

Медицинская

20 мая 2015 г.
среда
№ 36 (7558)

газета®

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

Ориентиры

Надо привлечь надёжную смену

Такую цель поставили перед собой сургутские врачи



Что такое «искусственная почка»? Чем МРТ отличается от КТ? Как спасают жизнь при остром отравлении? Ответы на эти и многие другие вопросы в рамках дня открытых дверей узнали учащиеся одного из профильных лицеев в ходе знакомства с Сургутской окружной клинической больницей, её подразделениями.

Перед будущими врачами и медицинскими сёстрами с приветственным словом и рассказом о больнице выступил заместитель главного врача по организационно-методической работе Сергей Колесников. На вопросы о целевом направлении на учёбу и трудоустройстве ответила за-

Идёт очередное знакомство с Сургутской ОКБ

меститель главного врача по кадрам Людмила Аилой.

Самая зрелищная часть – экскурсия по отделениям Сургутской ОКБ. Школьники посетили кабинет МРТ, центр диализа, иммунологическую и ПЦР-лабораторию, барозал, реанимационно-анестезиологическое отделение.

Специалисты подразделений подробно рассказали будущим коллегам об особенностях работы, тонкостях и нюансах ведения больных, интересных фактах, касающихся своей деятельности.

Подобные интересные и полезные встречи уже вошли здесь в тради-

цию. Ежегодно молодые люди из средних учебных заведений города посещают Сургутскую окружную клиническую больницу. Такая профориентационная работа приносит свои ощутимые плоды. Школьники поступают в медицинские вузы по целевому направлению, чтобы по окончании учёбы вернуться в стены лечебного учреждения уже в качестве специалистов.

Анна МАРЧЕНКО,
внешт. корр. «МГ».

Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.



Николай ГЕРАСИМЕНКО,
первый заместитель председателя
Комитета Госдумы РФ
по охране здоровья:

С момента вступления в силу второй части антитабачного закона не прошло ещё и года, поэтому принимать сейчас какие-либо поправки, касающиеся смягчения или ужесточения закона, неправильно.

Стр. 5

Гаяне ТАМАЗЯН,
заместитель министра
здравоохранения
Московской области:

Наши специалисты обеспокоены тем, что импортозамещение может привести к ухудшению качества оказания медицинской помощи.

Стр. 6



Дмитрий ИВАНОВ,
директор Института перинатологии
и педиатрии Федерального центра
сердца, крови и эндокринологии
им. В.А.Алмазова, главный
неонатолог Минздрава России:

В России наблюдается эпидемия кесарева сечения, а оно – фактор риска развития не только пищевой аллергии у ребёнка, но и сердечно-сосудистой патологии.

Стр. 7



Особый случай

Уроки работа

Врачи НИИ детских инфекций ФМБА России с использованием уникального прибора роботизированной механотерапии поставили на ноги маленькую пациентку после тяжёлой нейтроинфекции.

У 8-летней Миланы, проживающей в городе Большой Камень Приморского края, возникло острое заболевание. Девочка перестала ходить.

После оценки ситуации руководитель ФМБА России Владимир Уйба принял решение организовать экстренную эвакуацию пациентки в специализированное учреждение – НИИ детских инфекций ФМБА России в Санкт-Петербурге.

Специалисты института направились в Приморский край для сопровождения

тяжёлой больной. Пациентка была госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии.

После проведённого лечения и ранней реабилитации произошло быстрое восстановление двигательных функций и функции тазовых органов. Этому помог уникальный прибор роботизированной механотерапии с адресной миостимуляцией и технологией биологической обратной связи. Иными словами, робот научил Милану заново ходить, восстановив проводимость сигналов от мышц до нервной системы и обратно.

В настоящее время ребёнок самостоятельно двигается, ходит и рисует.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Инициатива

Сахалинская медицина решает кадровый вопрос

Шестнадцати сотрудникам Южно-сахалинской станции скорой медицинской помощи выделили квартиры на льготных условиях. Новоселье состоялось благодаря соглашению между учреждением-работодателем и фирмой-застройщиком.

Согласно заключённым договорённости, служебные квартиры предоставляются в пользование работникам скорой помощи за весьма разумную сумму, включая коммунальные пла-

тежи, – в зависимости от площади жилых помещений. По истечении 5 лет возможен выкуп квартиры или продление сроков пользования.

Руководство учреждения не осталось в стороне – арендная плата производится за счёт средств работодателя. А вот коммунальные платежи будут лежать на совести сотрудников.

Толчком к поиску новых путей решения обеспеченностью жильём стала проблема серьёзной нехватки

медработников в Южно-Сахалинске. Кадровая укомплектованность на городской станции скорой медицинской помощи всего 50%. Основной состав – фельдшеры, но они пока не могут стать участниками данной программы, так как она рассчитана на привлечение врачей.

По словам главного врача станции Евгения Печеника, скорая помощь – это такой вид медпомощи, который оказывается преимущественно фельдшерами. На них ложится основной фронт работы. А значит, жилищный вопрос предстоит решать и для них.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.



МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ



ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

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

Новости

Заболееваемость снизилась в 20 раз!

52 тыс. жителей Кемеровской области (преимущественно детей) получили прививки против опасных инфекций в течение Европейской недели иммунизации, проходившей недавно.

Количество вакцинированных превысило среднестатистический показатель на 10% – благодаря тому, что во время акции в медучреждениях Кузбасса работали 27 дополнительных прививочных бригад. Основной акцент в работе медиков был сделан на индивидуальную работу с родителями детей, которые систематически не получают необходимых прививок. Также проводились лекции в женских консультациях и детских поликлиниках для беременных женщин и молодых матерей.

