

Медицинская

5 октября 2016 г.
среда
№ 75 (7695)

Газета®

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

Ориентиры

Медицина особой заботы

Газовая корпорация бережно относится к сохранению здоровья сотрудников и ветеранов

Эффективность работы любого медицинского центра прежде всего оценивается состоянием здоровья населения, которое обслуживается в нём. В поликлинике ПАО «Газпром» (с мая 2016 г. – Отраслевой клинко-диагностический центр) оно отличается в лучшую сторону, если сравнивать его с аналогичными показателями в среднем по Москве или в целом по России. А цифры, характеризующие нетрудоспособность, смертность, уровень госпитализации, в разы ниже столичных. Точно такая же тенденция отмечается при сопоставлении их со средними по стране.

Достигается это добросовестным трудом и системным подходом медицинских работников. В филиале № 1 ОКДЦ настойчиво ведётся работа с группами динамического наблюдения, охват которым составляет более 60% от прикрепленных к филиалу. Причём не только в отношении конкретных нозологических единиц, но и так называемых факторов риска развития социально значимой патологии (гиперлипидемия, ожирение, курение, онкология по наследственной линии и др.). А дальше формула простая: помогать пациентам с ними бороться.

Ежегодная диспансеризация части работающего контингента также проводится в «расширенном» формате: включает в себя, в частности, регулярные лабораторные, эндоскопические, лучевые и УЗ-исследования, нагрузочные тесты, анализ ФВД и т.д.

В результате соблюдения строгих алгоритмов диагностики и наблюдения многие хронические заболевания годами удерживаются в фазе ремиссии. Например, при сахарном диабете 2-го типа такие осложнения, как катаракта, нефропатия, поражение сосудов ног, единичны, хотя под наблюдением – несколько сотен пациентов. Крайне редкими являются случаи госпитализации для хирургического



Николай Лебедев не только опытный организатор здравоохранения, но и отличный хирург

лечения по поводу облитерирующего атеросклероза артерий ног, остеопороза крупных суставов, дорсопатий. Инфаркты миокарда и инсульты также в течение года регистрируются в единичных случаях.

Можно многое рассказать и о выявляемости онкопатологии. Она из года в год остаётся достаточно высокой. Но это скорее достижение филиала,

если учесть, что 3/4 злокачественных новообразований диагностируется на «ранних» стадиях, когда после своевременного проведённого и, как правило, комбинированного лечения человек возвращается к повседневной жизни и трудовой деятельности.

Материалы о филиалах № 1 и № 2 читайте на стр. 6-7.



Баграт АЛЕКЯН,
главный специалист Минздрава России по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению, академик:

В стране функционируют 475 рентгено-операционных – это очень серьёзный потенциал. Теперь надо, чтобы количество перешло в качество.

Стр. 5



Владимир РОЗИНОВ,
директор НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И.Пирогова, профессор:

Считаю, что имеются веские основания всем детским хирургам страны следовать национальным клиническим рекомендациям.

Стр. 8



Лейла НАМАЗОВА-БАРАНОВА,
главный детский аллерголог-иммунолог Минздрава России, член-корреспондент РАН:

Нашим детям очень часто необоснованно назначают иммуномодуляторы, действие которых до конца не изучено.

Стр. 11

Ситуация

МРТ под наркозом

В Орловском научно-клиническом многопрофильном центре медицинской помощи матерям и детям им. З.И.Круглой впервые провели МРТ с использованием наркоза.

Такой вид исследования был необходим пациентке онкологического отделения, девочке трёх с половиной лет. Учитывая маленький возраст и сложность процедуры, её было решено провести под наркозом. Он показан тем пациентам, которые по ряду причин не могут находиться неподвижно в течение проведения МРТ.

– В эту категорию попадают и дети до 5 лет, – рассказал врач-рентгенолог Михаил Дивисенко. – Использование наркоза в процедуре даёт более точный результат исследования. А в случае раннего возраста ещё и уменьшает риск психологической травмы:

ребёнок может испугаться незнакомой обстановки. Для введения в медикаментозный сон специалисты использовали ингаляционную технику (эндотрахеальный наркоз). Всё время исследования рядом дежурила бригада анестезиологов-реаниматологов для контроля за дыхательной деятельностью ребёнка и работой его сердца. На МРТ головного и спинного мозга ушло 40 минут. Использование наркоза в этом случае позволило получить изображение высокого качества и дало нам точную информацию. Конечно, маленькому пациенту было бы сложно провести столько времени в неподвижном состоянии. Даже у взрослого сложно получить столь чёткий результат, как это было сделано.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сито!

Орёл.

Тенденции

Сеть частных ЛПУ ежегодно растёт

С 2010 г. количество частных клиник в системе обязательного медицинского страхования увеличилось в 3 раза. Об этом сообщила заместитель председателя правительства РФ Ольга Голодец.

«Частная медицина для нас сейчас важнейшая с точки зрения развития тема в здравоохранении. В 2010 г., когда она возникла, в российском здравоохранении было 600 частных организаций. Сегодня это огромный

пласт. Количество таких медицинских организаций растёт средними темпами 26% в год», – сказала О.Голодец.

Вице-премьер также отметила, что общее количество частных клиник в России – почти 2 тыс. По данным Минздрава России, частные клиники, входящие в систему ОМС, оказали услуг на 18,2 млрд руб., что составило 2,5% от общего финансирования программы госгарантий.

Наряду с этим, по данным Московского городского фонда обяза-

тельного медицинского страхования (МГФОМС), на 2017 г. поступило 448 уведомлений об участии в системе ОМС, из них 153 – от частных медицинских клиник. По мнению директора МГФОМС Владимира Зеленского, рост числа медучреждений, желающих работать в системе ОМС, обусловлен непростыми экономическими условиями в стране.

Ян РИЦКИЙ,
МИА Сито!



МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДНЫЕ МАТЕРИАЛЫ



Расходные материалы для анестезиологии и реанимации, урологии

- Широкий выбор и комплексные предложения поставок
- Оперативная отгрузка продукции с собственного склада
- Высокое качество продукции по привлекательным ценам

+7(495) 956-05-57
www.stormoff.com

Новости

Новый стандарт поликлиник

В 7 лечебных учреждениях Волгоградского региона в пилотном режиме будет запущен проект «Новый стандарт поликлиник», который обеспечит комфортные условия для общения пациента и врача. Изменения коснутся взрослых поликлиник № 3, 4, 12, 20, 30, детской № 15 Волгограда, а также поликлиники № 5 города Волжского.

Как сообщает пресс-служба Комитета по здравоохранению администрации Волгоградской области, в пилотных поликлиниках планируется оборудовать специальный кабинет, где пациенты смогут получить льготные рецепты, оформить санаторную карту, получить направление на анализы и их результаты. Всё это делается для того, чтобы избавить врачей-терапевтов от лишней бумажной работы и сократить время для пациентов на получение различных документов.

С внедрения новой практики оформление справок на санаторно-курортное лечение, направлений на анализы для госпитализации, формы МСЭК (медико-социальной экспертной комиссии), выписки из амбулаторных карт и прочей документации будут проводить медсёстры. Сократив очередь к терапевту за счёт тех, кто ожидает получения справки, авторы реформы планируют увеличить время приёма у терапевта. Выездами на дом займутся спецбригады, в распоряжении которых будет транспорт, портативные электрокардиографы, глюкометры и др.

Проект будет поэтапно внедряться до конца текущего года. Отметим, внедрение нового стандарта – часть проекта сотрудничества Волгоградской области с Москвой. Первыми такой проект запустили именно столичные клиники, изучив мнение 58 тыс. горожан посредством интернет-опросов.

Алексей ПИМШИН.

Волгоград.

Родившихся больше!

По оперативным данным, к началу сентября нынешнего года в Омске и сельских районах Прииртышья зарегистрирован естественный прирост населения. Число родившихся превысило число умерших на 305 человек.

Всего органами ЗАГС Омской области зарегистрированы 17 991 родившийся и 17 686 ушедших из жизни. Общий коэффициент рождаемости соответствовал 13,6 промилле. Общий коэффициент смертности – 13,4 промилле.

За 8 месяцев текущего года в Омской области зарегистрировано 9133 брака. Оформили развод 5831 супружеская пара. В расчёте на 1000 жителей области приходилось в среднем 7 браков и 4 развода.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

На прививку – в ФАП

Жители села Анновка Ивановского района Амурской области охотно идут прививаться против гриппа и ОРВИ. Тем более что сейчас эта манипуляция выполняется не в старом обветшалом помещении, а в совершенно новом, открытом совсем недавно: здесь 4 просторных кабинета, один из которых – прививочный.

Новый ФАП, разместившийся в реконструированных помещениях здания школы, теперь выполняет и функцию школьного медицинского кабинета. А кроме кабинета врача и прививочного, здесь ещё смонтированы и процедурный, для ожидания приёма – удобный просторный коридор. Ещё в фельдшерско-акушерском пункте вместо прежнего 1 койко-места теперь 4, и они сегодня очень востребованы. Сельчане, завершив работы на своих садах-огородах, идут на приём к врачу, чтобы поправить здоровье и получить лечение в условиях дневного стационара – «прокапаться», как говорят в народе. Здесь же и лекарства можно приобрести: у ФАПа на эту деятельность есть лицензия.

По словам заведующей ФАПом Елены Ярошенко, в октябре они ждут к себе выездную бригаду благовещенского центра здоровья. Его специалисты приезжали к ним нынешним летом, но в старом помещении ФАПа было очень неудобно работать, и пройти профилактические исследования из-за тесноты смогли далеко не все желающие. Поэтому сотрудники центра здоровья пообещали приехать, как только откроется новый фельдшерско-акушерский пункт. На приём к ним уже записались 90 человек.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Амурская область.

Ветеранов приравняли
к ликвидаторам

В клинко-диагностическом центре Тульской областной клинической больницы проведена акция по медицинскому обследованию ветеранов подразделений особого риска, проживающих на территории Тульской области.

Согласно постановлению Правительства РФ, ветераны подразделений особого риска в плане медицинского обеспечения приравнены по своим правам к ликвидаторам последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Диспансерное наблюдение данной категории граждан по месту жительства или прикрепления осуществляют врачи, ответственные за обеспечение и организацию медицинской помощи населению области, пострадавшему вследствие чернобыльской катастрофы и иных радиационных воздействий.

Ветераны таких подразделений получили консультативную помощь врачей-специалистов: терапевта, кардиолога, невролога, окулиста, эндокринолога, уролога, гастроэнтеролога, а также прошли необходимое лабораторное и диагностическое обследование.

Соб. инф.

Тульская область.

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

Акценты

И боль отступает...

В 60% случаев. По стандартам – это хорошо

Сюда приходят самые отчаявшиеся – пациенты с хронической болью. Универсальных методик в этом отделении не существует. Подход к каждому пациенту – строго индивидуальный. Учитывается всё: возраст, анамнез, сопутствующие заболевания, вес, образ жизни, аллергии и любые личностные особенности. Даже если диагноз один и тот же, способы лечения могут быть абсолютно разными: от капельниц с обезболивающими препаратами до высокоточных инъекций в корешок нерва под контролем компьютерного томографа, УЗИ или рентгена.

Недавно единственное в Уральском федеральном округе отделение, созданное специально для борьбы с острыми и хроническими болями, переехало в новое помещение. Небольшой коллектив теперь расположился в специально оборудованном стерильном помещении Челябинской областной клинической больницы.

«В старом здании наше отделение находилось на 4-м этаже, – вспоминает старшая медицинская сестра Ольга Катко, – а больные у нас очень тяжёлые – и с палочками, и на колясках, некоторых перекашивает так, что идти не могут. Кого-то родственники буквально на руках приносят. Зато уходят часто уже своими ногами.

Сейчас у нас и тёплый пол, чтобы комфортно было обуваться после процедуры. А кушетки такие удобные, что некоторые больные, лёжа после блокады, даже засыпают».

За помощью к профессору Михаилу Силаеву, который более 20 лет руководит подразделением, только в этом году обратилось более тысячи южноуральцев.

Доктор медицинских наук, профессор М.Силаев – лауреат Всероссийской премии в области паллиативной медицины 2007 г., лауреат премии Российского общества по изучению боли 2014 г.

В маленьком подразделении, где избавляют даже от самой большой боли, работают всего 7 сотрудников – 3 врача-анестезиолога, 3 медицинских сестры и 2 санитара. За день через кабинет проходят десятки страдающих людей, как из

стационара, так и амбулаторных больных.

Это люди с различными синдромами, плохо поддающимися лечению обычными методиками. В сложных случаях, когда неврологи, ревматологи, травматологи испытывают затруднения при лечении пациентов с хроническими болями, направляют их в отделение лечения боли.

«Пытаемся помочь всем, – рассказывает М.Силаев. – Обычно выход из боли составляет 60-70%. Это достаточно высокий показатель. Потому что в мировой практике, если удалось снизить уровень боли хотя бы на 50%, это считается очень хорошим результатом лечения».

В настоящее время врачи отделения используют множество мировых и авторских методик. Основное направление – лечение обострений при вертеброгенных, позвоночных болях в спине и шее (они во всём мире по-прежнему на первом месте по распространённости). Лечат здесь хронические боли сосудистого профиля, активно применяют внутрисуставные блокады.

Врачи отделения стали первопроходцами во внедрении, а затем и широком применении методики чревного невролиза при лечении абдоминальных болей, в том числе у больных с хроническим панкреатитом, опухолевыми заболеваниями поджелудочной же-

лезы, которые с трудом поддаются стандартным методам лечения. От обычной процедуры обезболивания процесс лечения боли отличается системным подходом. Наряду с анагетическими, сосудорасширяющими и гормональными препаратами широко применяются противовоспалительные лекарственные средства, которые доставляются непосредственно к раздражённому источнику боли и имеют свойство накапливаться при повторных процедурах, успокаивая воспалённый участок нерва и постепенно приводя пациента к ремиссии.

Хроническая болезнь никуда не уходит, но пациент получает возможность жить без постоянного источника боли внутри и заниматься привычными делами.

Только одним походом к специалисту для обезболивания пациенту ограничиться не получится. Придётся в процессе научиться «уживаться» со своим заболеванием. Врач посоветует, как правильно себя вести, чтобы избежать рецидива как можно дольше. Он расскажет, как правильно двигаться при том или ином заболевании, каких нагрузок стоит избегать, а какие упражнения, наоборот, начать делать для укрепления тех или иных функций.

Специфика многофункциональной клиники позволяет специалистам отделения для более высокой точности процедур пользоваться любыми современными средствами медицинской навигации. Чтобы ввести лекарство в нужную точку организма, процесс контролируют с помощью С-дуги, компьютерного томографа и аппаратов УЗИ.

При этом специалисты отделения самостоятельно изучают основы работы со всей аппаратурой, а также углублённо изучают и неврологию, и ревматологию, и даже абдоминальную хирургию, чтобы процесс лечения боли был как можно эффективнее и полезнее для каждого пациента.

Наталья МАЛУХИНА.

Челябинск.

Фото автора.

Инициатива

Медсестра –
символ Сургута?

В Сургуте проходит голосование по определению 10 значимых символов города. Они будут использованы при создании презентационной продукции со знаковыми местами и главными достопримечательностями города (в том числе набора открыток).

Один из претендентов – памятник медицинской сестре на территории Сургутской клинической травматологической больницы, открытый в 2007 г. Эта скульптура – единственный



в России памятник гражданской медицинской сестре. Он содержит капсулу с посланием медсестрам будущего: «Главное – это отношение к пациенту, любовь к профессии, сострадание...»

Интернет-голосование проводится на сайте историко-культурного центра «Старый Сургут». А результаты его подведёт туристско-информационный центр города.

Елена ЛЬВОВА.

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

Официально

Минздрав против тотального запрета

Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай разъяснил позицию министерства по вопросу исключения абортотворения из ОМС.

Как ранее отметила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, ведомство так же, как и Русская православная церковь и большое количество общественных организаций, выступает против абортотворения. С тем, чтобы снизить их число, министерством проводятся комплексные меры, доказавшие свою эффективность: с 2011 г. количество медицинских абортотворений по желанию женщины снизилось с 735 тыс. до 447 тыс., то есть примерно на 40%.

— Вместе с тем необходимо учитывать, что введение дополнительных запретов (в том числе исключение абортотворения из программы государственных гарантий) должно быть тщательно взвешено с тем, чтобы соответствующие ограничения не привели к увеличению материнской смертности, связанной с криминальными абортами, и репродуктивным осложнением, включая бесплодие, — подчёркивает он. — Напомним, что во время запрета на медицинские аборты в нашей стране материнская смертность превышала 300 на 100 тыс. родившихся живыми, в то время как сейчас она менее 10 на 100 тыс. родившихся живыми. Если в 1935 г. (до введения запрета) смерти от

абортотворения составляли 26% от всех случаев материнской смерти, то в 1940 г. (после запрета в 1936 г.) — уже 51%, а в начале 1950-х годов эта доля превысила 70%.

По этой причине в настоящее время вместе с Русской православной церковью, экспертным

медицинским сообществом мы анализируем данный вопрос, оценивая все возможные риски и преимущества, и вырабатываем с учётом этого возможные сценарии дальнейших действий.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Кстати

Петиция Патриарха

Святейший Патриарх Московский и Всея Руси Кирилл согласовал подписной лист и дал официальное благословение на совместную деятельность движения в сборе подписей «За жизнь» и «Православные добровольцы» за запрет абортотворения.

Пресс-секретарь патриарха священник Александр Волков сообщил агентству «Москва», что в обращении речь идёт не о запрете абортотворения полностью, а об их выводе из системы обязательного медицинского страхования.

«В этой позиции церкви нет ничего нового, она была и осталась неизменной. Но поскольку идёт сбор подписей, патриарх, чтобы привлечь внимание к проблеме, как и другие люди, подписал этот документ. О полном запрете абортотворения пока речи не идёт», — цитирует агентство А.Волкова.

Но если прочитать текст обращения на сайте Московского патриархата, то в нём предлагается признать за зачатым ребёнком «статус человеческого существа, жизнь, здоровье и благополучие которого защищает закон» и ввести запрет на хирургическое и медикаментозное прерывание беременности, а также противозачаточные средства с абортивным действием.

Верховный муфтий России и глава Центрального духовного управления мусульман Талгат Таджуддин поддержал патриарха Кирилла.

«Мы тоже так же считаем. Это убийство детей, я об этом же в праздничной проповеди на Курбан-байрам говорил», — заявил он РИА «Новости».

Олег САВРАНСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Начало

Первая на Камчатке

В Петропавловске-Камчатском создадут базовую кафедру Тихоокеанского государственного медицинского университета Минздрава России.

Создание такой кафедры предполагает соглашение о сотрудничестве, подписанное между Правительством Камчатского края и Тихоокеанским государственным медицинским университетом, состоялось в рамках Координационного Совета по кадровой политике в здравоохранении в Дальневосточном федеральном округе.

Соглашение предполагает взаимодействие сторон, направленное на решение актуальных вопросов в области охраны здоровья и удовлетворения потребностей жителей

края в доступной и качественной медицинской помощи.

Свои подписи под документом поставили первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян, губернатор Камчатского края Владимир Илюхин и Ректор ТГМУ Валентин Шуматов.

Цель сотрудничества — содействие проведению работ и исследований по вопросам, имеющим приоритетное значение для развития здравоохранения региона, а также в подготовке и переподготовке медицинских и фармацевтических кадров.

«В прошлом только году более 160 специалистов приехало в Камчатский край. В лечебных учреждениях края работает много докторов, кандидатов медицинских

наук, высококвалифицированных специалистов, которые способны делиться своими знаниями и опытом с молодыми коллегами. Мы переходим на аккредитацию, как допуску к профессиональной деятельности», — сказал И.Каграманян.

Также первый замминистра отметил усилия Правительства Камчатского края по привлечению медицинских кадров в регион и те возможности, которые даёт создаваемая кафедра для студентов старших курсов ТГМУ.

«Для каждого молодого врача нужен наставник в перспективе. Поэтому создание такой базовой кафедры с вашей поддержкой исключительно важно для региона», — резюмировал первый заместитель министра.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Петропавловск-Камчатский.

