждаем проблемы науки и медицины. Благодаря заботам врачей, их бескорыстию и внимательности мне удаётся поддерживать себя в хорошей творческой и физической форме. Они предупреждают возможность опасных заболеваний, избавляя от недугов.

– А что вы думаете по поводу модных ныне призывов к здоровому образу жизни? Можно ли это понятие ограничить лишь физической активностью, режимом дня, нормальным питанием? При всей их важности...

– Полагаю, что в самом вопросе уже заложен ответ. Духовное здоровье для человека необходимо так же, во всяком случае не менее, чем физическое. Не случайно опытные педиатры и неонатологи утверждают: ребёнок развивается лучше, если ещё в утробе матери слушает музыку Моцарта... Классика благотворно влияет на развитие интеллектуальных способностей человека, активно формируя его внутренний творческий потенциал.

– Ваш жизненный девиз?

– Дорогу осилит идущий.

Беседу вел
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА-М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-06-00496 Тираж 28 341 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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