По данным Департамента охраны здоровья населения области, в целом охват детей прививками против управляемых инфекций по итогам прошлого года составил в Кузбассе 95%. Это превышает контрольный уровень. Вакцинация взрослого населения против столбняка, кори, краснухи и вирусного гепатита В соответствует нормативам. В результате заболеваемость гепатитом В, например, по сравнению с 2006 г. снизилась в Кемеровской области в... 20 раз!

С 2014 г. в регионе расширен спектр вакцинации: в перечень включены прививки против ветряной оспы, ротавирусной инфекции и вируса папилломы человека.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

Психиатры – онкологам

В Москве планируется проведение специального курса психиатрических программ для работы с онкологическими больными. Специалисты Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского будут читать лекции для своих коллег-онкологов. Об этом сообщил генеральный директор центра, главный психиатр Минздрава России Зураб Кекелидзе.

– К сожалению, в сознании общества прочно укрепилось, что рак – это смертельная болезнь. Однако это не так. Злокачественное новообразование – не приговор, и лечение есть. Поэтому так необходимо работать и с онкобольными, и с их родственниками напрямую. Через месяц мы подготовим программу для онкологов, – отметил З.Кекелидзе. – Эта программа будет включать в себя навыки психологической работы. Если врач видит, что раковый пациент вызывает признаки депрессии, беспокойства или у него появились суицидальные мысли и наклонности, то надо бить тревогу и передавать пациента в руки психиатров.

Нужно заметить, что психиатрам совместно с онкологами предстоит немало работы в сфере изменения сознания российского общества, потому как, действительно, рак – это уже давно не смертельно. И наряду с правильно подобранным лечением этого недуга огромную роль в лечении занимает психологический настрой пациента.

Алина КРАУЗЕ.

Москва.

Медали вручил сын академика

Сразу три сибирских хирурга награждены памятной медалью выдающегося омского хирурга академика РАМН Леонида Полуэктова. Эта награда учреждена в 2009 г. правлением Омского областного научного общества хирургов и вручается ученикам и последователям академика ежегодно на межрегиональных конференциях, посвящённых актуальным проблемам. На нынешней конференции высокой награды были удостоены доктор медицинских наук, заведующий отделением сердечной хирургии Омской областной клинической больницы Валерий Цеханович, заместитель главного врача Клинического медико-хирургического центра Минздрава Омской области, доктор медицинских наук, хирург-проктолог Владимир Зайцев и доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии Тюменского медицинского университета, заместитель главного врача Тюменской областной клинической больницы Борис Гиберт.

Памятные медали сибирским хирургам вручил сын Леонида Васильевича – заведующий кафедрой факультетской хирургии Омского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Владимир Полуэктов.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

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

Профилактика

На часах —
время быть здоровым
В Астрахани прошла акция «День сердца»

Специалисты Центра медицинской профилактики Астрахани показывают на ситуационных манекенах правила оказания первой медицинской помощи пострадавшим

В живописном месте, на набережной Волги для астраханцев были развёрнуты медицинские центры здоровья, оснащённые современным диагностическим оборудованием: передвижная поликлиника Александро-Мариинской областной клинической больницы, мобильный пункт заготовки крови областного Центра крови и передвижной флюорограф. Здесь же можно было проконсультироваться у эндокринолога, психолога, нарколога и получить рекомендации по здоровому питанию.

Девиз акции «Время быть здоровым!» как нельзя более точно отражает ситуацию, сложившуюся в Астраханской области на сегодня. Так, смертность астраханцев от болезней системы кровообращения по сравнению с 2005 г. снизилась на 23% – с 818,5 до 632,3 случая на 100 тыс. населения.

Год от года растёт число пациентов, получающих высокотехнологичную помощь. Так, в 2014 г. в Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии в Астрахани пролечено пациентов на 32% больше, чем в 2013 г. – 1844 человека, в том числе 135 детей.

Обращаясь с приветственным словом к участникам акции, а их было более тысячи, министр здравоохранения Астраханской области Павел Джувалыков сказал:

– Сегодня в регионе действуют специализированные сосудистые центры, оснащённые современным оборудованием и квалифицированными медицинскими кадрами, но очень важно, чтобы и люди понимали – за своим здоровьем нужно

Понятно, что всего лишь одной разовой акцией мероприятия по сбережению здоровья не начнутся и не заканчиваются: эта работа должна быть многоплановой и каждодневной. Так, в центре медицинской профилактики каждая



От желающих сдать анализ крови в этот день не было отбоя

следить, относиться к нему ответственно. Наши врачи встречаются с населением, чтобы неустанно напоминать о мерах по предотвращению сердечно-сосудистой катастрофы. Это отказ от курения и употребления алкоголя, здоровое питание и физическая активность в любом возрасте.

последняя пятница месяца – день открытых дверей, а каждая последняя среда месяца – день открытых дверей в областном кардиологическом диспансере.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Астрахань.

Перемены

Ярким примером государственно-частного партнёрства, социальной ответственности бизнеса стало создание первой детской поликлиники в Екатеринбурге, которая сможет бесплатно оказывать необходимую медицинскую помощь юным пациентам. В её открытии приняли участие губернатор Евгений Куйвашев и депутат Государственной Думы Александр Петров. Именно они были инициаторами создания этого объекта здравоохранения.