Подписка-2017

Продолжается подписная кампания

Уважаемые читатели!

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

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

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

50075 — на месяц;

32289 — на полугодие;

42797 — на год.

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



Справки по телефонам: **8 (495) 608-85-44, 681-35-96, 8-916-271-08-13.**

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

Поздравляем!

6 октября 2016 г. исполняется 80 лет первому президенту Северо-Осетинской государственной медицинской академии, ректору с 1987 по 2007 г., профессору, видному учёному, заслуженному деятелю науки РФ и Республики Северная Осетия — Алания

Казбеку Дахциковичу САЛБИЕВУ.

От всей души поздравляем К.Д.Салбиева с днём рождения и желаем ему крепкого здоровья, сил, бодрости и благополучия!

Коллектив сотрудников ФГБОУ ВО Северо-Осетинской ГМА Минздрава России



Дословно

На свободу с чистой совестью, а в тюрьму с полисом ДМС!

Заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец провела заседание Совета при правительстве по вопросам попечительства в социальной сфере. Обсуждалась ситуация с охраной материнства и детства в местах лишения свободы.

— На сегодняшний день в пенитенциарной системе находится 32 079 женщин, — сообщила О.Голодец. — За год их число сократилось на 10%. Мы будем продолжать последовательно работать над тем, чтобы для женщин, совершивших уголовно наказуемые деяния, особенно имеющих детей, были альтернативные меры наказания.

Заместитель председателя Правительства РФ напомнила, что год назад совет согласовал «дорожную карту», предусматривающую переход к совместному

проживанию детей и матерей в исправительных учреждениях. По состоянию на 1 сентября 2016 г. на совместном проживании с матерями находится 62 ребёнка. «Это в 3 раза больше, чем год назад», — подчеркнула О.Голодец. По словам вице-премьера, за 5 лет коэффициент младенческой смертности по учреждениям уголовно-исполнительной системы снизился в 3,5 раза и составил 5,3.

По итогам заседания совету и Минздраву России было дано поручение проработать вопрос о предоставлении права женщинам, находящимся в учреждениях уголовно-исполнительной системы, заключать договоры на добровольное медицинское страхование. По словам вице-премьера, эта практика позволит повысить эффективность лечения.

Иван ГЕРБИНСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Санитарная зона

Уничтожим всех свиней?



В Правительстве России рассматривают предложение о полном уничтожении диких кабанов. Связаны столь радикальные планы с нарастающей угрозой распространения африканской чумы свиней (АЧС) в нашей стране. Это вирусное заболевание не опасно на сегодня для человека. Но оно угрожает крупным животноводческим комплексам, а в них вложены огромные деньги.

По распоряжению Президента РФ до конца сентября правительство доработает и оформит в виде конкретного нормативного документа комплекс мер по борьбе с главной угрозой для отечественного свиноводства. И одно из часто звучащих предложений из различных ведомств — уничтожение поголовья диких кабанов.

При этом заместитель председателя Правительства РФ Аркадий Дворкович уже заявил, что в будущем восстановить популяцию диких кабанов не составит значительного труда, это можно сделать достаточно быстро. А министр природных ресурсов и экологии России Сергей Донской предложил президенту ввести буферные зоны (территории, полностью очищенные от кабанов) не только вокруг крупных свиноферм, но и вдоль границ со странами, где наблюдаются вспышки АЧС. Если такие

планы будут воплощены в жизнь, то кабанов не останется вдоль границы России с сопредельными странами.

Однако не ясно, позволят ли такие крайние меры уберечь свинофермы от потерь животных (за 7 последних лет по этой причине погибло около миллиона свиней). Ведь не только дикие кабаны могут выступать переносчиками опасной инфекции.

Вирус АЧС некоторые исследователи сравнивают с биологическим оружием. Всё дело в том, что инфекция сохраняется в трупах свиней от 2 до 10 недель, в мясопродуктах — более 5 месяцев, в почве — от 4 до 8 месяцев. Он попадает в организм животного через желудочно-кишечный тракт или воздушно-капельным путём. Кабаны больше других подвержены этой напасти. Поэтому к их популяции приковано особое пристальное внимание. После короткого инкубационного периода АЧС протекает у свиней очень остро. Животное гибнет в течение первых трёх суток болезни, а смертность достигает 100%. Придумать вакцину против этого вируса так же сложно, как создать универсальную прививку от всех штаммов гриппа.

Игорь ГАЛИН.

МИА Сити!

Москва.

СПИД-диссидентство – антинаучное сообщество, отрицающее общепринятую доказанность того, что вирус иммунодефицита человека является инфекционным агентом ВИЧ-инфекции. Участники движения считают СПИД результатом воздействия различных факторов неинфекционной природы. Научное сообщество не принимает взгляды участников движения и считает их псевдонаучными.

Исследование было проведено социологом, научным сотрудником Международной лаборатории экономики, управления и политики в области здоровья, представителем Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» П.Мейлахсом (Санкт-Петербург), младшим научным сотрудником Лаборатории интернет-исследований ВШЭ Ю.Рыковым и сотрудником лаборатории Ю.Синявской.

«СПИД-диссидентство представляет собой растущую угрозу распространения ВИЧ-инфекции, смертности от СПИДа и сопутствующих заболеваний среди населения. Из-за ложных убеждений люди отказываются от тестирования, антиретровирусной терапии, мер по профилактике распространения вируса, – отметила исполнительный директор благотворительного фонда «Свеча», проводившего исследование, Екатерина Зингер. – Проект изучения СПИД-диссидентства призван заполнить существующие пробелы в знании об этом движении, что поможет разработать конкретные методы борьбы с распространением ложных идей и уменьшить их негативное воздействие на сообщество. В частности, принятие СПИД-диссидентских идей может приводить к ухудшению состояния здоровья людей, живущих с ВИЧ, из-за отказа приёма антиретровирусной терапии, а иногда и к гибели».

Исследование было сфокусировано на социальных сетях и интернет-ресурсах как основном источнике распространения и популяризации антимедицинских взглядов, в частности СПИД-

Однако

СПИДа нет... Или всё-таки есть?

В России проведено первое исследование онлайн-движения СПИД-диссидентов

диссидентских теорий. В рамках проекта была изучена структура самой многочисленной группы СПИД-диссидентов в социальной сети «ВКонтакте», число участников которой на момент исследования превышало 15 тыс. человек; были собраны данные о риторических стратегиях движения, с помощью которых оказывается влияние на «новичков» (тех, кто только узнал о своём диагнозе) и «сомневающих» (тех, кто не принял ни ту, ни другую точку зрения), а также выявлены причины приобщения к движению СПИД-диссидентства.

Анализ и визуализация «сети «дружбы» показали, что на 85% группа состоит из изолянтов (пользователи, не «дружащие» ни с кем из других членов сообщества). Всего в группе насчитывается порядка 1700 авторов, при этом только 9% участников группы генерируют 80% всего контента (посты и комментарии).

Для определения основных риторических стратегий, которыми пользуются СПИД-диссиденты в сети Интернет, было выявлено ядро группы (порядка 270 участников), среди его представителей было выбрано 23 участника из России, Украины и Белоруссии для проведения полуструктурированных интервью. Также было проанализировано более 4800 комментариев на стене группы и в постах.

Основными риторическими стратегиями СПИД-диссидентов были определены следующие: противопоставление личного опыта медицинскому знанию, когда в качестве аргумента в пользу СПИД-диссидентства участнику приводятся некие личные примеры о том, как кто-то уже несколько лет живёт с диагнозом «ВИЧ-инфекция»,

не принимает терапию и не испытывает проблем со здоровьем. В действительности иммунная система каждого из нас индивидуальна, в чём-то организме вирус может «спать» несколько лет и не давать о себе знать, а у кого-то заболевание развивается очень стремительно; приведение псевдонаучных и идеологических аргументов – речь идёт в первую очередь о теории «великого заговора» фармацевтических компаний и правительств, а также о договорённости правительств крупнейших стран о нераспространении информации о неэффективности и токсичности антиретровирусной терапии.

Да, инструкция по медицинскому применению антиретровирусных препаратов действительно содержит довольно внушительный раздел с указанием побочных явлений. Однако это не следствие неэффективности и токсичности препаратов, а подтверждение их глубокой изученности. Любое, даже однократно встречающееся побочное явление, вносится в инструкцию по медицинскому применению препарата.

Выявлено также, что лишь в небольшом количестве случаев интервьюируемые получили адекватное дотестовое и послетестовое консультирование и чаще всего имели неудовлетворительные отношения с врачом. Многие из них стали СПИД-диссидентами на начальном этапе приёма терапии, в том числе в связи с отсутствием полноценного и информативного консультирования в отношении высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ): например, интервьюируемым не были разъяснены причины наличия в описании препарата длинного списка возможных

нежелательных явлений. Также они слышали истории людей с диагнозом ВИЧ, которые не принимают терапию и не чувствуют никаких ухудшений.

«С помощью проведённого исследования, организованного благотворительным фондом «Свеча», мы выявили как минимум 1369 участников крупнейшего в России онлайн-сообщества СПИД-диссидентов, находящихся в группе риска. Мы надеемся, что полученные реальные данные о сообществе людей, отрицающих существование ВИЧ/СПИДа и опасность, которую представляют эти заболевания без должного лечения, помогут в перспективе снизить распространённость опасных для жизни многих пациентов взглядов и убеждений», – прокомментировал Пётр Мейлахс.

По итогам проведённой работы подготовлен ряд рекомендаций. В частности, специалистам и организаторам здравоохранения рекомендовано изменить существующий подход к консультированию пациента, сделав его пациентцентрированным. Люди нуждаются в большем количестве информации об особенностях течения заболевания, антиретровирусной терапии и рисках, связанных с отказом от лечения. В работе с теми, кто отказывается или сомневается в необходимости приёма антиретровирусной терапии, исходить из принципа добровольности приёма терапии, исключив случаи давления. Пациенту важно предоставить полную информацию о ВААРТ и рисках, связанных с отказом от приёма терапии, чтобы он мог самостоятельно и осознанно принять решение о начале контроля за заболеванием.

Необходимо также разработать информационные материалы и проводить подробные консультации о возможных нежелательных явлениях приёма ВААРТ – почему в инструкции по медицинскому применению их так много и как часто в действительности они возникают.

Особое внимание следует уделять работе с дискордантными парами (где один из партнёров ВИЧ-положительный, а другой ВИЧ-отрицательный), которые являются особой группой риска перехода к СПИД-диссидентам (ВИЧ-инфекцией при половом контакте можно заразиться не с первого раза).

Ввиду того, что отказ беременных ВИЧ-положительных женщин, разделяющих СПИД-диссидентские взгляды, от приёма препаратов угрожает не только им, но и их детям, необходима более длительная и усиленная работа с этой группой с вовлечением психологов, специалистов, разных консультантов.

Полученная в ходе исследования информация представляет особую значимость для медицинского и пациентского сообщества, являясь базисом для формирования эффективных стратегий и информационных кампаний, направленных на противодействие распространению этого движения.

Резюме исследования будет направлено для ознакомления в центры по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, а также в органы законодательной и исполнительной власти: Министерство здравоохранения Российской Федерации и Роспотребнадзор.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Проекты

«Врачебное» крещение

Его с успехом прошли ученики профильного медицинского класса

Первое занятие для надымских учеников профильного медицинского класса прошло в ямальском Центре медицинской профилактики. Напомним, что в начале этого учебного года по инициативе Департамента образования Надымского района при участии Центра медицинской профилактики, центральной районной больницы и Медикосанитарной части «Газпрома» был запущен образовательный профориентационный проект – создание медицинского класса.

В течение 2 лет в нём будут заниматься старшеклассники из разных школ города, прошедшие предварительный отбор. Медкласс поможет подготовить школьников к осознанному и успешному поступлению в медицинские вузы. Кроме того, проект позволит показать будущим студентам-медикам специфику работы надымской системы здравоохранения и, возможно, в дальнейшем таким образом решит проблему кадрового дефицита.

– Приятно, что именно мы стали «первооткрывателями» и получили возможность сделать этот день торжественным, насыщенным и познавательным, – прокомментировала заместитель главного врача Центра медицинской профилактики, кандидат биологических наук Наталья Половодова. – Мы выбрали метод «погружения», в данном случае, в нашу профессиональную медицинскую сферу как наиболее

эффективный по степени воздействия. Ребята пришли, надели белые халаты, получили напутствие главного врача (в дальнейшем это заменят планёрки), приняли клятву Гиппократов и взялись за дело. Никаких скучных вводных лекций. Мы изначально решили предоставить ребятам позицию «на равных»: все занятия и мероприятия будут проходить без скидок на возраст и статус «школьника», что особенно важно для подростков.

После торжественной части ребята разделились на три группы и в порядке взаимного обмена посетили основные кабинеты центра, в которых проходят профилактические обследования надымчане.

– Я представляла кабинет лабораторно-инструментального обследования, который обычно называют «процедурным», – рассказала старшая медицинская сестра Елена Выборнова. – Здесь ребята посмотрели, с чего, собственно, начинается экспресс-обследование крови, что включает и с чем они будут иметь дело в последующие два года. Во-первых, при помощи экспресс-анализатора мы взяли кровь из пальца на сахар и холестерин. Безусловно, всю информацию ученики сегодня не запомнят, но, так или иначе, я старалась не упустить ни одного нюанса, включая правила санитарно-гигиенического режима. Уже на этом ознакомительном этапе ребята должны понимать, что каждый обследуемый может быть потенциально опасен, вплоть

до заражения ВИЧ-инфекцией. В сущности, так и закладывается культура ответственного отношения к своей работе. Халатность – это не про профессию врача. Во-вторых, воспользовавшись смокелайзером (газоанализатор), определяли концентрацию угарного газа в выдыхаемом воздухе. Этот аппарат особенно актуален для курильщиков, и мы будем применять его в скрининговом мониторинге на ближайших совместных антитабачных акциях. И в заключение на специальном оборудовании – компьютерной системе – провели контроль уровня стресса.

Кроме того, у ребят была возможность посетить стоматологический кабинет и, так сказать, основной кабинет, буквально напичканный современным скрининговым оборудованием, – кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе, где работают врачи-терапевты. Здесь проводят компьютеризированный скрининг сердца, спирометрию, пульсоксиметрию, биоимпедансметрию и многое другое.

– Из всего, что нам показали, больше остальных заинтересовал кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе, – поделилась ученица 10-го класса Лиза Ильяшенко. – Изначально я планировала стать хирургом, несмотря на все заверения, что женщин в хирургии мало. Да, мало, но они всё же есть. Возможно, стану нейрохирургом, так как меня занимают



более серьёзные исследования. Хотя родители советуют выбрать другую профессию. Папа, например, предлагает связать своё дальнейшее образование с химической индустрией.

– Мои родители тоже советуют мне выбрать другой путь, – добавила её одноклассница Таня Таскаева. – Стать, как вариант, экономистом. Но сегодняшнее мероприятие, которое мне действительно

понравилось, ещё более укрепило меня в желании связать свою дальнейшую деятельность именно с медициной. Правда первоначально я собиралась стать косметологом, но не исключаю вероятности, что за 2 года занятий в медицинском классе моё решение изменится.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Говорить, что эндоваскулярная хирургия как раздел кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии в нашей стране уже достигла оптимума, пока рано. Так считает главный специалист Минздрава России по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению академик РАН Баграт АЛЕКЯН. О наработанном опыте и неиспользованных ресурсах рентгеноэндоваскулярной хирургии он рассказал в интервью обозревателю «МГ» Елене БУШ.

– Баграт Гегамович, на каком уровне, по вашей оценке, сегодня находится рентгеноэндоваскулярная хирургия в России?

– Начну с того, что рентгеноэндоваскулярная хирургия – одна из тех дисциплин, которая благодаря государственной поддержке за очень короткий промежуток времени сделала в нашей стране колоссальный прорыв. Существенное ускорение этому процессу придала реализация национального проекта «Оказание медицинской помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями», которая стартовала в 2008 г. с создания сосудистых центров для оказания помощи больным с острым инфарктом и острым инсультом. К сегодняшнему дню в стране открыто уже более 135 региональных сосудистых центров плюс около 450 первичных сосудистых отделений.

Представьте, в 2001 г. в нашей стране выполнялось всего 5 тыс. чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) – стентирований – при ишемической болезни сердца (ИБС), а в 2015 г. выполнено 154 тыс. таких операций. Рост в 30 раз всего за 15 лет, ни в одной стране мира такого не было!

В настоящее время в Российской Федерации 300 медицинских учреждений проводят эндоваскулярные операции. За минувший год выполнено в общей сложности 202 тыс. эндоваскулярных операций, из которых, как уже сказано, 154 тыс. при ИБС, 31 тыс. – при патологиях аорты, сосудов, питающих головной мозг и конечности, 5500 – по поводу врождённых пороков сердца у детей. Кроме того, эндоваскулярные вмешательства широко применяются при онкологических, гинекологических и даже урологических заболеваниях.

– Цифры красивые. Но достаточно ли этого объёма?

– Чтобы понять, могут ли эти объёмы помощи считаться оптимальными для нашей страны, надо сравнивать с результатами, которые показывает здравоохранение на Западе и в США. Есть в мировой практике универсальный показатель – количество операций на 1 млн населения. В Российской Федерации в 2001 г. выполнялось 27 операций стентирования коронарных артерий на миллион населения, а в прошлом году мы сделали 1053.

В странах Евросоюза выполняется в среднем около 2000 операций на 1 млн населения в год. В то же время в Швейцарии – 4700, в Германии – 3700, в Голландии – 3600.

– Нам нужно стремиться к их показателям?

– Конечно, это абсолютно оправданные показатели. Правильность именно такого, малоинвазивного, подхода к лечению сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе самых угрожаемых по уровню летальности – инфаркта миокарда и инсульта – доказана уровнем выживаемости и качеством жизни пациентов.

Как вы, наверное, знаете, до 1968 г. единственным методом лечения больных ИБС была ме-

дикаментозная терапия. Затем Рене Фавалоро сделал первую операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ), и это был настоящий прорыв. В 1977 г. Андреас Грюнтциг создал первый баллонный катетер, и началась эра эндоваскулярной хирургии коронарных артерий. Дальше появляются первые стенты, за-

помощи больным с острым коронарным синдромом. Однако, к сожалению, по сей день мы не можем добиться от всех субъектов РФ полноценного выполнения данного требования.

– В чём причина? Как они это объясняют?

– Чаще всего говорят, что нет должного финансирования и воз-

в начале августа мы обсуждали возможность отработки оптимальной модели оказания помощи сосудистым больным на коллегии Минздрава Тверской области. Руководство министерства ставит задачу снизить смертность населения от инфаркта, повысив эффективность работы сосудистых центров. До сих пор

место и роль открытой кардиохирургии в лечении больных с ИБС. Возможен ли баланс этих двух подходов?

– Возможен. Сегодня в нашей стране соотношение между стентированием коронарных артерий и операций аортокоронарного шунтирования у больных ИБС составляет 80 и 20% соответственно. У каждого из этих методов лечения есть чёткие показания и своя сфера применения.

В отношении острого инфаркта миокарда с подъёмом сегмента ST вопрос решён: это прерогатива эндоваскулярного лечения. При поражении одной или двух коронарных артерий у больных с хронической ИБС, как правило, применяется стентирование.

Что касается трёхсосудистых поражений коронарных артерий, ещё 5 лет назад и в американских, и в европейских, и в российских рекомендациях по реваскуляризации было прописано: показана только операция аортокоронарного шунтирования. Однако с 2014 г. рекомендации начали меняться, и сегодня можно определённой небольшой категории больных выполнять стентирование, в то время как подавляющему большинству надо выполнять операцию АКШ.

Другая ситуация – поражение ствола левой коронарной артерии. До недавнего времени это тоже было противопоказанием к эндоваскулярному лечению, но сегодня при устьевого поражении ствола, при поражении тела ствола, а также некоторых бифуркационных поражениях допускается проводить стентирование. Это прописано в рекомендациях на основании результатов масштабных клинических исследований, в которых принимали участие кардиологи, эндоваскулярные и кардиохирурги. В то же время подавляющему большинству таких больных показано проведение операции АКШ.

Почему подобные допущения стали возможными? Потому что появились стенты нового поколения, дающие прекрасные результаты и меньше осложнений, и мы можем стентировать больных, которых ещё недавно необходимо было оперировать открытым методом.

– Можем. Но стентируем ли?

– В том-то и беда, что пока не используем возможности эндоваскулярной хирургии на полную мощность. На первый взгляд цифры убедительные: с 2010 по 2014 г. количество шунтирующих операций в России выросло с 29 тыс. до 34 тыс., в то время как количество стентирований увеличилось с 52 тыс. до 125 тыс., прирост за последние 3 года на 30 тыс. ежегодно.

В стране функционируют 475 рентгенооперационных – это очень серьёзный потенциал. Теперь надо, чтобы количество перешло в качество. Пока все вместе эти операционные пропускают в год 550 тыс. больных разного профиля: сердечно-сосудистых, неврологических, онкологических, гинекологических, урологических. К сожалению, нагрузка в среднем на одну операционную в стране не очень большая – 1100 пациентов в год, то есть 3 пациента в день.

Между тем дорогостоящая рентгенооперационная должна работать 24 часа в сутки! При наличии в стране более 300 медицинских центров, 1550 эндоваскулярных специалистов и увеличении объёма деятельности хотя бы в 2 раза мы сможем ежегодно пролечивать более 1,1 млн пациентов. Только в этом случае программа снижения смертности от ССЗ даст те результаты, которых от неё ждут.

Беседы с главными специалистами

Три пациента в день — мало

Почему рентгенооперационные работают не в полную силу?



возможности для транспортировки больного. И это при том, что с 2015 г. оказание неотложной помощи больным с острым инфарктом миокарда с применением методов эндоваскулярной хирургии включено в программу обязательного медицинского страхования, то есть проблем с финансовым обеспечением быть не должно. Думаю, необходим жёсткий приказ: если при наличии показаний врач не отправил больного в региональный сосудистый центр, он должен нести за это ответственность.

В то же время есть регионы, которые, напротив, демонстрируют успехи. В первую очередь к ним надо отнести Кемеровскую и Самарскую области, Красноярский край, где впервые в стране была создана прекрасная модель помощи такой категории больных.

За последние два года в Москве проведены организационные мероприятия, которые позволили изменить маршрутизацию больных с острым коронарным синдромом. Благодаря этому служба скорой медицинской помощи получила команду ни в коем случае не везти больного с острым инфарктом миокарда в обычное отделение кардиологии – только в один из 27 сосудистых центров, где есть рентгенооперационная и бригада эндоваскулярных хирургов.

В настоящее время в столице эта система работает очень чётко, больше 80% больных с ОИМ сразу поступают в специализированные центры. Время доставки больного с инфарктом в стационар на «скорой» – 20 минут. Как результат, за 2 года удалось снизить летальность при остром инфаркте миокарда с подъёмом сегмента ST с 16% почти в 2 раза.

– Можно ли приводить в пример Москву, ведь здесь другие дороги, другие деньги?

– В данном случае можно, потому что, как я уже говорил, первыми в нашей стране такую систему отработали не в столице, а как раз на периферии – в Красноярске, Кемерово, Самаре. Значит, не в деньгах дело. В России уже есть главное условие для реализации программы снижения смертности от ССЗ: создана сеть сосудистых центров, они оснащены оборудованием, подготовлены специалисты. Теперь нужна только врачебная активность.

в регионе не была отработана маршрутизация пациентов с ОИМ, отменялся низкий процент обращаемости больных в первые часы развития заболевания, проводилось недостаточное количество операций коронарного стентирования. Уверен, вскоре Тверская область достигнет таких же хороших результатов, как и другие регионы страны.

– Вы сказали, что нужна врачебная активность. Что имеется в виду?

– Поясню. Создание сосудистых центров рассчитано в первую очередь на группу больных с крупноочаговым инфарктом – самую тяжёлую категорию пациентов, которые требуют экстренной помощи и должны быть в течение ближайших 2 часов доставлены в региональный сосудистый центр. Это первая задача.

Вторая задача – сократить этап «дверь-баллон», то есть время от поступления пациента в приёмное отделение стационара до момента, когда в условиях рентгенооперационной сосуд, требующий реваскуляризации, будет открыт. Промежуток не должен превышать 30 минут.

Наконец, ещё одно важное условие для успешного лечения – время от начала заболевания до момента, когда больной вызвал врача. Именно это на сегодняшний день – самая большая проблема не только для нашей страны, но и для других стран. Больной зачастую либо не понимает, что с ним происходит, либо недооценивает опасность своего состояния, одним словом, вызывать врача не спешит.

Данную проблему мы намерены трансформировать в задачу и добиться её решения, реализуя информационно-образовательные программы для населения. Обсуждать роль медицинских работников в этом процессе будем на предстоящей Всероссийской конференции «Современные подходы к лечению острого коронарного синдрома», которую организуют Российское кардиологическое общество и Российское научное общество специалистов по рентгеноэндоваскулярной диагностике и лечению совместно с Европейской инициативой STENT for LIFE.

Подобные информационно-образовательные программы уже отработаны и за рубежом, и в некоторых субъектах РФ. В частности, свой опыт и его результаты покажут наши коллеги из Самары.

– Вы представляете интерес относительно нового направления – эндоваскулярной хирургии, и при этом, насколько мне известно, отстаиваете

Новые подходы

С любовью к детям

Филиал № 2 Отраслевого клиничко-диагностического центра ПАО «Газпром» отвечает за здоровье 5 тыс. детей работников газовой отрасли.

– Сегодня нам исполняется 15 лет, – говорит заведующий филиалом Олеся Караштина. – Много это или мало? Мы думаем, что это возраст, когда уже сформированы традиции, корпоративная культура, приоритеты в коллективе, есть победы и достижения, заслуженная любовь и уважение родителей и маленьких пациентов. В то же время это возраст новых горизонтов, возможностей и открытий в благороднейшем деле на Земле – защите и сохранении здоровья наших детей.

Детский филиал – это многопрофильный центр, рассчитанный на 250 посещений в смену, в котором пациенты могут получить разнообразную консультативную и лечебную помощь.

В любом лечебном учреждении, которое занимается охраной здоровья детей, «градообразующим» считается педиатрическое отделение. В филиале № 2 насчитывается 8 участков. Под чутким вниманием участковых врачей и медицинских сестёр развивается правильные навыки у ребёнка, контролируется его развитие и взросление, создаётся мотивация для формирования здорового образа жизни в подростковом возрасте. Важным разделом профилактической работы педиатрической службы остаётся иммунопрофилактика. Для борьбы с управляемыми инфекциями применяются современные поливалентные вакцины.

Особых слов заслуживает оказание медицинской помощи на дому.

Здесь важно своевременно поставить диагноз, провести эффективное лечение и наблюдение за пациентами в домашних условиях. С поставленными задачами успешно справляются 4 мобильные врачебно-сестринские бригады.

Чтобы избежать контактов больных и здоровых, потоки пациентов разделены. В боксах ведётся приём детей с острыми заболеваниями, проводится экспресс-диагностика, забор анализов для лабораторных исследований, консультации врачей. Такой подход позволяет



Приём ведёт педиатр, кандидат медицинских наук Наталья Абрамова

снизить вероятность инфицирования здоровых детей.

В поликлинике оказывают помощь оториноларингологи, неврологи, офтальмологи, детские хирурги, стоматологи, травматолог-ортопед, дерматовенеролог, акушер-гинеколог, нефролог, детский уролог-андролог, детский кардиолог, ревматолог, гастроэнтеролог, детский эндокринолог и фтизиатр. Оснащение кабинетов новейшим оборудованием, широкое применение современных методов обследования, высокая квалификация врачей-специалистов позволяют проводить более эффективное и безопасное лечение заболеваний.

Сократить сроки лечения, провести профилактику осложнений и рецидивов заболеваний, полностью восстановить активность ребёнка позволяют физиотерапевтические методы. Физиотерапевтическое отделение является одним из крупных структурных подразделений филиала № 2 ОКДЦ ПАО «Газпром» и оказывает специализированную медицинскую помощь с применением физических факторов, лечебной физкультуры и массажа. Совместно со специалистами поликлиники разработаны и успешно применяются комплексы восстановительного лечения при различных заболеваниях, а также для профилактики и оздоровления пациентов детского возраста.

Задача всех диагностических служб в педиатрии – кратчай-



Профессионал с большой буквы – врач-оториноларинголог, кандидат медицинских наук Ольга Ключникова

шим и безопасным диагностическим путём выявлять ранние стадии повреждений и заболеваний любых органов пациентов. Обновлённый цифровой рентгеновский аппарат с минимальной лучевой нагрузкой, 3D-конусный томограф, новый ультразвуковой сканер экспертного класса – надёжные и необходимые помощники в лучевой диагностике. В кабинете функциональной диагностики, помимо уже ставших традиционными методов обследования – Эхо-ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, АД, ЭЭГ, Эхо-ЭГ, спирография, – в настоящее время применяется современный метод выявления заболеваний периферической нервной системы – электромиография.

Для любого специалиста необходимым является професси-

ональное совершенствование. Филиал активно сотрудничает с профессорско-преподавательским составом ведущих медицинских вузов Москвы. На его базе проводятся клинические разборы и консультации пациентов. В 2014 г. успешно защищена кандидатская диссертация врачом Н.Абрамовой на одну из актуальных тем в педиатрии: «Факторы риска формирования группы часто болеющих детей в социально благополучных семьях в условиях мегаполиса (г. Москвы)», внедрены в практику лечения методические рекомендации для ведения этой группы детей.

«Мы ощущаем постоянную поддержку, заботу и внимание руководства ОКДЦ и ПАО «Газпром». Многие работники филиала заслуженно отмечены грамотами главного врача, отраслевыми и министерскими наградами и званиями, – подытоживает Олеся Караштина. – Сегодня наш филиал – это многопрофильный диагностический амбулаторный центр, в котором дети могут получить

Этапы

«Мы помним, как всё начиналось...»

В сентябре 2001 г. филиалом № 2 была получена лицензия на оказание медицинской помощи детям.



Мартовским ветреным днём 2001 г. первые сотрудники будущего филиала № 2 вошли в пустынное, пахнущее краской просторное четырёхэтажное здание на Мичуринском проспекте. «Вот здесь и будет наша детская поликлиника», – сказала Тамара Бердникова, заслуженный врач РФ, опытный специалист, возглавлявшая тогда наше учреждение. Коллеги недоверчиво переглянулись. Не верилось, что в этом здании вскоре зазвучат детские голоса и кабинеты приветливо распахнут двери перед своими маленькими пациентами.

В системе «Газпрома» давно назревал вопрос о создании лечебного учреждения для детей работников газовой промышленности. И в 1998 г. бывший председатель правления ОАО «Газпром» Р.Вяхирев и его заместитель Н.Гуслистый приняли решение об открытии на Мичуринском проспекте структурного подразделения поликлиники ОАО «Газпром» по оказанию педиатрической помощи. А одним из общественных «прорабов» стала Т.Бердникова, имевшая огромный опыт организаторской и руководящей работы в педиатрии. Именно она контролировала перепланировку и ремонтные работы помещений здания поликлиники, закупку оборудования и мебели для кабинетов, подбор кадрового состава. Главный врач головной поликлиники в то время, заслуженный врач РФ А.Пулик поддерживал и помогал ей в становлении филиала.

На работу в филиал пришли врачи из Республиканской детской клинической больницы, детской клиники Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, поликлиники УД Президента РФ, главные окружные специалисты, педиатры и медицинские сёстры с большим стажем и опытом работы.

В октябре 2001 г. детская поликлиника приняла первых пациентов. Вначале она именовалась отделом педиатрической помощи. Штатным расписанием предусматривалось 3 отделения – 1-е и 2-е педиатрические и физиотерапевтическое. Началось с организации одного педиатрического участка и позже, с декабря, – первой бригады оказания помощи на дому. Были открыты приёмы специалистов: оториноларинголога, офтальмолога, аллерголога, невролога, детского гинеколога, кардиолога, детского хирурга, дерматолога, стоматолога, начали работать кабинеты функциональной, рентгеновской и ультразвуковой диагностики, зал ЛФК.

«Я очень благодарна сотрудникам, которые в числе первых пришли работать в этот отдел и с первых же дней становились настоящими помощниками в организационных вопросах. Они всеми силами старались создать комфорт и уют в учреждении. Помимо высоких профессиональных знаний они обладали добротой, выдержкой и терпением» – это слова первого руководителя детской поликлиники Т.Бердниковой.

Их имена и фамилии – на исторических стендах в Музее филиала.

Олеся КАРАШТИНА, заведующий филиалом № 2 ОКДЦ.

Рубежи

15-летие создания 2 филиалов, оказывающих медицинскую помощь детям и ветеранам, членам семей газиков, Отраслевой клиничко-диагностический центр «Газпрома» отметит научно-практической конференцией. Эти поликлиники состоялись и заняли достойное место в ведомственной медицине. Они, по существу, две яркие звезды, которые указывают путь к здоровью.

Представьте, что такое сказать на Кавказе: мы занимаемся охраной здоровья старшего поколения. Наверное, благороднее дела нет. А второе направление – дети. На Востоке, да и во всей России, говорят: они – надежда, будущее, генофонд, безопасность нации. Поэтому то, что делают мои коллеги, заслуживает всяческого уважения. К своему, пусть и маленькому юбилею, они подошли с хорошим настроением, новыми достижениями, уверенностью в завтрашнем дне.

Центр, крепкий во всех отношениях

Скажу честно, мне и самому кажется, что это было вчера. Молодые, энергичные врачи, которым было тогда по 35-45 лет. Часть из них уже вышла на заслуженный отдых. Но мы всегда с ними советуемся, опекаем, как ветеранов, уже и их самих. Те, кто лечил ветеранов-газиков, пользуются теми же медицинскими услугами в амбулаторно-поликлинических филиалах № 1 и № 2. У них родились внуки, которые тоже наши пациенты.

Отметив день рождения, коллективы этих поликлиник пойдут дальше. И снова будет складываться мозаика картин из богатой истории и новых достижений. Равнение есть на кого держать. Статус Отраслевого клиничко-диагностического центра не позволяет нам останавливаться на месте.

Отличительной карточкой стали и подразделения, задающие сегодня тон всему медицинскому учреждению. Так, центр микрохирургии глаза преобразован в клинику. А как выросла стоматология! Здесь замкнутый цикл: от лечения заболеваний до профилактики с использованием самых современных методик. В распоряжении наших специалистов – ортопедические, зуботехнические лаборатории. И третье быстро развивающееся направление – стационарозамещающие технологии, которые позволяют увеличивать количество малотравматичных операций. Имеем свою скорую помощь, оказываем помощь на дому, больные патронируются нашими силами. Стало доброй традицией проводить на нашей площадке научно-практические конференции, мастер-клас-

сы. Мы будем и дальше уделять огромное внимание непрерывному медицинскому образованию.

Ещё одна из задач ОКДЦ – быть учебно-методическим центром для медсанчастей в отрасли. Это нужно для отработки различных методик консультативной помощи. Наши коллеги выезжают на места работы газиковых вахтовых методом. Они выполняют операции на территории, где работают дочерние предприятия «Газпрома».

Наш ОКДЦ стал крепким учреждением и в новый исторический период добычи газа, когда идёт разработка шельфа, и готов показать себя с лучшей стороны. Ибо ни одна платформа не имеет права быть в море без медицинского обеспечения. Поэтому на нас возлагается огромная ответственность, в том числе и по охране

труда газиковых в экстремальных условиях. В то же время трудно представить без специальной подготовки врача-терапевта, работающего на платформе в Баренцевом море. И она ведётся, чтобы медики отвечали всем необходимым стандартам медицины.

Искренне от всей души поздравляю коллектив амбулаторно-поликлинических филиалов с днём рождения. Оставайтесь такими же профессионалами, в которых нуждаются ваши пациенты, за здоровье которых вы несёте ответственность.

Николай ЛЕБЕДЕВ, главный врач Отраслевого клиничко-диагностического центра ПАО «Газпром», доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ.

Об истории и дне сегодняшнем филиала № 1 ОКДЦ ПАО «Газпром» – беседа с заведующим доктором медицинских наук Виталием ОВСЯННИКОВЫМ.

– Виталий Викторович, репутация «газпромовской» медицины известна далеко за пределами столицы. Не так давно поликлиника ПАО «Газпром» стала центром. На ваш взгляд, почему проект создания её структурных подразделений на Мичуринском проспекте, в частности «взрослого» филиала, оказался столь успешным?

– Фраза «социальная ответственность» для газовой корпорации никогда не была просто красивыми словами. Это один из принципов работы ПАО «Газпром». Забота о ветеранах газовой отрасли, а филиал № 1 изначально задумывался как поликлиника для людей, много лет проработавших в сфере добычи газа, – одно из важнейших направлений социальной политики нашей компании.

Здесь наблюдаются и лечатся более 8 тыс. человек, большинство из них составляют газовики и члены их семей. Основную часть вновь прикрепляемых на медицинское обслуживание составляют бывшие работники «Газпрома», которые переводятся с основной базы поликлиники на ул. Намёткина. Поэтому нашей задачей является обеспечение преемственности в оказании им необходимой амбулаторно-поликлинической помощи по всем основным направлениям диагностической и лечебной работы, с чем коллектив филиала № 1, отмечающий в октябре нынешнего года своё 15-летие, на мой взгляд, успешно справляется.

– Когда открылся филиал, как шло формирование коллектива? Удалось ли создать крепкую профессиональную команду?

– Бывшим председателем правления ПАО «Газпром» Рэмом Вяхириным в 1998 г. было принято решение о создании в микрорайоне Раменки (Мичуринский проспект, д. 19), рядом с жилым комплексом, двух подразделений поликлиники: амбулаторно-поликлинической и педиатрической помощи (впоследствии ставшие филиалами № 1 и № 2).

Под открытие отдела амбулаторно-поликлинической помощи привлекались в основном специалисты, уже работавшие в поликлинике (на ул. Намёткина, д. 16). Это обеспечило преемственность лечебно-диагностического процесса. Параллельно руководством отдела через кадровую комиссию, которая существует в нашем учреждении с момента его основания, велся отбор врачебного и сестринского персонала. В результате этих усилий на вакантные места пришли специалисты с опытом работы в лучших учреждениях Москвы (Медицинский центр Управления делами Президента РФ, центральные военные госпитали и др.), настоящие профессионалы от медицины, которые составили ядро первого состава отдела. Время показало справедливость такого кадрового подхода. Для работы в нашем филиале также привлекались новые специалисты, но основной посыл был: «если работать, то с лучшими». До сегодняшнего дня более 60% штатной структуры составляют специалисты, работающие в филиале с момента его открытия, а текучка у нас небольшая.

В самом начале работы (как вспоминают ветераны филиала) в коридорах поликлиники было достаточно пусто. Первый контингент в составе 900 работников и пенсионеров газовой отрасли был переведён из других поликлиник Москвы только в конце ноября 2001 г. Но уже через год отдел ра-



Виталий Овсянников

Ориентуры

Медицина особой заботы



Заведующий оториноларингологическим отделением филиала № 1 кандидат медицинских наук Сергей Решетников проводит осмотр пациента

ботал с полной нагрузкой, в 2 смены. Первоначально планировалась работа по типу консультативно-диагностического центра примерно для 5 тыс. прикрепленных пациентов. Однако благодаря доверию к профессионализму специалистов число пациентов, желающих лечиться в филиале, вскоре существенно выросло.

В настоящее время в состав филиала входят 13 медицинских отделений и кабинетов, а также централизованная стерилизационная, регистратура и отдел физкультурно-оздоровительной работы. На его территории работают подразделения лабораторной и лучевой диагностики, что позволяет в сжатые сроки установить правильный диагноз и назначить адекватное лечение.

15 лет назад мы осознали себя единым коллективом, который объединили желание и способность к воплощению задуманного. Из 160 человек, работающих в филиале в настоящее время, – от санитарки до заведующего – подавляющее большинство составляют люди ответственные, знающие своё дело, и что не менее важно – с высокими моральными и духовными качествами, которым близко милосердие, сострадание и сопереживание болеющему человеку.