– Мы сможем «обкатать» здесь технологии, аппаратуру, методологию, чтобы в дальнейшем передать этот опыт и лучшие практики

Поликлинику строили сообща

в другие учреждения, – отметил Е.Куйвашев.

По словам А.Петрова, частные инвесторы выделили порядка 320 млн руб. на строительство и оснащение преимущественно оборудованием российского производства. Государство, в свою очередь, обеспечило вложения в инфраструктуру, телемедицину, методическую помощь, подготовку кадров.

В поликлинике размещены лечебно-диагностическое отделение, реабилитационный блок,

состоящий из дневного стационара, физиотерапевтического отделения, кабинетов ЛФК и массажа. Приятным дополнением является наличие игровой комнаты для самых маленьких пациентов. В здании создана многофункциональная лаборатория, приобретены цифровые рентгеновские аппараты последнего поколения и несколько современных аппаратов УЗИ. Важно, что некоторые медицинские услуги здесь будут оказывать взрослым. Так, во время проведения процедур малышам,

их мамы смогут посетить кабинет женской консультации, а папы – кабинет уролога.

Как пояснил главный врач Сергей Боярский, у жителей района будет возможность вызвать неотложную помощь, привести ребёнка на приём не только к участковому врачу, но и к узким специалистам, работающим по 16 направлениям, – хирургу, офтальмологу, эндокринологу, эпидемиологу, гематологу и другим. Всего в штате поликлиники 116 человек.

По предварительным подсчётам,

учреждение сможет ежедневно принимать до 375 человек. На данный момент к поликлинике прикреплено более 6200 человек, приём заявлений продолжается.

Следует отметить, что в рамках государственно-частного партнёрства в Свердловской области также создаётся сеть диализных центров, реализуется проект создания фармацевтического кластера, продолжится работа по привлечению частных инвесторов к строительству поликлиник, больниц и других социальных объектов.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Сотрудничество

На международный уровень

В Российско-Американском противораковом центре, созданном на базе Алтайского государственного университета, начался эксперимент по сравнению иммуносигнатур в образцах сыворотки крови пациентов с диагнозом рака молочной железы из России и США.

Данное исследование совместно проводят учёные АлтГУ, Алтайского краевого онкологического центра, а также Университета штата Аризона (США). Примечательно, что для участия в эксперименте приехал профессор Института биодизайна Университета штата Аризона Збигнев Чихач.

– Основная задача нашего эксперимента – сравнить образцы сыворотки крови российских и

американских больных раком молочной железы и тех, у кого нет этого онкозаболевания. Наши учёные собрали образцы крови двух данных групп людей в Алтайском крае – 60 онкобольных и 60 здоровых женщин, а в США две аналогичные группы пациентов подготовили специалисты Университета штата Аризона, – уточнил исполнительный директор Российско-американского противоракового центра АлтГУ Андрей Шаповал.

– Теперь, в ходе эксперимента, мы попробуем установить, возможно ли найти универсальную иммуносигнатуру для определения рака молочной железы, не зависящую от географических или социально-экономических условий.

Напомним, что технология иммуносигнатуры изобретена про-

фессором С.Джонстоном и его коллегами в Центре инновационной медицины Университета Аризоны (США). Меморандум о создании в Барнауле Российско-американского противоракового центра был подписан в июне 2013 г. С американской стороны в его создании участвуют учёные Аризонского университета, с российской – учёные Алтайского государственного университета, Алтайского государственного медицинского университета, специалисты краевого онкологического центра, а также учёные Института химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Сито!

100 строк на размышление

Помнить о своём интересе

Почему так выходит? Хотели как лучше, а получается как всегда. Сегодня в условиях борьбы для России и для нас необходимо пересмотреть всю нашу экономическую политику. Если мы будем продолжать двигаться прежним путём, мы никогда не достигнем ни цели, ни результата.

В средствах массовой информации и медицинских сообществах регулярно освещается работа медицинских учреждений, пытаются выяснить причины их неэффективности. Выводы делаются, как правило, одни и те же – недостаточная заработная плата и техническое обеспечение, бесконечные транспортные проблемы. Но не называется такой фактор, как мотивация труда, которая должна привести к приемлемой форме существования. Ведь человек может всё. Но ради чего?..

Сейчас в медицинских учреждениях существует система наемителя и наёмного работника, она даже закрепляется трудовым

договором. Однако это просто фикция. Такая система организации труда себя полностью исчерпала и не двигает производство вперёд. Вот, например, работа скорой медицинской помощи очень затратная, с постоянным ростом затрат. Вызов СМП стоит 2 тыс. руб., из них на содержание медика тратится около 200 руб., на водителя и того меньше, немного на оборудование и медикаменты. Главные и неоправданные расходы – это транспорт. Возьмём, к примеру, таксиста который эту же работу выполнит в разы дешевле и без проблем на содержание транспорта. И ещё пример – аутсорсинг, который во всём мире используется для эффективного разделения труда, то есть предприятие передаёт часть своего производства другой фирме, чтобы разгрузить себя и получить высококачественную и экономически выгодную услугу. На СМП так и поступили – заключили соглашение с автопредприятием на поставку для работы санитарного транспорта. Однако отсутствие контроля при-

вело к тому, что автопредприятие стало приписывать в счета всё мыслимое и немислимое, получились астрономические цифры, и всё было загублено как всегда.

Но вот новый пример разумного подхода к организации труда, где умеют считать деньги. Мэр Сингапура из своей зарплаты в 30 тыс. долл. выделяет средства на содержание водителя. Наше министерство разрабатывает и генерирует приказы в общем-то правильные, но контролировать их госструктуры не способны. Только лично заинтересованный человек доведёт всё до исполнения.