– Уровень медицины зависит и от оснащённости клиники передовым оборудованием. Однако мало приобрести новейшую аппаратуру, освоить, грамотно использовать, надо и дальше думать о перевооружении, внедрении новых методов диагностики и лечения...

– В этом каких-либо проблем в филиале нет. Благодаря опыту, знаниям и активности наших

специалистов, которые в курсе всех основных направлений развития медицинской техники, администрация и наши помощники из отдела медицинского снабжения чётко и ясно представляют, какие именно приборы или аппаратура необходимы в каждом подразделении. Однако знать мало, так как оборудование стоит денег и большей частью немалых. И здесь вполне уместно выразить благодарность нашему учредителю в лице руководства Газпрома, которое не жалеет средств на оснащение и перевооружение подразделений, даже в условиях непростой экономической ситуации сегодняшнего дня. В качестве

примера могу привести отделение оториноларингологии, гинекологии, эндоскопии, лабораторного отдела, кабинеты урологии, офтальмологии, маммографии, МРТ, рентгенокомпьютерной томографии, в которых используются приборы экспертного, то есть самого высокого диагностического уровня. Однако на приборах работают специалисты, от уровня компетентности которых зависит конечный результат. И не просто высококвалифицированные, а профессионалы, способные генерировать и разрабатывать идеи, регулярно вносить в диагностический и лечебный процесс что-то новое.

кризы, восстановить нормальный сердечный ритм при некоторых видах пароксизмальных аритмий с последующим наблюдением пациента на дому врачом СМП, ПНД или участковым терапевтом при визите в поликлинику.

– Интенсивное развитие очень трудно представить без расширения площадей медицинских учреждений. Наверное, возможности поликлиники в этом плане ограничены? Или всё-таки есть резервы? И какие проекты разрабатываются в этом направлении?

– На определённом этапе работы филиала возникла необходимость укрупнения его подразделений: преобразование кабинетов в отделения, выделение из них самостоятельных кабинетов. За 15 лет более чем в 2 раза возросла штатная численность врачебного, среднего и младшего персонала, и нам «стало тесно». Неплохим подспорьем для более комфортного размещения увеличившихся подразделений стало появление в прошлом году кабинетов, освободившихся после переезда наших коллег-стоматологов и зубных техников (у них теперь самостоятельная клиника). Нам удалось собрать в единый «кулак» врачей-терапевтов, кабинеты которых располагались на различных этажах, выделить дополнительные помещения (с учётом нового оборудования и требований СанПиН) лор-отделению, функциональной диагностике, офтальмологам, отделению эндоскопии. Это что касается экстенсивного пути развития.

Интенсивность достигается напряжённостью работы врача и медицинской сестры на каждом приёме с учётом максимального использования имеющегося в подразделении оборудования. Стараемся также, чтобы «клеточки» в расписании регистратуры не пустовали даже летом, так как экономическая составляющая нашей работы имеет существенное значение, хотя и не является определяющей.

И всё же основные наши усилия направлены на профилактику возникновения и раннюю диагностику заболеваний преимущественно из группы хронической неинфекционной патологии, куда, как известно, входят сердечно-сосудистые болезни, онкопатология, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь лёгких, а также активное выявление факторов риска и наблюдение за этим контингентом.

– В праздничные дни принято не только подводить итоги, но и строить планы на будущее...

– Основным итогом прошедших 15 лет считаю формирование коллектива единомышленников, способного выполнить любые задачи, поставленные руководством, прежде всего по оказанию качественной помощи нашим пациентам с использованием современных достижений медицинской науки и соответствующей уровню самых высоких стандартов диагностики и лечения.

В ближайших планах – ничего революционного, мы за эволюционное развитие. В первую очередь это сохранение и преумножение накопленного опыта оказания медицинских услуг с акцентом на их качество и безопасность, а также дальнейшее развитие стационарозамещающих технологий.

Пользуясь случаем, хочу поздравить наш замечательный коллектив с достигнутыми результатами и через «Медицинскую газету» передать слова искренней благодарности за самоотверженный труд.



Активная кинезиотерапия и массаж помогли сохранить здоровье тысячам пациентов, это не раз подтверждал на практике заведующий неврологическим кабинетом заслуженный врач РФ Владимир Халатов

Спецвыпуск подготовили
Алексей ПАПЫРИН
и Александр ХУДАСОВ (фото),
корреспонденты «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 71 (2010)

Ущемлённая паховая грыжа представляет собой внезапное или постепенное сдавление содержимого грыжи в её воротах. Ущемление паховой грыжи – наиболее частое и опасное осложнение. Риск ущемления и странгуляции при паховой грыже существенно выше у детей первых трёх месяцев жизни и колеблется, по данным разных авторов, от 28 до 31%, к 6 месяцам данный показатель снижается до 15-24%. В группе недоношенных детей частота встречаемости ущемлённой паховой грыжи составляет 13-18%, что, возможно, связано с более широким паховым кольцом. Следует отметить, что эти цифры являются неточными, ибо никем из авторов не учитывались дети, не подвергавшиеся госпитализации.

Под грыжей живота следует понимать выходение внутренних органов вместе с пристеночным листком брюшины из брюшной полости. Грыжа проникает через отверстия или «слабые места» в мышечно-фасциальной стенке живота. Структурная анатомия грыжи включает: грыжевые ворота – дефекты брюшной стенки врождённого или посттравматического генеза; грыжевой мешок – растянутый листок париетальной брюшины; грыжевое содержимое – органы брюшной полости, перемещённые в грыжевой мешок. Врождённые паховые грыжи у детей являются локальным проявлением синдрома мезенхимальной недостаточности. Паховые грыжи в детском возрасте, как правило, косые, то есть проходят по паховому каналу через его внутреннее и наружное отверстие. Грыжевой мешок представляет собой необлитерированный частично или полностью влаглищный отросток брюшины.

Различают две основные клинические формы паховой грыжи: неосложнённую и осложнённую. Неосложнённой является грыжа, при которой грыжевое выпячивание исчезает самостоятельно при переходе больного в горизонтальное положение с приподнятым тазовым отделом либо в результате пальцевого давления. К осложнённым относятся

грыжи с явлениями воспаления, копростаз, невраправимые и ущемлённые. Воспаление в детском возрасте наблюдается чрезвычайно редко и существенного практического значения не имеет. Копростаз, некогда считавшийся единственной причиной непроходимости кишечника при ущемлённой грыже, теперь

Ущемлённые паховые
грыжи у детей

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

расценивается как возможное осложнение при больших грыжах у больных, склонных к затарам.

Кишечные петли, заполненные калом (в содержимом грыжевого мешка), могут ущемиться. Невправимые грыжи являются причиной копростаз, воспаления или ущемления. Значительная роль в генезе невраправимости принадлежит сальнику, спаянному с грыжевым мешком и петлями кишечника. У детей невраправимые грыжи наблюдаются редко, при этом содержимым грыжевого мешка у девочек являются матка или придатки, у мальчиков – мочевого пузыря, слепая кишка.

Суть страдания при ущемлённой паховой грыже определяется расстройством кровообращения в ущемлённом органе с нарушением его функции. Общие патофизиологические реакции больного зависят от содержимого грыжевого мешка, выраженности и обратимости расстройств гемодинамики в ущемлённом органе (органах). Чаще у мальчиков ущемляется петля тонкой кишки,

у девочек – придатки матки. Крайне редко в детском возрасте возникает ущемление кишки во внутреннем отверстии пахового канала, так называемые интерстициальные грыжи.

В качестве факторов, способствующих ущемлению грыжи у детей, рассматриваются: метеоризм, беспокойство, сильный кашель, физическая нагрузка. В детском возрасте ущемление грыжевого содержимого отличается эластичностью, определяющейся своеобразием механизма ущемления и особенностями строения паховой области ребёнка. В клинической практике данное положение подтверждается тем, что в условиях физиологического или медикаментозного

роста объясняет относительную редкость грыж у девочек.

Спустившееся яичко увлекает за собой все слои передней брюшной стенки, оставляя дефект в мышцах, закрытый основанием m.cremasteris. С ростом ребёнка m.cremasteris становится относительно тоньше и слабее, а размеры мышечного дефекта – шире. Следовательно, «слабое место» передней брюшной стенки – область нижнего отдела пахового треугольника – приобретает патологическое значение лишь у взрослых. Паховый канал новорождённого имеет почти прямое (сагиттальное) направление: в дальнейшем канал становится длиннее, а направление его – более косым. Подкожное отверстие

сна ребёнка, купирования беспокойства, снижения внутрибрюшного давления, мышечной релаксации нередко происходит самопроизвольное вправление грыжевого содержимого.

Возрастные особенности
паховой области у детей

Паховая область ребёнка развивается наиболее активно в первые месяцы жизни. Влаглищный отросток брюшины, формирующийся в процессе опускания яичка, начинает облитерироваться ещё у плода. Наиболее интенсивно процесс облитерации происходит на протяжении первых 2 недель с момента рождения. В дальнейшем частота необлитерированных влаглищных отростков неуклонно снижается, однако принципиальная возможность их выявления в старшем возрасте определяется по-видимому, утратой способности брюшины к облитерации. У плодов женского пола иной механизм развития брюшино-пахового от-

пахового канала первоначально представляет образование, ограниченное мягко-эластичными тканями, которые по мере роста ребёнка уплотняются, а паховое кольцо становится фиброзным. Мышцы пахового треугольника, сокращаясь, выполняют клапанную функцию – замыкают паховый канал. Со стороны брюшной полости у новорождённого располагается относительно крупный мочевого пузырь, закрывающий надпузырные и срединные ямки. Свободными остаются лишь боковые ямки, соответствующие внутреннему отверстию пахового канала.

Таким образом, основное «неустройство» паховой области ребёнка заключается во внебрюшной облитерации влаглищного отростка брюшины. Достаточно незначительного повышения внутрибрюшного давления, чтобы внутренности вышли в необлитерированный влаглищный отросток и последний трансформировался в грыжевой мешок кривой паховой грыжи. Представленные возрастные особенности наружного пахового кольца и мышц паховой области

Экспертное мнение



Приступая к разработке НКР, мы считали необходимым сконцентрировать усилия профессионального сообщества прежде всего на подготовке протоколов по лечению пациентов, которые требуют экстренной (неотложной) хирургической помощи – острый

аппендицит, инвагинация кишечника, ущемлённая паховая грыжа.

Данный спектр нозологических форм в повседневной ургентной деятельности детского хирурга характеризуется высокой распространённостью, необходимостью принимать организационные и оперативно-технические решения в сжатые сроки, как правило, в вечернее и ночное время, силами дежурной бригады, нередко в условиях снижения диагностического потенциала стационара. При этом с перечисленными заболеваниями связаны послеоперационные осложнения и летальность, индикаторы которых являются основой сравнительного анализа качества медицинской помощи в различных медицинских организациях и профессиональных коллективах.

В процессе подготовки клинических рекомендаций по лечению ущемлённой паховой грыжи у детей авторы считали необходимым обеспечить открытый формат дискуссий и привлечь максимальное число компетентных специалистов из разных регионов России. На первом этапе работы в рамках Московской ассамблеи «Здоровье столицы» был проведён тематический «круглый стол», где сопоставлены позиции представителей различных медицинских школ, ведущих детских клинических больниц города. Второй этап подготовки НКР был реализован дистанционно: проект разместили на сайте Российской ассоциации детских хирургов. В течение

Ущемлённая паховая грыжа у детей:
традиции и инновации в тактике лечения

нескольких месяцев мы получили более 50 замечаний и конструктивных предложений по совершенствованию документа.

Основная дискуссия при обсуждении проекта рекомендаций развернулась вокруг трёх вопросов: терапевтический потенциал и риски консервативного лечения, значение эндохирургии при данном заболевании, объём интраоперационной ревизии при выполнении вмешательства.

В разделе о консервативном лечении детей с ущемлённой паховой грыжей консолидированное мнение позволяет декларировать гендерный принцип: девочкам показано только экстренное хирургическое лечение, а у мальчиков попытки решить проблему консервативным путём допустимы с учётом преморбидного состояния, сопутствующих заболеваний и длительности ущемления.

Следует признать, подготовка раздела «консервативное лечение» сопровождалась наиболее острой дискуссией среди наших коллег. Компромисс состоит в том, что риск оперативного вмешательства у конкретного пациента не должен превышать опасности консервативного лечения. Нередки ситуации, когда хирурги вынуждены откладывать операцию по объективным причинам, к примеру, если в стационар поступает ребёнок (мальчик) с ущемлённой грыжей и тяжёлой формой вирусной или бактериальной инфекции. Я понимаю врача, который постарается разрешить ущемление консервативно, избегая рисков наркозных и послеоперационных осложнений.

Возможны организационные коллизии, вынуждающие врача рассматривать вариант консервативного лечения. В частности, если в районную больницу привозят ребёнка с ущемлённой грыжей, а в данный момент нет анестезиолога, который имел бы опыт работы с детьми. Хирургу необходимо при-

нять взвешенное решение, что содержит больше рисков для больного: оперировать его под местной анестезией, попытаться разрешить ущемление консервативно или связаться с санавиацией и эвакуировать пациента в областную больницу.

Оперативное лечение: перспективы расширения использования эндохирургии в лечении пациентов с ущемлённой паховой грыжей очевидны. Используя видеоэндоскопическое оборудование, хирург имеет возможность оценить выраженность сосудистых расстройств, в том числе в части внутрибрюшинно расположенных органов и тканей, прецизионно выполнить пластику грыжевых ворот, избегая повреждений элементов семенного канатика. Не следует забывать, что у детей паховая грыжа часто бывает двусторонней, и во время лапароскопии мы можем оценить риски, касающиеся второго пахового канала. С лапароскопией связана также возможность выявления так называемых внутренних грыж, не имеющих патогномичных клинических признаков.

Идеологических препятствий к широкому внедрению эндохирургических технологий в настоящее время нет, ограничивающими факторами являются дефицит подготовленных специалистов и должного состава оборудования. Следует учитывать, что значительная часть пациентов с ущемлённой паховой грыжей поступает в стационар «по дежурству», и далеко не всегда в составе дежурной бригады есть специалисты, на должном уровне владеющие техникой выполнения эндоскопических операций. Но в ситуациях, когда к этому есть необходимые условия, я рекомендую именно малоинвазивный хирургический подход как инструмент для надёжного и деликатного разрешения данной хирургической проблемы.

Считаю, что имеются веские основания

всем детским хирургам страны следовать национальным клиническим рекомендациям. Прежде всего потому, что в подготовке данного документа принимали участие специалисты с высоким профессиональным авторитетом и большим практическим опытом. НКР – это плод коллективного интеллектуального труда, возможность принять участие в обсуждении проекта и высказать свои замечания была предоставлена всем. Необходимо также учитывать, что при возникновении серьёзных осложнений у пациента следование НКР обеспечивает врачу определённый уровень защищённости со стороны надзорных органов и профессионального сообщества.

Вышесказанное не означает, что у хирурга, который придерживается НКР, не может быть осложнений, они возможны по причинам, обусловленным преморбидным состоянием ребёнка, сопутствующими заболеваниями либо дефектами организации медицинской помощи на догоспитальном этапе. Однако следование национальным клиническим рекомендациям несомненно позволяет ограничить негативный потенциал пресловутого «человеческого фактора», снизить частоту ошибок и осложнений.

Наша профессиональная жизнь диалектична, и ничто не мешает по мере того, как терапевтическая парадигма сместится в соответствии с новыми представлениями о сути страдания, появятся новые диагностические или лечебные технологии, внести в текст НКР дополнения либо изменения. Протокол лечения должен быть «живым» документом, незамедлительно откликающимся на веяния времени.

Владимир РОЗИНОВ,
директор НИИ хирургии детского возраста
РНИМУ им. Н.И.Пирогова,
профессор.

определяют преимущественно эластичный характер ущемления паховой грыжи у детей. В соответствии с современными представлениями этиопатогенез паховых грыж у детей определяется структурной дезориентацией тканей подвздошно-пахового-бедренного комплекса. Данная концепция определяет топографическую анатомию и оперативную хирургию ущемлённых паховых грыж у детей с позиций вмешательств на врождённо компрометированных тканях.

Клиническая картина ущемлённых паховых грыж

Наиболее постоянным признаком ущемления грыжи у детей грудного возраста является эмоциональное и двигательное беспокойство, выявленное в структуре жалоб родителей у абсолютного большинства больных. Клиническая недооценка данного симптома, как правило, обусловлена тем, что ущемление в 38% случаев наблюдается на фоне иных заболеваний. Кроме того, у некоторых детей (чаще недоношенных) беспокойство не носит выраженного характера, и поведение ребёнка меняется незначительно. Следующим по частоте (свыше 90%) выявления признаком является появление, либо увеличение опухолевидного выпячивания в паховой области. Если грыжевое выпячивание появляется впервые, то в единичных наблюдениях оно может оставаться незамеченным родителями больного из-за небольших размеров и выраженного подкожного жирового слоя в паховых областях у новорождённых. У детей старшего возраста клинические проявления ущемления более многообразны и выразительны. Ребёнок жалуется на внезапно возникшие резкие боли в паховой области и появившуюся болезненную при пальпации припухлость, если грыжа ущемилась при первом появлении. Если ребёнок знает о наличии у него грыжи, то указывает на увеличение выпячивания и невозможность его вправления.

Многократная рвота выявляется в 66% клинических наблюдений. Однократная рвота констатируется в 3% случаев. Необходимо указать, что у трети больных с верифицированным диагнозом «Ущемлённая паховая грыжа» рвота в анамнезе отсутствовала.

При ущемлении петли кишки развиваются явления острой непроходимости кишечника (ОНК) (70% наблюдений). В редких случаях отмечается кишечное кровотечение. Общее состояние ребёнка в первые часы после ущемления заметно не страдает. Температура тела остаётся нормальной. При осмотре паховых областей выявляется припухлость по ходу семенного канатика – грыжевое выпячивание, зачастую спускающееся в мошонку. У девочек выпячивание может быть небольшого размера и при осмотре малозаметно. Пальпация ущемлённой грыжи резко болезненна. Выпячивание гладкое,

эластичной консистенции, невправимое. Обычно прощупывается плотный тяж, идущий в паховый канал.

При поступлении ребёнка в поздние сроки от начала заболевания (2-е и 3-и сутки) выявляются: тяжёлое общее состояние, повышение температуры тела, интоксикация, отчётливые признаки кишечной непроходимости или перитонита при ущемлении петли кишечника. Местно появляются гиперемия и отёк кожи, связанные с некрозом ущемлённого органа и развитием флегмоны грыжевого выпячивания. Рвота становится частой, с примесью желчи и каловым запахом. Может быть задержка мочеиспускания.

Диагноз

Процесс диагностики ущемлённой грыжи является преимущественно клиническим и базируется на основании жалоб и анамнестических данных пациента, результатах объективного обследования пациентов (GPP). Важнейшим условием эффективной диагностики является тщательный сбор анамнеза с выявлением длительности и динамики клинических проявлений.

Ведущими технологиями специальной (инструментальной) диагностики на современном этапе являются ультразвуковые и рентгенологические методы исследования паховой области, мошонки, брюшной полости, включая малый таз, которые позволяют с высокой степенью достоверности идентифицировать ткани и органы в составе грыжевого выпячивания, оценить параметры органного кровотока, выявить эхографические признаки нарушения пассажа кишечного содержимого. Показания к обзорной рентгенографии брюшной полости возникают при наличии клинических признаков острой кишечной непроходимости.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику ущемлённой паховой грыжи у детей младшего возраста, прежде всего, следует проводить с *остро развившейся водянкой семенного канатика*. Существенное значение имеют анамнестические данные – при водянке припухлость в паховой области возникает постепенно, нарастает в течение нескольких часов. Беспокойство менее выражено, и рвота бывает редко. Основой клинической дифференциальной диагностики служат данные пальпаторного обследования: опухоль при водянке умеренно болезненная, овальной формы, с чётким верхним полюсом, от которого в паховый канал не отходит характерный для грыжевого выпячивания плотный тяж.