Необходимо, думается, санитарный транспорт передать в собственность тем же водителям, что позволит им оптимально организовать работу. Но контроль, в первую очередь, остаётся за медиками из бригады, они должны иметь из этого долю.

Алексей СТАРИЦЫН,
врач.

Посёлок Октябрьский
Белгородской области.

Официально

За лекарствами — контроль

Постановлением Правительства РФ устанавливается порядок регионального государственного контроля за применением организациями оптовой торговли, аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями и медицинскими организациями цен на лекарственные препараты, включённые в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Региональный государственный контроль на территории субъекта РФ производится органом исполнительной власти субъекта РФ, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ.

Соб. инф.

Криминал

Дорогие справки



Бывший руководитель бюро № 8 филиала Главного бюро медико-социальной экспертизы Вологодской области Н.Голодова признана виновной в злоупотреблении должностными полномочиями, служебных подлогах и получении взяток.

В ходе следствия было выяснено, что в период 2008-2013 гг. она брала взятки за установление и продление инвалидности без соответствующего медицинского обследования. Будучи сотрудником Бюро медико-социальной экспертизы, эксперт выдавала фальшивые справки. Что примечательно – среди «охотников» за инвалидностью с целью получения льгот и пенсий оказались и чиновники.

Согласно материалам уголовного дела, сумма взятки за получение инвалидности составляла от 3 до 100 тыс. руб. Всего, по оценке следствия, Голодова получила с использованием коррупционной схемы 1,5 млн руб.

Материалы уголовного дела составили 50 томов, было опрошено более 800 свидетелей, а также проведено около 40 обысков и назначено более 50 экспертиз.

Суд приговорил Н.Голодову к штрафу в размере 10 млн руб. с лишением права занимать определённые должности в государственных и муниципальных образованияах на 2 года.

Борис БЕРКУТ.
МИА Сито!

Вологда.

Подписка-2015

Продолжается подписная кампания

ПОДПИСКА-2015
ВТОРОЕ ПОЛУГОДИЕ

ОБЪЕДИНЕННЫЙ КАТАЛОГ

1 Российские и зарубежные газеты и журналы

2 Книжки и учебники

ПРЕССА РОССИИ

1 ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ
ТОМ

Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на второе полугодие 2015 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2015».

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

50075 – на месяц;
32289 – на полугодие.

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

Справки по телефонам: **8-495-608-7439,**

681-3596, 8-916-271-0813.

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

Выписывайте и читайте «Медицинскую» газету! Будет больше подписчиков – значит, громче будет звучать ваш голос в аудитории медицинского сообщества, мы вместе сможем не только лучше разобраться в сугубо медицинских, врачебных вопросах, но и весомее заявить о том, что для вас важно. Успехов – и до встреч на страницах старейшей врачебной газеты России!

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета											
(индекс издания)											
Количество комплектов											
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
Кому											
ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА											
на газету											
(индекс издания)											
Медицинская газета											
Стоимость	подписки	руб.		коп.		количество комплектов					
	переадресовки	руб.		коп.							
на 2015 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)											
Кому											

Ситуация

Поехал за рубеж — запасись здоровьем

Как обеспечить гарантии медицинской помощи российским гражданам за границей?

Госдума РФ рассматривает внесённый правительством проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части добровольного страхования имущественных интересов граждан Российской Федерации, выезжающих за рубеж».

**Оплатить лечение
поможет страховка**

Как сообщили журналистам в думском Комитете по финансовому рынку, он расширяет использование механизма страхования в качестве одной из форм обеспечения гарантии оплаты медицинской помощи, оказанной российским гражданам в стране временного пребывания. Это касается, в том числе, их медицинской эвакуации, а в случае смерти — репатриации тела в Россию.

Законопроект содержит минимальный перечень страховых случаев, при наступлении которых в соответствии с условиями договора страховщик обязан организовать и оплатить гражданину соответствующую помощь. В их числе — травмы, отравления, внезапные острые заболевания или обострение хронических болезней.

Кроме того, определены срок страхования и порядок вступления страхового договора в силу. Договор должен быть заключён на весь период временного пребывания застрахованного лица за пределами РФ, а вступить в силу — после оплаты страховой премии, но не позднее даты пересечения таким лицом государственной границы РФ.

Минимальная страховая сумма по договору страхования, согласно законопроекту, составит не менее 2 млн руб.

При этом страховщики, утверждая свои правила страхования, вправе устанавливать больший объём медпомощи, большую страховую сумму, а также самостоятельно определять порядок взаимодействия застрахованного лица, страховщика и компаний, осуществляющих организацию



Где эта клиника, что спасёт меня?

оказания и оплаты медицинской помощи.

В законопроекте особо оговаривается, что при отсутствии полиса добровольного страхования российские туристы будут самостоятельно оплачивать расходы, связанные с оказанием медпомощи, репатриацией тел и эвакуацией.

Все указанные изменения предлагается внести в законы об организации страхового дела, о порядке выезда из РФ и въезда в РФ и об основах туристской деятельности.

**Общественники нашли
противоречия**

Слушания законопроекта прошли и в Общественной палате РФ, причём общественники увидели в нём немало противоречий и нестыковок.

— С одной стороны, закон устанавливает обязательные требования, которые должны содержаться в договорах страхования граждан, но, с другой стороны, он фактически устанавливает запрет на получение материальной помощи от государства тем гражданам, которые отказались от страховки, — заявила председатель Комиссии Общественной палаты РФ по развитию общественной дипломатии и поддержке соотечественников за рубежом Елена

Сутормина. Она также отметила, что в законе не обозначено, имеет ли право гражданин, заключивший договор со страховой компанией, ничего не платить медицинским организациям в стране своего пребывания, или он может рассчитывать только на возмещение уже понесённых им расходов.

— Это принципиально важный момент, потому что наши туристы сталкиваются с такими трудностями, которые делают практически невозможным возмещение потраченных ими средств, — заявила председатель Комиссии Общественной палаты РФ по общественному контролю, общественной экспертизе и взаимодействию с общественными советами Лидия Михеева. — Нам нужно понять, возможна ли при таком подходе компенсация на месте, а если нет, то сместить акцент обсуждения на механизмы получения возмещения понесённых расходов уже по приезде в Россию.

Помимо этого она выразила мнение, что закон по сути «ничего в имеющемся регулировании не меняет», кроме того, что устанавливается минимальный размер страховой компенсации в размере 2 млн руб. Закрывая заседание, Елена Сутормина подчеркнула, что законодательное регулирование страхования туристов необходимо, однако в обсуждаемом законопроекте есть целый ряд неоднозначных моментов, и он требует серьёзной доработки.

По мнению же правительства, предложенные им поправки позволят сократить случаи обращения в органы власти за оказанием помощи при наступлении страховых случаев, а также снизить нагрузку на бюджетную систему. Вице-премьер РФ Ольга Голодец, курирующая в правительстве социальные вопросы, поручила Минздраву и Минфину заняться заключением международных соглашений, устанавливающих взаимную возможность бесплатного оказания медпомощи с теми государствами, где случаи необходимости оказания помощи возникают наиболее часто.

Кто заплатит за лечение?

Закон в случае принятия вступит в силу по истечении 180 дней после официального опубликования. За это время потребуются внести соответствующие изменения в Положение об оказании помощи по страховым случаям гражданам РФ, находящимся на территории иностранного государства, Правила оказания услуг по реализации туристского продукта, Правила оказания экстренной помощи туристам, а также в постановление правительства о медстраховании российских граждан при выезде из РФ. Минздрав и Минфин должны решить также вопрос оплаты медицинской помощи россиянам, которые в период нахождения за рубежом нуждаются в её оказании по экстренным и неотложным показаниям или имеют противопоказания к транспортировке.

Минздрав России уже подготовил проект постановления правительства, которое позволит ведомству вносить авансовые платежи на лечение россиян за рубежом в размере до 100% от суммы контракта с медучреждением. Ранее ведомство из-за ограничения возможного аванса было вынуждено отказаться от контрактов с иностранными клиниками, готовыми принять пациентов из России.

— Проектом постановления вносятся изменения в Правила направления средств федерального бюджета на оплату расходов, связанных с лечением граждан Российской Федерации за пределами территории Российской Федерации, предусматривающие: перечисление средств в иностранной валюте на счёт, открытый иностранной организацией...; авансовые платежи в размере до 100% суммы контракта с иностранной организацией, — говорится в пояснительной записке к проекту документа.

Однако вступившее в силу с 1 января 2015 г. постановление о реализации бюджета на 2015 г. и плановый период 2016 и 2017 гг. не предусматривает аванс в размере до 100%. Этим документом устанавливается аванс только до 30% от суммы договора, если иное не предусмотрено федеральными законами и нормативными правовыми актами Правительства РФ. В сложившейся ситуации Минздрав России был вынужден отказаться от подписания двух контрактов, предусматривавших 100-процентную предоплату расходов, связанных с лечением российских граждан, и приостановить работу над тремя контрактами, которые были готовы подписать иностранные организации.

Из федерального бюджета на 2015 г. на финансовое обеспечение мероприятий, связанных с лечением россиян за пределами территории РФ, предусматривается выделить бюджетные ассигнования в размере 177 120 тыс. руб., лимиты бюджетных обязательств доведены в сумме до 159 408 тыс. руб.

Направление россиян на лечение за пределы территории РФ осуществляется в случаях, когда необходимая медицинская помощь не может быть оказана в условиях российских клиник из-за отсутствия или недостаточного опыта применения показанных пациентам методов лечения в связи с имеющимися у них заболеваниями.

— Граждане Российской Федерации, направленные на лечение за пределы территории РФ, — это в основном дети, нуждающиеся в трансплантации донорских органов (сердца или лёгких), неродственной трансплантации костного мозга с использованием в качестве предтрансплантационной подготовки специальных клеточных технологий, нейрохирургических вмешательствах... — говорится в пояснительной записке к проекту правительственного постановления.

Согласно документу, направления на лечение за пределы территории России за счёт средств федерального бюджета ожидают 11 пациентов, из которых 10 — дети.

**Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».**

Статистика

10% россиян считают себя абсолютно здоровыми, ещё 22% для сохранения своего здоровья регулярно проходят диспансеризацию. Таковы данные опроса, проведённого Всероссийским центром изучения общественного мнения в течение майских праздников. На вопросы социологов ответили 1,6 тыс. человек в 130 населённых пунктах нашей страны.

Примечательно, прежде всего, то, что значительно увеличилась доля респондентов, винящих самих себя в проблемах собственного здоровья. Такой ответ дали 47% опрошенных, что на

Там, где каждый десятый — здоров

7% больше, чем годом ранее. Чаще всего так отвечали молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет (52%), люди с высшим образованием (51%) и высоким достатком (54%).