Перекрут семенного канатика («Перекручивание яичка», по МКБ 10) также проявляется внезапным беспокойством ребёнка. Могут возникнуть и другие общие явления (отказ от груди, рефлекторная рвота). Пальпация припухлости в паховой области резко

болезненна, семенной канатик утолщён вследствие перекручивания, прощупывается в паховом канале, напоминая шейку грыжевого мешка. Определённое дифференциально-диагностическое значение имеет симптом подтягивание яичка к корню мошонки при перекруте семенного канатика. Крайне сложно отличать «заворот яичка» от ущемлённой грыжи у новорождённого.

Паховый лимфаденит у детей раннего и дошкольного возраста (особенно девочек) клинически иногда невозможно дифференцировать с ущемлённой грыжей. Острое начало заболевания, беспокойство ребёнка при исследовании и невозможность пальпаторно определить наружное паховое кольцо в инфильтрированных тканях, позволяют думать об ущемлённой грыже. Отсутствие общих симптомов и явлений острой кишечной непроходимости не исключает ущемления придатков матки или пристеночного ущемления кишки.

Объективная сложность клинической дифференциальной диагностики ущемлённой паховой грыжи с представленными нозологическими формами определяют целесообразность привлечения специальных методов исследования. Первостепенное тактическое значение имеют ультразвуковые исследования, дополненные цветовым доплеровским картированием. Разрешающие характеристики современной аппаратуры позволяют убедительно дифференцировать тканевые структуры и органы паховой области, мошонки, объективно оценивать выраженность их вовлечённости в инфильтративно-воспалительный процесс. Результаты исследования кровотока позволяют сформировать объективное суждение о выраженности и обратимости гемодинамических расстройств и условиях ущемления (странгуляции) органа.

Диагностический потенциал рентгенологических исследований у детей с ущемлённой паховой грыжей определяется возможностью объективизировать семиотику непроходимости кишечника. Необходимо при этом учитывать, что классические рентгенологические симптомы («Пружины», «Чаши Клойбера» и т.д.) не являются ранними признаками острой кишечной непроходимости.

Лечение детей с ущемлёнными паховыми грыжами

Показания к экстренному хирургическому лечению

Экстренное оперативное вмешательство непосредственно при госпитализации в хирургический стационар либо после кратковременной предоперационной подготовки (в зависимости от тяжести состояния пациента), а также консервативные мероприятия по вправлению грыжевого выпячивания показаны:

- при наличии выраженных воспалитель-

ных изменений (флегмона) в области грыжевого выпячивания;

- явлениях острой кишечной непроходимости;
- при безуспешном консервативном лечении;
- пациентам женского пола.

Консервативное лечение

Всем детям мужского пола с ущемлёнными паховыми грыжами без выраженных воспалительных изменений в области грыжевого выпячивания и явлений ОНК проводят комплекс консервативных мероприятий, создавая условия для самопроизвольного вправления грыжевого выпячивания. По общепринятому мнению, консервативные мероприятия, направленные на репозицию грыжевого содержимого в брюшную полость, должны выполняться не позднее 12 часов с момента ущемления. Больному вводят разовую возрастную дозу пантопона, затем делают тёплую ванну (37-38°C) продолжительностью 10-15 минут или на область грыжи кладут грелку. Постепенно ребёнок успокаивается, засыпает, и грыжа самопроизвольно вправляется. Если этого не произошло, то можно провести попытку мануального закрытого вправления грыжевого выпячивания.

Техника мануального вправления грыжевого содержимого включает деликатную тракцию грыжевого мешка по направлению ко дну мошонки с одномоментной её компрессией. Длительность консервативного лечения не должна превышать 2 часов. Если в течение этого времени грыжа не вправилась, то формулируют показания к оперативному лечению.

При эффективности консервативного лечения ребёнка оставляют в хирургическом стационаре, проводят необходимые исследования и оперируют в отсроченном порядке. Исключение составляют дети с интеркуррентными заболеваниями, нуждающиеся в целенаправленном обследовании и лечении.

Предоперационная подготовка и обезболивание

В предоперационной подготовке нуждаются дети с ущемлённой паховой грыжей, осложнённой развитием флегмоны грыжевого выпячивания, ОНК, а также пациенты с значительной длительностью ущемления (свыше суток) либо сопутствующими соматическими, инфекционными заболеваниями в зависимости от тяжести состояния. Основу предоперационной подготовки у разного контингента больных составляет инфузионно-трансфузионная и антибактериальная терапия. Длительность предоперационной подготовки не должна превышать 2-4 часа, результатясь тенденцией к нормализации водно-электролитного и кислотно-основного баланса, купирования гипертермии и анемии.

(Окончание следует.)

Хроническая болезнь почек: основные положения, определение, диагностика, скрининг, подходы к профилактике и лечению Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Таблица 9

Содержание макронутриентов и минералов в диете для пациентов с гипертензией, согласно рекомендациям JNC 7, модифицированное для ХБП

Нутриент	Стадия ХБП	
	Стадия C1-C4	
Натрий, г/сут*	< 2,4	
Общее количество жиров (% энергообеспечения)	< 30	
Насыщенные жиры	< 10	
Холестерин, мг/сут	< 200	
Углеводы (% энергообеспечения)**	50-60	
	Стадии C1-C2	Стадии C3-C4
Белок, г/кг/сут (% энергообеспечения)	1,4-18	0,6-0,8-1,0
Фосфор, г/сут	1,7	0,8-1,0
Калий, г/сут	> 4	2-4

Примечание.

- * – не рекомендовано при «солевом истощении»;
- ** – исходя из того, что энергообеспечение за счёт белков, жиров и углеводов составляет 100%.

стороны гомеостаза кальция и фосфора или минеральный обмен в костной ткани: бифосфонаты, кальциймиметики, активаторы рецепторов витамина D, севеламер, лантана карбонат и др.

В нефрологии всё это послужило причиной для создания новых концепций, например chronic kidney disease and mineral and bone disorders – CKD-MBD (отечественный эквивалент: «минеральные и костные нарушения

при хронической болезни почек – МКН-ХБП») и существенному пересмотру действующих рекомендаций по диагностике, профилактике, контролю и лечению таких расстройств.

Заключение

Накопленные к настоящему времени сведения однозначно подтверждают, что проблема ХБП весьма актуальна не только для здравоохранения и медицины, но и для общества в целом, а необходимость применения концепции ХБП в практике отечественного здравоохранения не вызывает сомнений. Очевидно, что кроме основных положений, касающихся ХБП и изложенных в данном документе, также необходима разработка более детальных практических рекомендаций по конкретным направлениям ведения больных с дисфункцией почек.

Под редакцией главного нефролога Минздрава России, заведующего кафедрой нефрологии и гемодиализа Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова профессора Евгения ШИЛОВА и директора НИИ нефрологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова профессора Алексея СМИРНОВА.

(Окончание. Начало в № 73 от 28.09.2016.)

При формировании рационов у пациентов с ХБП можно руководствоваться рекомендациями JNC 7, модифицированными для ХБП (см. табл. 9).

Гомеостаз кальция и фосфора. Нарушения гомеостаза кальция и фосфора и проявления вторичного гиперпаратиреоза прогрессируют по мере снижения СКФ. При этом критическим значением рСКФ, при котором начинает наблюдаться подавление активности 1-альфа-гидроксилазы в почках, повышение сывороточной концентрации неорганического фосфора, уменьшение концентрации кальция в сыворотке крови и нарастание уровня ПТГ считается 60 мл/мин/1,732. Эти изменения не только вызывают развитие остеодистрофии, но и способствуют кальцификации сосудов и мягких тканей и увеличивают уровень кардиоваскулярной заболеваемости и смертности на более поздних стадиях ХБП.

За последние два десятилетия существенно расширены представления о кальций-фосфорном гомеостазе, его нарушениях при ХБП и подходах к коррекции этих расстройств. К наиболее крупным достижениям в физиологии и патофизиологии гомеостаза кальция и фосфора следует отнести:

- открытие фосфатурических гормонов, прежде всего фактора роста фибробластов 23 – ФРФ23, и расшифровку механизмов его действия на субцеллюлярно-молекулярном уровне с участием вспомогательного белка клото;
- пересмотр представлений о роли внепочечной экспрессии 1-альфа-гидроксилазы и возможном участии такого фактора в развитии внекостной (в том числе сосудистой) кальцификации.
- появление или начало широкого клинического внедрения целой серии принципиально новых классов фармакологических препаратов, воздействующих на разные

В предыдущих публикациях «МГ» (№ 49 от 06.07.16, № 64 от 26.08.16 и № 70 от 16.09.16) мы обсуждали исторические, правовые и биомедицинские аспекты искусственного аборта. А теперь рассмотрим проблему беременности с точки зрения её сохранения и благополучного развития младенца. О пагубном влиянии тератогенных факторов известно давно. Но о колоссальном вреде и тяжёлых отдалённых последствиях внутриутробных психических травм говорится гораздо реже. Восполним этот пробел, опираясь на материалы наших занятий в течение 18 лет со студентами-медиками по пренатальной (дородовой) педагогике и психологии, проходившими практику в Московском государственном медикостоматологическом университете им. А.И.Евдокимова.

Холодное слово «эмбрион»

Заботясь о здоровье и благополучии нерождённого ребёнка, современная наука работает на стыке многих дисциплин: медицинской генетики, психогенетики, эмбриологии, акушерства, гинекологии, пренатальной диагностики, перинатологии, биоэтики и, конечно же, пренатальной психологии и педагогики. Сотни исследований коренным образом меняют наши представления об эмбрионе (плоде).

Согласно новейшим данным, между матерью и плодом существует особая информационная связь. Она осуществляется через биологические поля – волны разной частоты и длины, которыми обладает любой живой организм. Например, акустическое (звуковое) поле создаётся ежесекундной вибрацией мышечных волокон, а электромагнитное – головным и спинным мозгом. Эти поля взаимопроницаемы, за счёт чего идёт активный обмен информацией.

Зародыш чрезвычайно тесно связан с матерью. Она вступает с ним в совершенно особые отношения и соединяет с окружающим миром. Так, полуторамесячный эмбрион реагирует на боль и отстраняется от луча света, направленного на живот матери. Пятимесячный зародыш «слышит» громкие крики, «пугается», «сердится», «грозит», то есть «воспринимает» интонации и слова в зависимости от настроения мамы. Примерно с 6-го месяца поведение плода изменяется в ответ на голоса родителей. Он «увязывает» свои действия со знакомым голосом, иногда «предугадывает», какие движения вызовут у родителей удовольствие, а какие – нет. Если родители ссорятся и говорят на повышенных тонах, с раздражением, то плод сворачивается, прикрывает головку ручками или толкается ножками. Итак, особенности состояния матери (ритм сердца, шум кровотока в сосудах, напряжение мышц, характер движений, частота дыхания и т.д.) соотносятся с тем, как ребёнок «ощущает» самого себя и что происходит с ним самим.

В 2003 г. английские учёные изобрели сверхмощный ультразвуковой сканер. Раньше считалось, что новорождённый учится улыбаться, подражая окружающим людям. А теперь выяснилось, что способность улыбаться – врождённое свойство.

Многие черты характера и личности начинают формироваться внутриутробно. Плод на клеточном уровне «записывает» информацию о том, что в жизни бывают разные ситуации, которые иногда нужно преодолевать. Так закладываются черты сильного, выносливого, стойкого характера. Ещё в утробе ребёнок «учится» определять реакцию матери на хорошие и плохие события, на симпатичных и неприятных людей. Родившиеся зачастую «перенимают» отношение и предпочтение матери к чему-либо или кому-либо. Возможно, именно отсюда идут корни застарелых внутрисемейных трений и обид.

«Вне всяких сомнений, – подытоживает американский доктор Дэвид Б.Чемберлен, – младенцы представляют собой не то, что мы о них думаем. Проанализировав целый ряд экспериментальных, клинических и жизненных фактов, я настаиваю на том, что психика (в смысле – разум, собственное «я», душа) действительно существует во время вынашивания плода вне зависимости от уровня развития мозга. Эта психика постоянно накапливает опыт, полученный через память и обучение. Совокупность способностей к получению знаний, по-видимому, является

Продолжаем разговор

Долгое эхо внутриутробного стресса

О «поведении риска» во время беременности



врождённым, а не благоприобретённым свойством».

Однажды на занятии по пренатальной педагогике и психологии студенты-медики признались мне: «Вы знаете, в учебниках, методиках и на лекциях, семинарах анализируются обычно биологические стадии и анатомо-физиологические процессы эмбриона. И само слово это какое-то холодное, бесчувственное. А сегодня мы узнали, как зарождается самостоятельная психическая жизнь. И уже язык не поворачивается назвать нерождённого младенца безликим эмбрионом, бездушным существом! Значит, и относиться к нему нужно как к пациенту!»

Разумеется, мы не призываем менять устоявшиеся термины. Но надо понимать и помнить, что внутриутробный период – крайне ответственный этап жизни человека. По очень удачному выражению специалистов, мать – его первая Вселенная. Малыш не рождается на свет *tabula rasa* – чистой доской. Он словно «запечатлевает» переживания, устремления, мысли, слова и дела родителей, как бы «запоминает», «копирует» заданные образцы поведения. Плод не есть чистая губка, на которую что-то налили, затем выжали, и она снова стала чистой. Плод – это «диск», на который очень многое «записывается» сама жизнь (в первую очередь родители). Эта мысль выражена старинной пословицей: «Беременная женщина, размалывающая зерно, учит неродившегося».

Желанны – благополучны

На мой взгляд, вполне очевидно: если ребёнок не будет чувствовать любви матери, то не сможет успешно расти и развиваться. Опыт, приобретённый до рождения, важен не только для самопознания и общения в детстве, но отчасти определяет склонности, потребности, мироощущение подростка и взрослого человека. Покажем это на примере тератогенного влияния внутриутробной психической травмы.

По оценкам психологов, желанные дети обладают лучшим жизненным потенциалом и позитивным опытом, что крайне важно для благополучного развития. Восприятие

ребёнком самого себя зависит и от родительского отношения к нему. Это самоощущение начинает формироваться ещё в утробе, когда духовно-психологическое состояние матери и отца имеет решающее значение. Допустим, ребёнок им не нужен, по крайней мере, не сейчас («не ко времени», «не к месту»). Первые признаки беременности мама воспринимает с ужасом, а папа – с раздражением.

шего истолкования их. Мозг сразу посылает сигнал об опасности, и в организме запускаются процессы, представляющие собой реакцию на стресс. А это несколько не способствует нормальному течению беременности.

Любой наш внутренний конфликт-протест заставляет организм поскорее избавиться от источника раздражения. В данном случае это тягостные мысли и

Рождённый без любви... летать не может?

Поразительные данные приводит видный французский акушер-гинеколог Мишель Оден в своей книге «Научное познание любви». В конце 50-х годов XX века группа шведских учёных из Гётеборга начала исследовать детей, матери которых хотели искусственно прервать беременность, но полу-

переживания по поводу беременности. Отсюда её патологическое течение. Конечно, оно может быть обусловлено и совершенно другими обстоятельствами. Но всё же учёные не случайно называют поздний токсикоз именно болезнью адаптации. Организм женщины пытается приспособиться к заключительным стадиям развития плода. Как показывают исследования В.Брутмана, Г.Филипповой, И.Хамитовой, Е.Руновской, И.Добрякова, Э.Эйдемиллера и других авторов, неудача в этом провоцирует заболевание.

Внутриутробная психическая травма ухудшает снабжение плода кислородом и питательными веществами, снижает иммунитет, повышает восприимчивость к инфекциям и иным вредным воздействиям. В итоге младенец рождается слабым, физиологически незрелым и предрасположен к респираторным заболеваниям, бронхиту, пневмонии, энурезу, нейродермиту, язве желудка...

По наблюдениям отечественного психолога А.Захарова, при эмоциональном стрессе во время беременности у женщины увеличивается вероятность преждевременных родов и таких нарушений, как слабость родовой деятельности, недостаток кислорода и удушье у младенца. В результате повышается нервная возбудимость и раздражительность новорождённого. Он имеет более высокий мышечный тонус, часто вздрагивает при любом шуме, пеленании и ярком свете, плохо спит, подвержен различным страхам, испугам и переживаниям. Такому ослабленному младенцу необходимо создавать максимально комфортные, щадящие условия.

Опаснее не кратковременное холодное отношение матери, а длительное состояние тревоги, чувство отвержения и сильная антипатия. Если беременная женщина сознательно или бессознательно была настроена к плоду враждебно, то у новорождённого возрастает вероятность неврозов и психосоматических заболеваний. Такие малыши, как правило, очень беспокойные и нервные, хуже едят и спят. Некоторые из них подолгу надрывно кричат, создавая в доме весьма нервную обстановку. А любящая мать, обладающая хорошим эмоциональным контактом со своим ребёнком, рождает более уверенное в себе и защищённое дитя.

Нежеланные дети весят меньше сверстников. Доктор Марджори Сейбл из Университета Миссури в результате обследования 2400 будущих матерей установила, что риск рождения ребёнка весом менее 1600 г в таких случаях на 73% выше. Причины этого в невыполнении рекомендаций врача по изменению образа жизни и характера питания. Женщины отказываются заниматься физкультурой, не прекращают курить, употреблять алкоголь и т.д.

чили отказ. Под наблюдением 35 лет находились 120 таких детей и 120 – из контрольной группы. Основной вывод: тем, чьи матери намеревались сделать аборт, недоставало коммуникативности и способности адаптироваться в обществе. Различия между этими двумя группами людей отмечались даже в 35-летнем возрасте!

В 1966 г. финские учёные изучали 11 тыс. беременных женщин. На 6-м и 7-м месяцах после зачатия их спрашивали, как они расценивают свою беременность: как желанную, желанную, но не вполне своевременную или вовсе не желанную. Вероятность развития шизофрении у детей, чьи матери их решительно отвергали, оказалась существенно выше.

Мишель Оден анализирует взаимосвязь событий, произошедших в «первичный период» (до родов), со здоровьем и поведением человека в последующие годы. Учёный приходит к заключению, что способность любить себя и окружающих в значительной степени обусловлена пережитым до, во время и сразу после родов. Это показывают истории жизни людей, в той или иной степени страдавших «нарушением способности любить».

Подростковая преступность (например, склонность к агрессии и насилию) – явное нарушение способности любить. Группа учёных Университета Лос-Анджелеса во главе с Адрианом Рэйном проследила историю 4269 мальчиков, родившихся в одной и той же больнице Копенгагена. Какой фактор увеличивал склонность 18-летних юношей совершать насильственные преступления? Родовые травмы плода, а также раннее разлучение с матерью либо её отказ от ребёнка!

Финские психологи исследовали 167 детей, отцы которых умерли до их появления на свет. Также выбрали группу из 168 детей, потерявших отцов в первый год жизни. В дальнейшем истории всех этих 335 детей проследили по медицинским картам в течение 35 лет. Те, кто лишился отца ещё до рождения, были чаще склонны к преступлениям, алкоголизму и психическим расстройствам. Это наглядно подтверждает, что эмоциональное состояние беременной (например, стресс из-за смерти или измены мужа) значительно сильнее влияет на ребёнка, чем её состояние в первый год после родов.

Конечно, истоки вредных пристрастий, болезней и комплексов нельзя сводить к настрою и поведению родителей после зачатия. Но не секрет, что в атмосфере принятия и благожелательности ребёнок чувствует любовь. А это окрыляет его. Перефразируя А.Пушкина, я говорю студентам: «Сказка – ложь, да в ней намёк: добрым молодцам (и добрым девицам) урок!»

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры общей психологии
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

По данным Минздрава России, в минувшем году в нашей стране количество больных сахарным диабетом составило чуть менее 4,5 млн человек. Даже по официальным данным, РФ входит в число стран, где уровень заболеваемости диабетом близок к эпидемиологическому порогу. При этом, что интересно, эксперты считают, что реальное количество заболевших в России так же, как и в других странах, в несколько раз больше, чем показывает официальная статистика.

Как известно, сахарный диабет не является инфекционной патологией. Тем не менее медики говорят об эпидемии, именуя «сладкую» болезнь не иначе как «чумой нынешнего века». Так, если у одного из родителей есть диабет 1-го типа, вероятность заболеть у ребёнка составляет около 10%. Если же мать или отец имеют в анамнезе диабет 2-го типа, этот показатель может достигать до 80%. Кроме того, «заразен» образ жизни с невысокой физической активностью, потреблением нездоровой пищи и постоянными стрессами, способствующий возникновению заболевания.