Что характерно, почти четверть населения нашей страны (23%) выразили уверенность в том, что за плохим или неудовлетворительным состоянием их здоровья стоит низкий уровень квалификации врачей. Ещё 13% респондентов обвинили в этом «безразличное к гражданам

государство». Кроме того, 4 из 10 граждан России считают, что проблемы со здоровьем возникают из-за плохой экологической ситуации и только 7% респондентов связали ухудшение здоровья с плохими условиями труда.

Не обошлось и без поистине казуистических ответов: 4% опрошенных признались, что болезни развиваются в качестве кары за земные прегрешения. В шутку это было сказано или всерьёз, остаётся только гадать.

Тем не менее факт весьма и весьма любопытный.

Серьёзные сомнения вызывают следующие данные опроса: чтобы сохранить здоровье, не курят и не пьют 35% россиян. Такому образу жизни следуют 44% женщин и 24% мужчин из числа опрошенных. По сравнению с 2014 г. 28% опрошенных следят за рационом питания, а 24% обозначили себя как «занимающиеся спортом». Ещё 16% россиян следят за своим здоровьем при помощи просмотра

соответствующих телепередач, чтения медицинских газет, журналов и книг.

Повысилась и медицинская активность населения нашей страны: в случае болезни лишь 2 из 10 соотечественников стараются не обращаться на них внимания, а 27%, напротив, немедленно обращаются к врачам и соблюдают все рекомендации по лечению.

**Алина КРАУЗЕ,
МИА Сити!**

Москва.

Почтовое отделение № 74 – единственное, пожалуй, в Омске, где Национальный день донора считают таким же родным им праздником, как и свой профессиональный День российской почты. Что объясняется очень просто – в этом небольшом, но дружном коллективе работают сразу две женщины, которые знают не понаслышке, что такое донорство, потому что сами сдавали кровь для спасения людей много раз. Причём одна из них – оператор почтовой связи Светлана Костикова – почётный донор России.

Доноров, сдавших цельную кровь более 40 раз или её плазму свыше 60 раз, отмечают нагрудным знаком «Почётный донор». Он введён Указом Президиума Верховного Совета СССР от 24 июня 1944 г., и им награждались те, кто многократно делился своей кровью с ранеными бойцами Красной армии и гражданским населением, а ещё и привлекал к донорству своих близких, друзей, знакомых. На счету С.Костиковой донаций гораздо больше, чем положено для награждения, а сколько человек последовали её примеру – и счесть трудно. Но она редко появляется на людях с этой наградой: не любит выпячиваться, по её выражению.

– Светлана Юрьевна, а как вы стали донором? – поинтересовался я. – Тоже кто-то привлёк, или это у вас наследственное – от родителей?

– Да нет, доноров прежде в нашей семье не было. Наверное, потому, что в казахстанском городе Балхаше, где я родилась и окончила школу, про пункт переливания крови и не слышали. А после школы приехала в Омск, приобрела профессию оператора химической установки в местном профтехучилище и стала работать на заводе синтетического каучука. Всё складывалось очень хорошо. Встретила на заводе

Рядом с нами

Для донора нет чужих людей...

И в жизни их прежде всего должна отличать доброта



Почётный донор Светлана Костикова (слева) и её последовательница Алёна Кривун – операторы почтового отделения № 74 Омска.

свою любовь, Пётр там же работал механиком, вышла замуж, получили квартиру. А в 1986 г. на нашем заводе случилась трагедия – взорвался цех, и вся смена – молодые девчонки! – погибла. Многих из погибших девочек я знала. И каждый раз мне делалось плохо, когда проходила мимо развалин этого цеха. Словом, пришлось уйти с завода. Устроилась завхозом в городскую больницу № 1. И увидела, что многие в этом новом для меня коллективе – нянечки, медсёстры,

врачи – сдают кровь. И меня, как идут на кроводачу, с собой зовут. Ну, думаю, они медики, им не привыкать, а сама, если честно, боюсь. А в 2002 г. встречаю приятельницу по работе на заводе, вспомнили погибших девчонок, и она мне сообщает: «Знаешь, а одну из них можно было, говорят сейчас, спасти, да не оказалось необходимым для переливания крови». И назвала группу крови – редкую, как и у меня: четвёртая, резус положительный. У мамы моей – четвёртая, резус отрица-

тельный. Господи, если бы сказал кто тогда, если б знала! – стало мне вновь плохо. А на другой день в нашей больнице срочно потребовалась кровь больному. Так вот я донором и стала.

Позже, втянувшись в донорство, когда уже сменила должность завхоза в больнице на операторскую в почтовом отделении, предпочитала сдавать плазму, поскольку кровь можно сдавать только 4 раза в год, а плазму – дважды в месяц. Значит, большему числу людей помогу, считала.

Только вот сейчас я кровь уже не сдаю. Не рекомендовали врачи после кардиологической операции. Не случись её – продолжала бы оставаться донором.

По улице иду – глаза от людей прячу, точно я их предала, хотя знаю, что реципиенты, которым перелили кровь, и не ведают, кому она принадлежала. Какой же я теперь донор? – терзаюсь. Сын проникся моим состоянием и успокоил: «Мама, я тебя заменю!» «Юра, – говорю, – тебе ещё 18 лет – только с этого возраста можно стать донором». А 18 исполнилось – он в армию ушёл, служил в Космических войсках. Вернулся домой с честью, и первое, что от него услышала: «Теперь, мама, мой возраст донорству не помеха...»

Сложилась, выходит, династия доноров Костиковых. Но в почтовом отделении, где трудится

Светлана Юрьевна у неё есть последователь в этом благородном деле. Точнее, последовательница – оператор почтовой связи Алёна Кривун.

– Да, это Светлана Юрьевна сагитировала меня стать донором, – подтвердила Алёна Викторовна. – И прельстила не какими-то льготами – отгулы, скажем, или дополнительные дни к отпуску, не бесплатным проездом в общественном транспорте и ежегодными выплатами около 12 тыс. руб. в будущем, если присвоят звание почётного. «Алёна – сказала она мне, – у тебя тоже хорошая группа крови – первая, универсальная – её можно переливать всем. Подумай, скольким людям может спасти жизнь твоя кровь. И таким детишкам, как у тебя». А я не так давно из декретного отпуска на работу вышла. Подумала – и вот скоро на 30-ю кроводачу пойду. Четыре из них – на плазму... И мой первый сын только что в первый раз сдал кровь...

Последний вопрос, заданный корреспондентом «Медицинской газеты» почётному донору Костиковой:

– Светлана Юрьевна, каким, по вашему мнению, должен быть донор как человек?

– Прежде всего – добрым! Потому что он делает добро во имя спасения других людей, не задумываясь о награде, благодарности.

Согласна со своей старшей подругой и наставницей и Алёна Кривун. А в коллективе, где они работают, вообще уверены, что и у неё, и Светланы Юрьевны желание нести ближним только добро, похоже, в крови. И в переносном, и в прямом смысле. Почему в почтовом отделении № 74 Омска Национальный день донора в России и считают родным. Не чужие здесь для всех эти женщины – свои...

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Профилактика

Ослабляющие поправки в антитабачное законодательство и целесообразность их принятия обсудили недавно участники пресс-конференции «Запреты на рекламу и продвижение табака».

Первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Николай Герасименко отметил, что российское антитабачное законодательство работает на высоком уровне:

«Немногим странам удалось в первый год действия подобного закона обеспечить выполнение требований в более чем 90% ресторанов и кафе. Также впервые за последние 20 лет в России столь существенно снизилось потребление и производство сигарет. По данным Росстата, снижение производства в 2014 г. составило 10%. Возраст начала курения отодвинулся с 11 до 13 лет, и это уже серьёзное достижение закона», – сказал он.

Николай Герасименко так же озвучил позицию Комитета по охране здоровья, Минздрава России и правительства: «Поскольку не исполнилось ещё года с момента вступления в силу второй части антитабачного закона, принимать сейчас какие-либо поправки, касающиеся смягчения или ужесточения закона, неправильно. 2015 г. объявлен годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и в

этот год кощунственно принимать поправки, которые повлияют на увеличение потребления табака, увеличение заболеваемости, увеличение смертности».

По словам депутата, табачные компании терпят серьёзные убытки. За последнее время они очень сильно активизировались. Используют ситуацию, когда страна находится в экономическом кризисе, и заявляют о потерях ресторанного и рекламного бизнеса, о сокращении пассажиропотока в аэропортах из-за запрета курения. Регулярно озвучиваются предложения о возврате рекламы табака в СМИ, продажи сигарет в киоски, а также об открытии комнат для курения в аэропортах и на вокзалах.

«Предложение вернуть продажу в киоски – несостоятельное, – сказал Николай Герасименко. – Для бизнеса это небольшие цифры. То же касается и рекламы. На рассмотрении в Думе сейчас находится около 10 законопроектов, часть из них смягчающие закон, часть ужесточающие. Например, предлагается расширить места запрета курения на автобусных остановках и надземных и подземных переходах,

на открытых верандах кафе, в коммунальных квартирах».

Все обсуждаемые послабления в антитабачном законе так или иначе выгодны производителям сигарет. Так, вопрос о возврате киосков в аэропорты продвигается компанией «Филип Моррис» через Общественное движение за права курильщиков. Возврат рекламы в печатные СМИ также выгоден скорее табачной промышленности, чем СМИ, – до вступления в силу запрета на рекламу доля табачных изделий на рынке рекламы в СМИ составляла около 2%, причём деньги преимущественно тратились на рекламу в журналах для девочек и молодых женщин.

Госдума уже отклонила 7 законопроектов, которые касались и возврата мест для курения в помещениях, и продажи табачных изделий. Например, о запрете продажи сигарет женщинам до 40 лет.

Н.Герасименко отметил, что нормы закона достаточно гибкие, а неудобство курильщиков списал на неправильную интерпретацию формулировок. «Закон не запрещает курение на открытом воздухе рядом с ресторанами.

Но находятся какие-то доброжелатели, которые начинают подсчитывать количество столиков, пепельниц... Не прописано такого в законе!» – заявил парламентарий.

Председатель правления Международной конфедерации обществ потребителей Дмитрий Янин представил первые результаты введения запрета на продвижение табака на телеэкране. Конфедерация повторила своё исследование 2011 г., замерив частоту появления сцен с курением в телесериалах, популярных у детей и молодёжи. По данным этого исследования, после вступления в силу запрета на курение на экране, эпизоды с курением стали появляться в сериалах, которые смотрят дети 12-18 лет, в 2,3 раза реже. Тем не менее средняя продолжительность эпизода с курением в сериале осталась прежней – как и в 2011 г., в среднем герои дымят в течение полуминуты. Мужчины на экране курят в 5 раз чаще женщин, главные герои и молодёжь курят чаще остальных героев.