В экономически развитых странах подсчитали вероятность заболеть для различных групп. По их мнению, вероятность возникновения диабета у 20-летней девушки европейской расы, проживающей в одной из благополучных стран Европы, после достижения ею 50-летнего возраста составляет около 40%. В 1980-е годы уровень риска для неё составлял 27%.

По данным ВОЗ, уровень заболеваемости в мире за последние 30 лет вырос в 4 раза, диабетом заболевает всё большее количе-

В клиниках и лабораториях

«Сладкая» эпидемия

Количество пациентов с сахарным диабетом во всём мире неуклонно растёт

ство молодых людей. При этом количество больных диабетом 1-го типа, аутоиммунным заболеванием, которое диагностируется в достаточно раннем возрасте, составляет всего 3% в год. Основной прирост заболевших происходит за счёт диабета 2-го типа, который часто характеризуют как болезнь образа жизни. 80-90% больных сахарным диабетом страдают именно этой формой заболевания. И если раньше сахарный диабет 2-го типа диагностировался в основном у людей старше 45 лет, то сейчас он всё чаще поражает более молодых людей.

К сожалению, Россия занимает четвёртое место в мире по количеству пациентов с официальным диагнозом «сахарный диабет», после Индии, Китая и США. Впрочем, лидеры списка (в отличие от РФ) относятся и к числу стран с самым большим количеством жителей. По относительным показателям числа заболевших (на 100 тыс. населения) в Германии (шестое место в списке) уровень заболеваемости выше, чем в России. В США количество больных приближается к 20% населения.

В то же время, по мнению экспертов, реальный уровень заболеваемости в России может быть гораздо выше, чем по официальным данным. Так, например, эпидемиологические исследо-

Глюкометрия – процедура несложная...

вания, проведённые Эндокринологическим научным центром (ЭНЦ), в которых приняли участие более 26 тыс. человек в возрасте от 20 до 79 лет из 63 регионов России, показали, что 54% больных диабетом в России просто не знают о своём заболевании. По данным этого исследования, количество больных диабетом 2-го типа в стране составляет не менее 6 млн человек, а каждый пятый житель России находится в состоянии преддиабета. Ряд экспертов полагает, что уровень заболеваемости в России может быть ещё выше и достигать до 9 млн человек.



Примечательно, что ВОЗ и другие международные организации, занимающиеся проблемами диабета, приходится постоянно корректировать прогнозы. В настоящее время, по данным Международной ассоциации диабета, число больных диабетом составляет более 6% населения Земли и не менее 366 млн человек. Достичь такого показателя, по прогнозу ВОЗ, сделанному 20 лет назад, человечество должно было только к 2025 г. Согласно новому прогнозу ВОЗ, к 2030 г. количество больных диабетом 2-го типа превысит 550 млн человек. Мировое врачебное

сообщество ставит диабет на третье место в мире по смертности после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.

Однако эксперты, среди которых главный эндокринолог Минздрава России, директор Эндокринологического научно-го центра, академик РАН Иван Дедов, уверены, что пандемию можно остановить, а саму болезнь если не предотвратить, то отсрочить на долгие годы. По мнению И.Дедова, человеку со средней предрасположенностью к диабету для того, чтобы не заболеть, не надо даже прилагать титанических усилий, достаточно ежедневно поддерживать уровень физической активности, например совершая прогулки, и немного ограничить потребление сладкой, солёной и жирной пищи.

По статистике, девять из десяти больных сахарным диабетом 2-го типа имеют ожирение или избыточную массу тела. Если болезнь диагностирована на ранней стадии, пациенту удалось снизить вес и начать вести более здоровый образ жизни, показатели уровня глюкозы в крови приходят в норму.

И всё же обратимый процесс возможен, если болезнь не запущена. Именно поэтому специалисты считают одним из основных методов спасения от эпидемии сахарного диабета раннюю диагностику, для которой часто достаточно несложных анализов уровня глюкозы в крови. Во время диспансеризаций частота выявления диабета повышается в 3-5 раз. Диагностика болезни, которая может долгое время проходить бессимптомно, позволяет избавиться от неё или как минимум избежать тяжёлых осложнений, коих при «сладкой» болезни существует огромный букет: от потери зрения до гангрены нижних конечностей.

Алина КРАУЗЕ.

Состояние здоровья детей обсуждалось на прошедшей в Москве пресс-конференции «Проблемы здоровья современных школьников в вопросах родителей и рекомендаций специалистов». Как рассказала главный детский аллерголог-иммунолог Минздрава России, заместитель директора по научной работе Научного центра здоровья детей, заведующая кафедрой факультетской педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, член-корреспондент РАН Лейла Намазова-Баранова, нам сейчас очень не хватает правдивой информации о здоровье детей, которое в последние годы не радует.

– Пресловутую первую группу здоровья почти никому поставить, а к 11-му классу в ней вообще никого не остаётся. И даже те, кто были относительно здоровы в 7 лет, существенно ухудшают своё здоровье 10 лет спустя, – отметила Л.Намазова-Баранова. – Возрастает количество как функциональных отклонений, так и хронических заболеваний, часто вне стадии ремиссии, которые, правда, нам иногда удаётся взять под контроль. Очень много сердечно-сосудистых заболеваний, мышечных дистоний. Все возникавшие в дошкольном возрасте проблемы у школьников, что называется, расцветают пышным цветом. Вызывает озабоченность и дефицит сна. И не только потому, что дети засыпают на уроках. Вместе с низкой физической активностью недостаток сна приводит к ожирению, и думать родителям надо не о диетах, а о

Пресс-конференции

Лиха беда начало?

Здоровье современных детей должно быть лучше



Лейла Намазова-Баранова

том, как восстановить сон, – добавила она.

По словам Л.Намазовой-Барановой, недооценена роль дефицита витаминов и микроэлементов в ежедневном рационе ребёнка. Многие проблемы психологического и физического здоровья связаны именно с этим. Например, гипергидроз и плохая память часто обусловлены дефицитом витамина D, поэтому витамины нужно давать ребёнку помимо свежих овощей и фруктов, при этом недопустимо самолечение – витаминно-минеральный комплекс должен по-

советовать врач, который знает, какие из препаратов реально работают.

«Нашим детям очень часто необоснованно назначаются иммуномодуляторы, действие которых до конца не изучено», – подчеркнула Л.Намазова-Баранова.

По словам доктора медицинских наук, профессора Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи Аллы Погожевой, взрослые всё больше и больше потребляют жира, причём тем самым детей к своему рациону. «Такой состав рациона

неизбежно приводит к тому, что у нас постепенно растёт процент избыточной массы тела и ожирения. Особенно велики показатели ожирения до 10-летнего возраста, тогда как у подростков вес наоборот часто снижен. Остро не хватает витаминов группы В и кальция, которого потребляется в 2 раза меньше рекомендованной нормы. Это связано со снижением употребления молочных продуктов, что ведёт к развитию остеопороза и, как следствие, к частым переломам костей. Одновременно много едят жира в виде кондитерских изделий, в то время как доля в рационе овощей и фруктов должна составлять не менее 400 г в день», – заявила А.Погожева.

Оптимальным завтраком, по мнению как диетологов, так и педиатров, для школьника назван творог (или запеканка), каша (лучше гречневая, нежели манная) или овощной омлет. Кроме того, следует полностью исключить из рациона ребёнка чипсы. При этом, что интересно, в школьном возрасте менять вкусовые привычки не рекомендуется.

– Если ребёнок не хочет завтракать, не надо его заставлять и применять тем самым насилие, – подключилась к разговору семейный психолог, член Европейской ассоциации психотерапии и Профессиональной

психотерапевтической лиги России, кандидат психологических наук Ирина Обухова. – Все мы хотим, чтобы наши дети были успешными и счастливыми. Когда ребёнок идёт в школу, мы забываем о том, что это уже маленькая личность, которая маленькими шажками вступает во взрослую жизнь. К сожалению, подчас родители перекладывают на детей нереализованные амбиции. Психологи всего мира убеждены: ребёнку необходимо дать возможность попробовать, ошибаться. Когда же мы говорим об ожирении, надо понимать, что это отчасти и так называемый «эмоциональный жир»: ребёнок не знает, как по-другому защититься, его никто не слышит. Ребёнку просто некому сказать, что ему плохо».

По мнению И.Обуховой, родители не должны забывать, что из окончивших школу с золотой медалью очень часто вырастают безуспешные, малоинициативные и скучные люди. Это, с точки зрения эксперта, результат того, что всякую инициативу ребёнку обрубали, не давали «повалить дурака», не оставляя тем самым ему право собственного выбора. «Ведь ребёнок заболевает, когда хочет заболеть», – акцентировала внимание аудитории И.Обухова.

Наряду с этим в ходе конференции подчёркивалось пагубное влияние компьютера и Интернета на детей. Не рекомендовалось разрешать детям дошкольного возраста заходить в Интернет, а школьникам делать это самостоятельно без участия родителей.

Иван МАГЕР,
корр. «МГ».

Учебный центр инновационных медицинских технологий (УЦИМТ) Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова был создан совсем недавно – в 2011 г. За это время он приобрёл большую популярность среди клиницистов, которые хотят внедрять в свою практику новейшие достижения медицинской науки и современные технологии.

О становлении центра, достижениях и планах на будущее рассказал его директор, заведующий кафедрой клинической анатомии и оперативной хирургии УЦИМТ РНИМУ, кандидат медицинских наук, доцент Алексей ИВАНОВ.

– Алексей Анатольевич, как пришла идея создать на базе университета такой учебный центр?

– Можно сказать, идея витала в воздухе. Тогдашний ректор нашего вуза академик РАН Николай Володин уже в 2008 г. открывал подобный центр в Казани. А вот потребность нашего вуза в тренинговой площадке с клинической точки зрения обосновали ведущие наши хирурги – заведующий кафедрой общей хирургии и лучевой диагностики ПФ профессор Александр Сажин и профессор Алексей Гераськин, ныне покойный. Они буквально подтолкнули ректора к созданию такого учебного центра.

– От возникновения идеи до открытия прошло всего 4 месяца. Как удалось основать центр так быстро?

– Выделенное нам помещение не требовало капитального ремонта: были лишь поставлены перегородки, прорублены окна. Что касается оборудования, то оно было закуплено в рамках программы развития НИУ, и уже зимой 2010 г. начали приходить первые симуляторы – манекены.

– В программе УЦИМТ – множество различных обучающих направлений. По какому принципу определяется тематика каждого нового курса?

– Главный критерий – это востребованность. К примеру, на одном из новых тренингов врачи обучались методике эндоскопического лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Для российской медицины это новая технология, но есть хирурги, которые стремятся её внедрить. Посудите сами: в результате эндоскопического вмешательства в суставе делается лишь несколько 3-миллиметровых проколов для видеокamеры и манипулятора. Если же лечить патологию обычным методом, на лице пациента будет разрез 3-4 см. Конечно, они выбирают наименее травматичный вариант операции, и доктору этому учатся.

Пользуется большой популярностью направление «косметология», где медики на препарате изучают топографическую анатомию лицевого отдела. Также мы обучаем пластических хирургов, которые по роду своей деятельности работают с наиболее «экслюзивной» частью человеческого тела – лицом, которое не терпит даже малейших врачебных ошибок.

– Ваши курсы в основном рассчитаны на практикующих врачей. Имеют ли доступ к оборудованию студенты?

Новые подходы

На стыке теории и реалий

Симуляционные технологии – неотъемлемая часть медицинского образования



– Сам формат такого уровня подготовки изначально существовал только для докторов. В программу обучения студентов эндоскопическая хирургия не включена. Подобный курс преподаётся лишь в виде элективов для нескольких кафедр. Но мы уверены – студенты обязательно должны уметь работать на таком оборудовании, ведь в клиниках оно есть. Другое дело, что такие знания в собственной практике потребуются далеко не всем будущим медикам. Поэтому мы активно работаем со студентами, которые решили связать свою профессию с эндохирургией. С 2011 г. у нас открыт кружок, где будущие доктора практикуются в различных эндохирургических направлениях.

– В чём заключается главный принцип работы центра?

– Благодаря руководству РНИМУ, которое практически всегда идёт нам навстречу, мы самостоятельны и имеем определённую свободу действий. Главный принцип нашей работы – оперативность. Если к нам пришла заявка от врача, желающего пройти курс, его должны зачислить не позднее, чем через неделю. Поэтому УЦИМТ и самооплачивается. Современные реалии диктуют нам принцип работы, ведь конкуренция в отрасли очень большая.

– На ваш взгляд, чем УЦИМТ отличается от других подобных учебных центров?

– За прошедшие 5 лет наш центр буквально «напитался» не только уникальным оборудованием, но и талантливыми лекторами. На сегодняшний день у нас открыты два прекрасных операционных зала. Хирурги имеют возможность работать с максимально разнообразным

теперь это настоящая команда единомышленников. Наряду с профессионализмом для нас очень важны личностные качества человека: порядочность, честность, доброта, увлечённость своим делом.

В проекте «Университетские субботы», в котором мы прини-

– Я думаю, плоды нашей работы видны всем. Отдельно хотелось бы сказать о таком направлении работы, как межуниверситетские олимпиады по эндохирургии. Следует отметить, что олимпиады как вид проверки профессиональных навыков будущих докторов были созда-

маем участие уже третий сезон, активно задействованы кружковцы. Ведь чем ближе участники проекта к гостям – по возрасту, внутреннему ощущению, интересам, тем лучше они друг друга понимают.

– РНИМУ уже дважды становился лидером просветительско-образовательного проекта для школьников, студентов и взрослых «Университетские субботы». Будущие абитуриенты с нетерпением ждали, когда они вновь окажутся на занятиях в УЦИМТ. В чём секрет такого успеха?

– Этот проект всем участникам команды приносит большое удовольствие, несмотря на то, что нужно работать в субботу. Подготовка проводилась приблизительно так: в течение недели нужно было создать сценарий, закупить расходные материалы. Но ведь мы всю неделю работали: проводили курсы, решали разные вопросы, поэтому свободного времени было мало. К четвергу появлялась концепция субботнего занятия, а вечер пятницы был сумасшедшим – своими руками делали антураж, двигали мебель, подбирали костюмы. Получалось интересно: по сценарию мы во многом импровизировали, но занятия с использованием 3D – и презентационного оборудования стали традиционными.

Хочу отметить очень большую отдачу от этого проекта: каждый из нас понимал, что все знания, которые мы даём молодым людям, запомнятся надолго. Секрет этого, по моему мнению, состоит в новизне и необычности: представьте, что вы впервые приходите в операционную, работаете с настоящим препаратом или знакомитесь со сложным материалом, надев 3D-очки. Конечно, это производит глубокое впечатление. Это разглядел и Департамент образования Минздрава России, поэтому наше лидерство в проекте «Университетские субботы» вполне заслуженно. А секрет успеха прост – это команда плюс желание работать.

– Первая «пятiletка» – время для подведения итогов. Как вы оцениваете свою работу за этот период?

ны в нашем вузе, на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии, которую возглавлял профессор Владимир Владимиров. Благодаря инициативе Владимира Гавриловича и профессора той же кафедры Светланы Заринской студенты пробовали свои силы в новом для них виде проверки знаний. Для нашего вуза олимпиада – это не только дань традиции, но и символ престижа. Мы стараемся хранить традиции, заложенные нашими учителями. На наши олимпиады по эндохирургии приезжают молодые медики со всей России.

– Чем центр планирует заниматься в ближайшие годы?

– Мне как директору УЦИМТ очень нравится научное направление, по которому движется наша alma mater – РНИМУ. Без свежих экспериментальных научных исследований, новых технологий, оборудования нет будущего. Хочется, чтобы и наш центр активно вёл исследовательскую работу. Для этого у нас созданы все условия. Всё идёт к тому, что мы будем не только обучать, но и проводить научные эксперименты. Нарботки, созданные в стенах УЦИМТ, будут введены в обучающую программу для врачей, которые начнут внедрять их в свою клиническую практику. Я считаю, это правильный вектор развития, которого мы будем придерживаться.

– Лично для вас УЦИМТ – это?..

– В первую очередь для меня это был первый опыт руководства отдельным структурным подразделением нашего университета. Конечно, были сложности, но, лишь пройдя через них самостоятельно, можно научиться их преодолевать. Я знаю здесь каждый сантиметр площади, каждую деталь оборудования. В центре я могу быть и преподавателем, и техником, и разработчиком программ, и администратором. Прошло всего 5 лет, а у меня ощущение, будто я занимаюсь УЦИМТ всю жизнь.

Беседу вела
Ольга СЛАСТИКОВА.

Сотрудничество

Новосибирский клинический центр крови получил лицензию на заготовку гемопоэтических стволовых клеток (ГСК). Таким образом, теперь жителям региона, на кровь которых поступил запрос из Всероссийского регистра доноров стволовых клеток, можно будет пройти процедуру донорства непосредственно в Новосибирском центре крови.

По словам главного врача НКЦК Константина Хальзова, данное событие – ещё один большой шаг вперёд на пути создания в

Дистанция должна сокращаться

России оптимальной системы оказания высокотехнологичной медицинской помощи методом трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

– Мы приблизились к идеальной модели, когда в стране есть не только крупные трансплантирующие центры, но и региональные либо межрегиональные пункты заготовки гемопоэтических стволовых клеток. В частности, Но-

восибирский центр крови готов взаимодействовать в этом плане с Красноярским краем, Кемеровской областью и другими субъектами Сибирского федерального округа, которые будут развивать у себя программу донорства ГСК. Доехать на процедуру донорства стволовых клеток из Красноярска до Новосибирска значительно проще и дешевле, чем до Москвы или Ки-

ровку по заготовке ГСК в ведущих гематологических центрах страны. Что касается доставки полученного биоматериала в трансплантирующую клинику – в основном это Москва и Санкт-Петербург, – с этим также проблем не возникнет, учитывая, что Новосибирск является крупным транспортным узлом. Лицензию на транспортировку стволовых клеток региональный Центр крови также получил.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Годовая бухгалтерская отчётность Фонда «Российское здравоохранение»		Форма № 6	
		III. Отчёт о целевом использовании полученных средств Фонда «Российское здравоохранение» за 2015 год (тыс.руб.)	
I. Общие сведения		Показатели	За отчётный год
ИНН 7703141061, КПП 770301001		Остаток средств на начало отчётного года	21564
Государственная регистрация: зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 30 ноября 2001 г., свидетельство: № ЮР-33. Внесено в Единый государственный реестр юридических лиц 9 января 2003 г. за основным государственным номером 1037739035839		Поступило средств	
		Гранты, пожертвования	16518
		Прибыль от полученных процентов	2
		Доходы от предпринимательской деятельности	64
		Прочие	1081
		Всего поступило средств	17665
		Использовано средств	
		Расходы на целевые мероприятия в том числе:	(6395)
		социальная и благотворительная помощь	(0)
		проведение конференций, совещаний, семинаров	(0)
		Иные мероприятия	(6395)
		Расходы на содержание аппарата управления	(14010)
		в том числе:	
		расходы, связанные с оплатой труда (включая начисления)	(12377)
		выплаты, не связанные с оплатой труда	(0)
		расходы на служебные командировки и деловые поездки	(0)
		содержание помещений, зданий, автомобильного транспорта и иного имущества (кроме ремонта)	(1186)
		ремонт основных средств и иного имущества	(19)
		прочие	(428)
		Приобретение основных средств, Инвентаря и иного имущества	(0)
		Прочие	(7265)
		Всего использовано средств	(27670)
		Остаток средств на конец отчётного года	11559
		Генеральный директор Фонда «Российское здравоохранение» А.А.Марков И.о. главного бухгалтера А.А.Рамченко	
		Достоверность бухгалтерской отчётности Фонда «Российское здравоохранение» подтверждена аудиторской фирмой ООО «РТФ-Аудит»	
		Номер в Реестре аудиторов и аудиторских организаций 10303001291. ОГРН 1027722007268	
		Аудиторское заключение от 21.09.2016 г.	
		Директор ООО «РТФ-Аудит» Г.Н.Неверов	
II. Бухгалтерский баланс Фонда «Российское здравоохранение» за 2015 год (тыс. руб.)			
Форма № 1			
Актив		На конец года	
I. ВНЕОБОРОТНЫЕ АКТИВЫ			
Основные средства		474	
Отложенные налоговые активы		0	
Итого по разделу I		474	
II. ОБОРОТНЫЕ АКТИВЫ			
Запасы		0	
Дебиторская задолженность		8835	
Денежные средства		2736	
Прочие оборотные активы		0	
Итого по разделу II		11571	
БАЛАНС		12045	
Пассив		На конец года	
III. КАПИТАЛ И РЕЗЕРВЫ			
Целевое финансирование		11559	
Добавочный капитал		474	
Итого по разделу III		12033	
IV. КРАТКОСРОЧНЫЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА			
Займы и кредиты		0	
Кредиторская задолженность		12	
Итого по разделу V		12	
БАЛАНС		12045	
Справка о наличии ценностей, учитываемых на забалансовых счетах			
Обеспечение обязательств и платежей полученные		0	
Обеспечение обязательств и платежей выданные		0	
Износ основных средств		474	
Генеральный директор Фонда «Российское здравоохранение» А.А.Марков И.о. главного бухгалтера А.А.Рамченко			

Igeu

Без похмелья

Профессор Дэвид Натт из Имперского колледжа Лондона (Великобритания) считает, что в недалёком будущем альтернативой традиционному алкоголю станет синтетический. Люди, употребляющие такой напиток, ощутят всё то положительное, что обычно сопровождает приём алкогольных напитков – улучшение настроения, раскрепощённость и эйфорию. А вот симптомы похмелья: головной боли, сухости во рту и других неприятных ощущений после принятия алкоголя удастся избежать.

Профессор Натт утверждает, что любители алкоголя смогут употреблять свои любимые напитки в беспохмельном варианте,

не боясь навредить своей печени и сердцу. Он уже разработал и запатентовал более 90 вариантов «антипохмельного» вещества, которое можно будет добавлять к традиционным алкогольным напиткам. Одни из них совершенно безвкусны, а другие могут придавать алкоголю специфические вкусовые оттенки.

Для того чтобы создать такое соединение, профессор Натт и его коллеги изучили, каким образом алкоголь влияет на головной мозг. После этого они синтезировали вещество, имитирующее это влияние, но не вызывающее неприятных последствий.

Британский учёный считает, что к 2050 г. весь алкоголь будет заменён на беспохмельный, так как «люди хотят употреблять более здоровые напитки». Это поможет

справиться с проблемой алкоголизма, считают учёные, поддерживающие Д.Натта, отмечая, что употребление алкоголя является одной из ведущих причин смерти наряду с ожирением и курением.

Эксперименты по созданию синтетического алкоголя уже проводились в 2011 г. – тогда использовался бензодиазепин. Профессор Натт же заявил, что в созданных им веществах бензодиазепин не содержится, но о том, какова их структура, предпочёл умолчать.

Отдельно отметим, что до 2009 г. Д.Натт занимал должность государственного советника по лекарственным средствам. Он был уволен с этого поста после публикации колонки в журнале Journal of Psychopharmacology, в которой он, помимо всего прочего, утверждал, что употребление экстази не опаснее, чем езда верхом.

Алина КРАУЗЕ.
По сообщению The Independent.

Исследования

Оценка уровня метилирования ДНК, то есть изменения её молекулы путём присоединения к ней метильной группы, даст возможность разработать новые методы диагностики болезни у курильщиков.

Учёные проанализировали данные 16 исследований с участием в общей сложности около 16 тыс. человек. У курящих они обнаружили ряд изменений, связанных с процессом метилирования ДНК.

Что меняет ДНК?

Большинство изменений были обратимыми. Если человек бросал курить, многие гены восстанавливались в течение 5 лет. Однако некоторые изменения сохранялись и спустя 30 лет после отказа от курения. Известно, что метилирование ДНК, связанное с курением, повышает риск серьёзных проблем со здоровьем, таких

как рак и сердечно-сосудистые заболевания.

По мнению учёных, необходимы дальнейшие исследования. Они позволят более подробно разобраться в причинах происходящего.

Кирилл ОРЛОВ.
По материалам Medikforum.



14 – 17 НОЯБРЯ 2016
ДЮССЕЛЬДОРФ ГЕРМАНИЯ

требуется
онлайн-
регистрация

www.medica-tradefair.com

ВСЕМИРНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

Ежегодно в ноябре MEDICA предоставляет исключительный опыт специалистам со всего света. На всемирном медицинском форуме широкий ассортимент своей продукции предлагают свыше 5000 экспонентов. Воспользуйтесь преимуществами выставки MEDICA и предлагаемым на ней ассортиментом продукции именно для Вашей сферы деятельности.

НЕ ОСТАВАЙТЕСЬ В СТОРОНЕ!



000 «Мессе Дюссельдорф Москва»
Тел.: +7 495 955 91 99 (доб. 202 или 648)
PikulevaE@messe-duesseldorf.ru

www.messe-duesseldorf.ru

Basis for
Business

Messe
Düsseldorf

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного
округа – Югры «Советская районная больница»
СРОЧНО

требуется для временного или постоянного
трудоустройства ВРАЧ-НЕФРОЛОГ
(в центр амбулаторного диализа).

Предоставляется служебное жильё, социальный пакет согласно
ТК РФ, заработная плата договорная.

Контактные телефоны:

8 (922) 433-93-03 – главный врач Антонов Владимир Валентинович
8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом.

Официальный сайт: [совбольница.рф](#)

Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский 628240, ХМАО –
Югра (местность приравнена к району Крайнего Севера).

Резюме направлять по адресу: sovhospital@совбольница.рф

Более подробную информацию о нашем учреждении можно
получить на официальном сайте [www.совбольница.рф](#)

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного
округа – Югры «Советская районная больница»
СРОЧНО

требуется для постоянного трудоустройства
АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ.

Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 – заведующий хирургическим отделением.

Официальный сайт: [совбольница.рф](#)

Адрес: ул. Гагарина, д. 62/а, г. Советский 628240,
ХМАО – Югра (местность приравнена к району
Крайнего Севера).

Резюме направлять по адресу: sovhospital@совбольница.рф

Более подробную информацию о нашем учреждении
можно получить на официальном сайте [www.совбольница.рф](#)

Почему бы и нет?

Лазер из медузы

Исследователям из Шотландии и Германии удалось создать уникальный поляритонный лазер, который способен работать при комнатной температуре. Существующие в настоящее время аппараты функционируют при температурах ниже – 70°С, что, конечно, неудобно на практике, особенно при изучении биологических объектов.

Около 10 лет назад учёным уже удалось создать лазер, работающий при 26°С, в новой разработке нитрид галлия, который использовался в качестве рабочей среды, заменили на белок медузы.

Флюоресцирующий белок выделен из медузы Aequorea victoria. Ген, ответственный за продукцию этого белка, был модифицирован и помещён в геном бактерий. Это

позволило увеличить его флюоресценцию, а также нарабатывать большие количества белка. Поместив белковые цилиндры между двух слоёв отражающего материала, учёные сконструировали лазерный резонатор.

Появление компактного и эффективного лазера существенно расширит область применения этого инструмента – его можно будет использовать для внесения флюоресцирующих меток в опухолевые и другие клетки. Подобное мечение широко применяется в молекулярной биологии – исследователи получают возможность следить за процессами, происходящими в клетке, наблюдая за перемещениями меченных клеток.

Ян РИЦКИЙ.
По информации [livescience.com](#)

После перенесённых практически подряд двух инсультов и инфаркта на 94-м году жизни скончался Шимон Перес, патриарх израильской политики, с именем которого связана современная история не только еврейского государства, но и всего Ближнего Востока.

Ш.Перес – 9-й президент Израиля, занимавший этот пост с июля 2007 по июль 2014 г. Со 2 января 2013 г. и до конца жизни он являлся старейшим действующим главой государства на планете. Он дважды возглавлял правительство, занимал различные министерские посты, с 1959 по 2007 г. был депутатом кнессета (парламента Израиля).

Отвечая на вопрос о своём политическом и человеческом долголетии, израильский лидер привёл в пример своих предков, многие из которых перешагивали вековой рубеж. К сожалению, большинство из родственников Ш.Переса, настоящее имя и фамилия которого Семён Перский, погибли в огне Катастрофы европейского еврейства во время Второй мировой войны. Будущий знаменитый израильский политик родился 2 августа 1923 г. в белорусском местечке Вишнево, входившем тогда в Новогрудское воеводство Польши. Дома говорили на идише, иврите и русском, а его мать работала библиотекарем и учительницей русского языка.

В 1934 г. юный Шимон переехал в Палестину, куда несколько ранее переехали его родители. Особенно часто Шимон вспоминал своего деда по матери Гирша Мельцера, раввина из знаменитой Воложинской династии, не успевшего последовать за своим внуком. Все евреи, взрослые и дети, мужчины и женщины, оставшиеся в Вишнево, были согнаны в синагогу и сожжены немецкими оккупантами и их приспешниками. Сколько бы прожили эти люди в случае спасения, никто не знает. Но известно, что один из прадедов Ш.Переса по материнской линии, родившийся ещё в конце XVIII века, скончался в начале прошлого. Следовательно, генетикой долгожителя Шимон Перес, скорее всего, обладал. В беседах с молодёжью он однажды посетовал, что в течение почти двух десятков лет курил. Хотя более пяти сигарет в день никогда не выкуривал.

И тем не менее сам знаменитый

Имена и судьбы

Он и после смерти ещё послужит народу

Хотя и не выступит с речью на похоронах Билла Клинтона



долгожитель, как с точки зрения биологии, так и с позиции политики, однажды сказал: «Первый пункт моего рецепта долгой и плодотворной жизни – это постоянная занятость. Я рекомендую никогда не брать отпусков, так как самое интересное в жизни – работа». Второй пункт его рекомендации таков: «Никогда не лгите и никогда не переставайте дерзать. Всё проходит, но мораль остаётся вовеки». И ещё его же: «Лучше быть честным, чем богатым».

Девятый президент Израиля не получил высшего образования, он окончил сельскохозяйственную школу в поселении Бен-Шемен и там же начал свой трудовой путь. В этом поселении он познакомился с молодой репатрианткой с Украины, своей одногрудкой Соней Гельман, которая умерла пять лет назад. Супруги прожили счастливую долгую жизнь, вырастив троих детей. Их дочь Цвия (Цики) Вальден – профессор в области психологии. Её муж доктор Рафи Вальден многие годы являлся личным врачом своего тестя. Старший сын Ш.Переса Йонатан – агроном и ветеринар. Младший – Неха-

мия – бывший военный лётчик, ныне бизнесмен. Шимон Перес был дедом шестерых внуков. Любопытное совпадение: именно после встречи с Соней у Шимона началась и политическая карьера.

Разумеется, и диетой Ш.Перес никогда не пренебрегал. Он признавался, что советуется с диетологами, хотя предпочитает средиземноморскую кухню. Подробное меню Ш.Переса в его бытность президентом было опубликовано в связи с открытием факультета здорового питания в Академическом центре его имени. В рационе Ш.Переса всегда было достаточное количество витаминов, антиоксидантов, волокон, растительных и животных белков при низком содержании холестерина. Любые сладости из своего рациона Ш.Перес исключал. Зато предпочитал творог, овощные салаты, рыбные блюда и зелёный чай.

Его работоспособность поражала. Только в последние пять лет в распорядке дня бывшего президента появилась средиземноморская «сиеста» – два с половиной часа дневного отдыха, включая сон. Несмотря на почтенный воз-

раст, будучи главой государства, он провёл более полутора тысяч дипломатических встреч, дал более 1000 интервью, присутствовал на более 700 различных мероприятиях, посетил более 200 городов в различных странах мира. «Жизнь – это подарок, – говорил Перес, – а долгая жизнь – это ещё и сюрприз, которым лично я не устаю удивляться».

Резкое ухудшение здоровья патриарха израильской политики произошло 13 сентября, после его полуторачасового выступления («без бумажки») на одном из форумов. Шимон Перес пожаловался на резкую головную боль. Его немедленно доставили в Медицинский центр «Тель ха-Шомер» в Тель-Авиве и поместили в палату интенсивной терапии. Состояние Ш.Переса оценивалось как стабильное, он находился в сознании. Последствием инсульта стало кровоизлияние в мозг. Врачи подключили его к аппарату искусственной вентиляции лёгких и ввели в состояние искусственной комы.

Однако усилия врачей оказались тщетными, хотя Ш.Перес боролся за жизнь до конца. Даже знаменитая израильская медицина далеко не всегда способна творить чудеса. 27 сентября медики констатировали резкое ухудшение состояния бывшего президента, зафиксировав почечную недостаточность и другие негативные признаки. Родных пригласили попрощаться с умирающим. В 2 часа ночи 28 сентября человек, которого можно назвать «последним могиканином» израильской политики, ушёл из жизни.

На специальном заседании правительства, посвящённом памяти Ш.Переса, премьер-министр

Биньямин Нетанияху сказал: «Как дальновидный политик он смотрел в будущее. Как человек, радеющий за безопасность государства, он укреплял его мощь. Как человек мира он до последних дней работал над тем, чтобы примирить нас с соседями, и действовал во благо будущего». Ш.Перес служил своему народу при жизни. И после смерти тоже. Он завещал свои роговицы для пересаживания нуждающимся.

Насыщенностью жизни политического долгожителя Шимона Переса поражались многие. На празднование его 90-летия, которое широко отмечалось в Израиле, прибыло немало действующих и бывших политических деятелей. Американский экс-президент Билл Клинтон, поднимая тост за здоровье юбиляра, тогда в шутку сказал: «Вы ещё выступите с речью на моих похоронах». Несомненно, подтекстом тоста Клинтона служило знаменитое еврейское пожелание «Ад меа вээррим!» – «До ста двадцати!» Иногда юмористы, знающие эту еврейскую здравицу, желали «до ста девятнадцати», объясняя недостойный год просто: «На похоронах можно сказать, что покойный рано покинул бренный мир». И действительно, обозревая жизнь такого великого человека, как Шимон Перес, несмотря на его совсем не короткую по обычным человеческим масштабам жизнь, трудно уйти от мысли, что он ещё мог бы жить. Не прожитыми остались без малого 27 лет! И ведь ушёл патриарх ближневосточной политики почти мгновенно. Как праведник! Накануне Нового года по иудейскому календарю.

Захар ГЕЛЬМАН.

Иерусалим.

Однако

Гены алкоголизма

В Государственном университете Вашингтона (США) учёные нашли способ сократить потребление алкоголя у животных, исследовав предварительно, каким образом этанол влияет на нервные клетки мозга. Они выяснили с помощью опытов на специально выведенных мышах, что количество потребляемого алкоголя зависит от того, как он действует на моторные функции. Исследователи во главе с Дэвидом Росси опубликовали статью о финальной стадии эксперимента.

В ходе научной работы учёные выявили механизм, который работает в тех случаях, когда особь принимает решение, употреблять ли ей дальше алкоголь, или уже пора остановиться. Этот механизм задействует лаброциты, расположенные в мозжечке – на них находятся особые протеины, рецепторы ГАМК-А (ГАМК – гамма-аминомасляная кислота). Эти протеины играют роль регуляторов для электрических сигналов, которыми обмениваются нейроны. Когда рецепторы ГАМК-А активируются (например, с помощью бензодиазепинов, применяемых при лечении эпилепсии), они снижают возбудимость нервных клеток.

Именно таким образом на орга-



низм влияет алкоголь – активируя соответствующие протеины и делая нервные клетки менее возбудимыми, он уменьшает уровень тревожности, стирает социальные запреты, оказывает действие на речь и движения человека. Если выпивший человек говорит невнятно, покачивается и спотыкается – значит, в его мозжечке заработал механизм, открытый группой Д.Росси.

Однако на мозг разных людей и животных алкоголь действует

по-разному. В 2013 г., когда доцент Д.Росси ещё не перешёл в Вашингтонский университет из Орегонского университета здоровья и науки (США), он вместе с другими сотрудниками нашёл гены, ответственные за потребление алкоголя и реакцию на него со стороны рецепторов ГАМК-А лаброцитов.

На основе этого были специально выведены две мыши с разной реакцией на алкоголь – одна из них, мышь D2, останавливалась

после эквивалента 1-2 рюмок алкоголя (1 рюмка = американский drink = 15 мл чистого спирта) и больше не пила, вторая, мышь B6, соответственно, не останавливалась даже после порции, в 3 раза большей, чем у мыши D2.

При этом особь D2 после своей дозы с трудом могла держаться на ногах, если её ставили на вращающийся цилиндр, а B6 полностью сохраняла моторные навыки и могла свободно двигаться. Д.Росси добавил, что количество алкоголя, употреблённое мышью B6, если бы она была человеком, было бы уже выше того, при котором разрешено садиться за руль.

Сейчас, в своей новой работе, доцент Д.Росси вместе с коллегами из Государственного университета Вашингтона попробовали ввести мыши B6 в мозжечок лекарство, действие которого было аналогично действию алкоголя на мозг мыши D2. Эксперимент прошёл успешно – особь при «встрече» с алкоголем повела себя так же, как её менее пьющий собрат, то есть вовремя остановилась. Таким образом, заявил ведущий автор исследования, на основе их научной работы появилась возможность разработать новый способ сократить количество потребления алкоголя, у которого потенциально будет меньше побочных эффектов, чем у уже существующих.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По материалам
Journal of Neuroscience.

Взгляд

Альтернатива для ЭКО

Обычно при проведении ЭКО применяются 4-недельные курсы гормональной терапии. Но теперь учёные говорят, что курс можно сократить до 3 дней. Они сделали такой вывод, исследуя возможности фактора роста – кумулина. Его, к сожалению, получают только в двух лабораториях во всём мире.

Итак, тесты с человеческими яйцеклетками показали эффективность подхода (производилось на 50% больше яйцеклеток вследствие нового типа стимуляции яйцеклеток). Специалисты хотели максимально восстановить природные процессы, которые происходят во время созревания яйцеклеток.

Оказалось, с помощью фактора роста возможно повысить качество яйцеклеток и увеличить число получаемых в итоге эмбрионов, почти не используя лекарства. Применяются безопасные природные факторы роста, выделяемые в норме самой яйцеклеткой. Ещё одно отличие от стандартной ЭКО-терапии: как правило, гормонами стимулируют рост яйцеклеток, а потом их изымают из яичника. С новой технологией яйцеклетки забирают намного раньше. Дозревают они уже в лаборатории.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам The Australian.

Ярославль считается неофициальной столицей Золотого кольца русских городов. Соответственно этому обстоятельству сформировался привычный круг достопримечательностей города, о коих можно говорить долго и с удовольствием, но речь пойдёт не о них.

Доктор из Бутусовского посёлка

В Ярославле есть микрорайон, который вот уже на протяжении 90 лет называется «Бутусовский посёлок» (прежде добавлялось слово «рабочий»). Жилой комплекс на бывшей Борисоглебской улице впервые в СССР был задуман концептуально – как образцовый «соцгородок», став одним из первых и весьма удачных опытов архитектурного конструктивизма, ещё не обретшего своих классических канонов, известных по ярким примерам конструктивизма московского. В Ярославле, задолго до строительства хрущёвских пятиэтажек, решалась проблема дефицита типового жилья. В отличие от домов 1960-х годов кирпичные здания Бутусовского посёлка основательны и прочны. Строительство началось в 1926 г. и благодаря энтузиазму заведующего губернским коммунальным отделом К.Бутусова уже через 2 года 5 домов были готовы. Зелёные дворы превратили посёлок в сквер, расположенный в пяти минутах ходьбы от центра города. Стоит войти сюда, как городской шум смолкает, уличная гарь улетучивается, суета остаётся позади. Расстояние между зданиями велики даже по нынешним временам, здесь просторно и удобно, между домами гуляет прохладный свежий сквознячок. Изначально дома планировались как трёхэтажные, но Бутусов, учтя массивность фундаментов, предложил один этаж добавить, и число квартир выросло на треть. Константин Иванович работал как каторжный: «Придешь к нему ночью – сидит, перед ним ворох бумаг. Работает до 3 часов ночи. А в 6 утра снова начинается его рабочий день».

В 1929 г., выбывая в Москве ссуду на строительство, Бутусов умер от инфаркта. Ему было 37 лет. Ярославцы решили: «Пять новых домов сложены не только из кирпича, но и из нервов товарища Бутусова. Мы считаем, что квартал новых домов и прилегающий к нему сквер должны получить его имя».

В одном из этих домов живёт психиатр Владимир Гаврилов – человек, в течение нескольких десятков лет собирающий артефакты ар бют – творчество так называемых аутсайдеров, психически нездоровых художников и мастеров наивно-го искусства. Войдя в его квартиру, я был поражён: сотни живописных работ стояли вдоль стен и висели на них, были прислонены к мебели, лежали на столах... Фонд этой домашней галереи сегодня настолько объёмен, что может поспорить со многими мировыми собраниями такого профиля.

Искусство аутсайдеров

Владимир Вячеславович рассказал мне о том, как он начал заниматься ар бют и собирать картины и рисунки, постепенно втянувшись в этот процесс настолько, что коллекционирование, видимо, можно считать делом жизни доктора. Но В.Гаврилов не просто коллекционирует эти работы. Каждая из них имеет свою историю, зафиксированную в его архиве. Здесь история жизни и болезни автора, обстоятельства возникновения артефакта, его скрытый смысл, возникающий из альянса объективных событий и субъективных переживаний... Психиатр занимается организацией выставок ар бют, пропагандой этого искусства в России, выпускает книги, для чего самостоятельно ищет меценатов, регулярно печатает статьи. Благодаря его усилиям в Ярославском государственном медицинском университете был организован музей творчества душевнобольных, значительную часть коллекции которого составили

работы, собранные В.Гавриловым. Он сыграл важную роль в судьбе творчества ныне очень известного ярославского художника-аутсайдера А.Лобанова, работы которого сейчас висят во многих мировых галереях ар бют. Гаврилов популяризировал его работы, сегодня узнаваемые с первого взгляда – настолько специфичен их стиль, ещё тогда, когда о них знал только медицинский персонал больницы, в которой А.Лобанов провёл практически всю жизнь. Владимир Вячеславович создал при психиатрической больнице

была живой. Чтобы можно было не просто устраивать вернисажи, но и вести исследовательскую работу: ведь искусству ар бют в XX веке многие выдающиеся художники и психиатры придавали большое значение, считая, что эта манера дала и ещё привнесёт в искусство много новых свежих нот». Действительно, идеолог сюрреализма А.Бретон и один из крупнейших европейских авангардистов П.Клее восхищались работами мастеров ар бют, изучали и коллекционировали их. Талант отдельных представителей этого направления (например, А.Руссо)

даруемое картиной, увидев-прочитав в нарисованном вечные истины, понять их простую этику, эту нехитрую мораль, говорящую: «Давайте восклицать, друг другом восхищаться», «На смену декаблям приходят январь...», «Каждый пишет, как он дышит...»

Наивные художники тоже твёрдо знают, что трава должна быть зелёной, а небо – синим (клеёнки Н.Пиросмани); что герой должен выглядеть прекрасным, а злодей – уродливым (картины Л.Пурыгина); что беречь честь и защищать Родину следует смолоду (работы

Золотого кольца, где, оказывается, есть не только величественные соборы и чудные улицы, на которых в любой момент можно снимать кино о XIX – начале XX века (стоит только заменить рекламные вывески и замаскировать фонари): панорамы едва ли не каждого переулка в обе стороны – аутентичны и никогда не надоедают.

Коллекция В.Гаврилова могла бы быть ещё одним брендом города, став не только музеем, но и тем интеллектуально-культурным средоточием, вокруг которого логично выглядели бы научная лаборатория,

Сокровенное

Человек, дающий свет

Ярославский психиатр Владимир Гаврилов собрал уникальную коллекцию живописи психически больных художников



В.Гаврилов

Ярославля клуб «Изотерра», где на протяжении многих лет занимался арт-терапией, ещё тогда, когда этот метод был далеко не в фаворе.

Гаврилов долго и интересно рассказывал мне о своей трактовке искусства аутсайдеров, и изредка в его словах проскальзывала, как мне показалось, горечь. В течение многих лет он сам, практически в одиночку, занимается реставрацией всех этих работ, их хранением, оформлением и остеклением, возит их на выставки, таская вверх-вниз тяжёлые и громоздкие чемоданы по лестнице подъезда. Часто он вынужден брать в поездах-самолётах несколько мест, ибо его негабаритный груз не может быть свёрнут в трубочку или сложен вдвое. Его принимают за челночника, но к этому он уже привык. Он привык и к тому, что некоторые работы после выставок пропадают, многие из них портятся, рамки ломаются, а стёкла бьются. Но он снова стеклит эти рисунки и картины, реставрирует их, снова упаковывает чемоданы и снова везёт свою коллекцию на очередную выставку. Около сотни уже было – этих вернисажей.

«Мне хочется, чтобы коллекция была живой...»

Креативность Гаврилова в изобретении выставочных концепций удивительна. Например, на одной из экспозиций работы аутсайдер-арт висели рядом с иконами, изображающими русских святых юродивых Христа ради; на другой была представлена серия рисунков, сделанных психически больными по мотивам иконы Богородицы «Прибавление ума»...

Владимир Вячеславович печально говорит: «Конечно, я могу отдать все эти работы в городскую галерею. Их сложат в запасники, сделают выставки на 100-летие со дня моего рождения и 100-летие со дня моей смерти, этим дело и закончится. А мне хочется, чтобы коллекция

успели оценить такие мастера, как О.Ренуар и Г.Аполлинер. Всем любителям отечественного искусства известно имя Н.Пиросмани; любой венгр помнит имя Т.Костки-Чонтвари.

Исследования многочисленных и разнообразных взаимосвязей ар бют и модернизма начаты сравнительно недавно, и число загадок и версий растёт по мере того, как мы осваиваем это направление мировой культуры. Не ясно, каким образом малообразованные пациенты воспроизводят культурные мотивы мировой мифологии, о которых заведомо ничего знать не могли. Непонятно, почему «наивный художник» вместо того, чтобы воскопать ещё одну грядку с картошкой (что было бы объяснимо, хотя бы по той причине, что большинство людей так и поступает), садится к холсту для того, чтобы нарисовать свой огород, или волшебный лес, или красноречивый сельский праздник...

Лирическое отступление

Мне кажется, что работы художников-примитивистов напоминают стихи Б.Окуджавы. Его «Белый буйвол, и синий орёл, и форель золотая» так похожи на клеёнки Н.Пиросмани... Художественный приём поэта, напоминающий о картинах мастеров наивной живописи, можно узнать во многих его строках и образах: «Белая кобыла с карими глазами, с чёлкой вороною»; «красивый и отважный» Бумажный Солдат; Голубой Шарик; Циркачка, которая «...по проволоке ходила, махала белою ногой...» – из песенки «О Ваньке Морозове», и пр. Но простой изобразительный ряд поэта дополнен словами, облегчающими читателю задачу постижения настроения, мироощущения и этики автора. У наивных художников этические конструкции выглядят несколько примитивно: ими исполняются лишь краски. Задача зрителя – достроить ощущение,

А.Лобанова). Мастера ар бют оказались в стороне и от хитроумных экскурсий современной психологии, всё более напоминающих деятельность древнеримских авгуров, и от экзерсисов сервильной социологии, учитывающей в основном актуальность быстрого мгновения. Художники ар бют не заметили девиза XX века, призвавшего «Carpe diem!», сосредоточившись на вечности. Их мысли и чувства оказались не прописными банальностями, а вечными истинами. Не случайно же А.Бретон и Ж.Дюбуффе называли именно ар бют «истинно здоровым искусством». В то время как искусство устремлялось вглубь и ввысь, отрываясь от устоев, живопись примитивистов оставалась на Земле, напоминая людям о тех ценностях, хранителями которых они должны оставаться.

Интерес зарубежных искусствоведов, художников и психиатров к живописи ар бют велик. В нашей стране любопытство к этому искусству сравнительно молодо, но рынок ценителей работ художников аутсайдер-арт уже сформировался, что косвенно констатирует легитимность ар бют в ряду стилей и направлений мировой живописи. Проходят регулярные выставки, вызывающие резонанс, пишутся статьи, выходят монографии. Однако системное изучение ар бют в России носит, скорее, спорадический характер, осуществляясь за счёт таких энтузиастов, как В.Гаврилов.

Ярославль – город замечательных художественных традиций. Здесь хорошая картинная галерея, и её специалисты подходят к выставочной практике весьма креативно: одна из недавних экспозиций была посвящена огурцу в живописи. Есть здесь очень интересный музей современного искусства, сайт которого заполнен восторженными отзывами посетителей. Здесь был открыт первый в современной России частный музей Дж.Мостославского, где хранятся утюги, часы, колокольчики и прочий винтажный реквизит, милый сердцу и приятный для глаз. И для этого музея муниципалитет Ярославля выделил практически целую усадьбу на набережной: вокруг выставочных помещений выросли мастерская, маленький концертный зал, ресторанчик... В городе есть прелестный музей «Мой любимый мишка», где на полки усажены детские игрушки, в основном медведи, но есть тут и куклы, и винтажная мебель, и старые кофемолки... (Трудно переоценить значение этой экспозиции, благодаря которой люди привыкают ходить в музей с раннего детства). Невозможно не сказать о замечательных ресторанчиках с удивительным дизайном Я.Левина и его же городских граффити, одно из которых досконально воспроизводит старый план Ярославля. И всё это – то, что называется басурманским словом «бренд» столицы

клинический центр, психотерапевтический клуб... Но – помещения нет, работы остаются в Бутусовском посёлке прислонёнными к стене – до очередной выставки. Пока не видно и людей, стремящихся перенять эстафету Владимира Вячеславовича, продолжая перспективную научную деятельность, которая благородна не только в силу самого собирательства предметов искусства, но и потому, что имеет важное прикладное значение в психиатрии, помогая разрабатывать, развивать и применять принципы арт-терапии – всё более актуального метода реабилитации психически больных людей. Последователи доктора В.Гаврилова, возможно, живут где-то поблизости, но отсутствие перспектив направления, не вызывающего сугубого интереса чиновников, способно охладить пыл многих энтузиастов.

Между тем различные направления арт-терапии: от керамики и рисования до пескотерапии и психодрамы всё более доказательно демонстрируют свою эффективность в психиатрии. Возможно, арт-терапия не решает вопрос исцеления пациента (хотя описаны и такие случаи), но она даёт возможность больному человеку попытаться изменить положение дел, подняв его самооценку, повысив «качество его жизни», как говорят реабилитологи. У психически больного часто нет почти ничего – ни близких, ни работы, ни социальных связей, ни даже дома. Если его домом станет творчество, такой человек перестанет быть одиноким. Здесь выглядит уместной аналогия со спортсменами-паралимпийцами: выставка их работ – это спортивное состязание, но за участием в чемпионате стоят интенсивные тренировки, которые и составляют смысл жизни этих людей. Выставки важны, но повседневная работа – важнее. Именно она становится лекарством, давая оправдание бытию.

Рачительный и экономный буржуа, покидая комнату, всегда выключает свет, дабы счётчик не накручивал копейки. Но есть категория людей, стремящихся оставить свет в тех местах, где они побывали. Зажигая фонари над тёмными углами жизни, они помогают увидеть её более яркой и интересной, исполненной тайн, загадок, вопросов, нуждающихся в интеллектуальном поиске. Их называют просветители.

Зажигайте свет, покидая комнату, и тогда мы услышим, как кинто Н.Пиросмани, сидя за столом, поют «Грузинскую песню» Б.Окуджавы, разложив её на несколько голосов.

«А иначе, зачем на Земле этой Вечной живу?»

...Тем более что жизнь короткая такая...

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Никогда не забуду лето 1967 года. Во-первых, в том далёком теперь уже году я окончил школу и готовился поступать в мединститут, который оканчивал в то время мой старший брат. Во-вторых, пушкинское Болдино всегда было да и продолжает быть «портом приписки» для весьма интересных людей. И компания у нас подобралась в тот год отменная! Душой её был Валера Борода, неведомо откуда появившийся и неведомо куда исчезнувший осенью, средних лет седеющий брюнет. Многие в нём было по тем временам необычным. И борода. И одежда: потёртые джинсы, будёновка на голове... И репертуар. А без песен не обошлось ни один вечер. В основном бардовских: Окуджава, Визбор, Высоцкий...

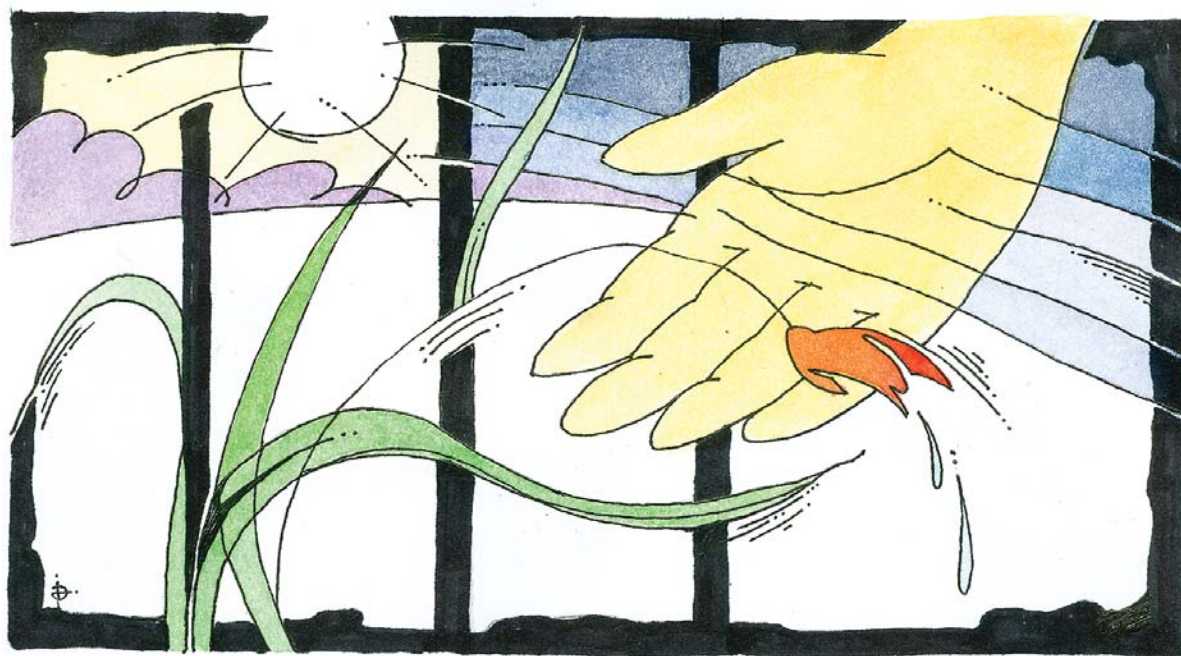
Штаб-квартирой у нас была вотчинная контора, из которой музей уже переехал в барский дом. Она не обрела ещё экспозиции и служила пристанищем для Валеры, находившегося в музее сразу при трёх должностях: экскурсовода, сторожа и завхоза.

Упомянув о репертуаре, я подошёл к главному. Эта песня была нашим гимном – «У лошади была грудная жаба». Ни до того, ни после я никогда и нигде её не слышал. Кто её написал, по сей день не знаю. Но пожал бы руку автору, да и принял бы с ним с удовольствием. Благодаря ему, а точнее его песне, я испытал такое блаженство!.. Но – по порядку.

В мединститут я поступил. Причём с первого раза. В отличие от брата, который стал студентом лечфака только с третьей попытки. Институт он окончил и долгое время работал в Свердловске сначала заместителем заведующего облздравотделом, потом главным врачом городской больницы скорой помощи. Семейную

А ещё был случай

«У лошади была грудная жаба»



династию продолжает его сын Сергей, которого называли в честь деда – нашего отца – Сергея Дмитриевича Чеснова, заслуженного врача России, четверть века возглавлявшего центральную районную больницу Болдинского района.

Мне же стать членом династии не пришлось. Понял, что не моё, ушёл с 3-го курса. Решил разобраться в себе и пошёл в армию.

Служить пришлось в сержантской школе. Спустя полгода курсант Чеснов стал младшим сержантом, был оставлен в школе, получил отделение новобранцев и приказ подготовить их к присяге. А это подразумевало и обучение строевой подготовке, включая прохождение с песней.

Вот тут-то я и вспомнил песню Валеры Бороды, потому что вся школа, готовясь к строевому смотру, горланила одно и то же: «Мы ракетчики-солдаты». А Валерина песня имела отличный строевой мотив, и я решил: почему бы и нет?

Ребята у меня в отделении подобрались голосистые. Все с Украины – моей Родины, кстати сказать. Когда я раздал им тетрадные листки со словами, они загоготали от восторга.

Тут пора и читателя посвятить в её содержание. Вот пара куплетов:

У лошади была грудная жаба,
А лошадь, как известно,
не овца,
И лошадь на парады
выезжала,

Носила она маршала в атаки,
И маршалу про жабу –
ни словца!
На ней он на парады
выезжал,
Страдал и сам от рака,
но, однако,
Он лошади про рака
не сказал.

Песня на этом, понятное дело, за канчивалась. Дальше было всё плохо: маршала сгноили в лагерях, лошадь от тоски сдохла... Но нас это не смущало. Уж больно удобно было под неё маршировать.

И вот до смотра и присяги остаётся дня три. Мои орлы маршируют на плацу, горланя эту самую песню... Я, довольный результатом, отдаю команды... И вдруг слышу:

«Сержант! Твою мать...» Обращиваюсь. Вижу: полковник Кантиев, командир соседнего полка. Далее: «Ко мне! Что поют твои раздол...» – «Песню, товарищ полковник!» – «Какую? В душу...» – «У лошади была грудная жаба» – «Какая жаба?! Твою...»

И впаял мне пять суток гауптвахты. «Губа» находилась у нас в небольшом перелеске. Когда старшина конвоировал меня туда, сказал с завистью и со знанием дела: «Отдохнёшь! Лычки у тебя есть – гонять не будут. Да ещё одиночка – вообще лафа! Выспишься!..»

Но выспаться мне не пришлось. Вся небольшая рощица была густо населена соловьями. Как они пели!.. Что они творили в эту ночь!.. И когда в зарешеченном окне забрезжил ранний июньский рассвет, я почувствовал, что по щекам моим текут слёзы... Со мной происходило нечто такое, чего ни раньше, ни позже я больше никогда не испытывал!

Никогда больше не пели так соловьи... Никогда...

Утром пришёл злой как чёрт старшина. Сказал, хватит мне курортничать! Амнистия! Потому что некому отделение вести на смотр. Но если я не хочу под трибунал загнать, то «лошадиную жабу» чтобы забыл напрочь.

На плацу в день присяги мои орлы пели: «Мы ракетчики-солдаты»...

Александр ЧЕСНОВ,
член Союза журналистов России.

Болдино
Нижегородской области.

Тип корпуса самолета	Брутто	Цинна-рин	Старин. кабард. танец	Наплыв на деревьях	Шумный успех	Гора (тюрк.)	Настоящая	Датский физик	Рукоять сабли	Материал из мочала	Слябинг	Городской сад	Родина Гауди	Командир собаки	Любовь Фисбы
Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа	Род цианобактерий
"Мазда", модель	Пушной зверь	Округ, Др. Египет	Персона ... грата	Борт судна	"Я ... знал", Тютчев	Давление	Мексик. астроном	Япон. биохимик	Гродно, река	Горно-деев	Гора (тюрк.)	Настоящая	Датский физик	Рукоять сабли	Материал из мочала
Техника рукоделия	Портон-ново	Барбюс, роман	Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли-ант	Гребное военное судно	Мангровая пальма	Авербух	Грызун	Древне-инд. бог огня	Щокур	Заслонка	Род войск	Крестный отец	Антилопа
Автомобиль	Скульптор ... Габо	Кетоко-назол	Иде-бенон	Мать Пера Гюнта	Фолли										