Есть и нововведения – если раньше герои сериалов просто курили, то теперь 39% связанных

с табаком эпизодов включают разговоры о курении, хотя сигарета в кадре не появляется. По большей части, это беседы, где курение обсуждается в положительном ключе. Это можно считать «находкой режиссёров» – курение в кадре без художественного замысла запрещено, а вот разговоры о нём – нет.

Несмотря на то, что объём курения на экране сильно сократился, полностью оно с телевидения пока не исчезло, и это повод и дальше реализовывать антитабачный закон, строго следя за его исполнением.

Так же на пресс-конференции была озвучена позиция председателя Союза журналистов Москвы Павла Гусева: «После введения запрета на рекламу табака СМИ потеряли часть доходов, но мы никогда не ратовали за возвращение рекламы на страницы прессы. Наоборот, это тот самый случай, когда мы в ущерб финансовым интересам стоим на страже здоровья наших читателей».

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Курение: запреты останутся в силе Как реализуется наш антитабачный закон?

Вступление в силу Постановления Правительства РФ «Об установлении ограничения допуска отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд» обсуждалось на встрече руководителей производств медицинского оборудования с представителем Министерства промышленности и торговли РФ, экспертом Национальной ассоциации институтов закупок, сотрудниками министерств инвестиций и инноваций, здравоохранения, Общественной палаты и членами медицинского сообщества Московской области.

Площадкой для проведения мероприятия был выбран Научно-исследовательский институт электромеханики в Истре.

На примере истринского института, более 20 лет назад вступившего в рынок медицинской диагностической техники, можно отследить динамику интереса российских медиков и чиновников сферы здравоохранения к продукции отечественного товаропроизводителя.

Хотя многие медучреждения страны пользуются импортным рентгенологическим оборудованием, выгода отечественного, особенно в период западных санкций, очевидна. Заместитель генерального директора Сергей Макидонский приводит убедительные доводы: уже на этапе разработки закладываются параметры, важные именно для российского врача; нет проблем с запчастями, гарантийным и постгарантийным обслуживанием; стоимость медтехники и сервиса разнится с импортными аналогами в 2-4 раза.

– Наши специалисты обеспокоены тем, что импортозамещение может привести к ухудшению качества оказания медицинской помощи, – отметила заместитель министра здравоохранения области Гаяне Тамазян. – Сегодня в области работают Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского, Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, Перинатальный центр, ряд других учреждений, с высококвалифицированными кадрами, часть из которых являются главными специалистами

Новые подходы

Публично и прозрачно!

Идёт поиск рецептов для лечения импортозависимости

Минздрава России и Центрального федерального округа. Мы совместно должны отработать такой механизм апробации отечественной продукции, чтобы помочь нашим производителям, и в то же время соблюсти интересы пациентов.

В режиме телеконференции в заседании принял участие директор Евразийской федерации онкологов Сомасундарам Субраманиан:

– Для такого крупного государства, как Россия, вопросы собственного производства медицинского оборудования, любых медицинских изделий, лекарственных средств – это вопросы национальной безопасности, – сказал он. – У российских медиков предвзятое отношение к отечественной медтехнике, и его надо менять! Предлагаю сравнивать с импортной публично и прозрачно, чтобы видеть, в чём своя хуже (если хуже), с возможностью её улучшения.

– Российский рынок медицинских изделий за 5 лет вырос

более чем в 3 раза, чему способствовали государственная модернизация системы здравоохранения и активизировавшийся спрос на частную медицину. По результатам 2014 г. доля спроса со стороны частной медицины на этом рынке – 20%. Это хороший показатель, – подчеркнул представитель Минпромторга Дмитрий Колобов. – Ситуация в

купной доли на рынке товаров отечественных производителей медицинских изделий. Это, в том числе, и следствие политики беспощинного ввоза готовых изделий на территорию РФ.

Сегодня продолжение поставок зарубежных аналогов высокотехнологичной медицинской продукции не отвечает долгосрочным интересам России. Принятый

стимуляции производства отечественных медизделий обеспечить обнуление пошлин на комплектующие и НДС при их импорте для производства медицинских изделий на территории РФ».

Кроме того, медицинская продукция, изготовленная у нас с импортными составляющими, не признаётся российской по законодательству стран Таможенного



У наших медиков предвзятое отношение к отечественной медтехнике, и его надо менять

медицинской промышленности характеризуется, с одной стороны, высоким государственным приоритетом задач повышения качества и доступности медпомощи, с другой стороны – постепенного сокращения сово-

документ позволит сформировать экономически устойчивую систему обеспечения здравоохранения, наиболее отвечающую нуждам пациентов.

Он также рассказал о поручении Правительства РФ «в целях

союза. В связи с этим готовится Положение о порядке определения страны происхождения товара, что расширит возможности отечественных производителей при участии в госзакупках.

– Нам необходимо организовать совместную встречу законодателей, местных товаропроизводителей и медицинского сообщества на базе объектов здравоохранения, под общественным контролем, – считает вице-президент Торгово-промышленной палаты Московской области Вадим Винокуров. – Будем создавать механизмы реализации импортозамещающих изделий, причём таких, которые станут реально востребованы. Этой продукции должны доверять и врач, и пациент; выбор должен быть результатом честной конкурентной борьбы, а покупка – экономически обусловленной.

Жанна ДЫМОВА,
внешт. корр. «МГ».

Московская область.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Перспективы

Тема обсуждения была выбрана не случайно, в городе собираются создать территорию опережающего социально-экономического развития. По оценке Минвостокразвития России такая программа в Комсомольске-на-Амуре должна образовывать минимум 2700 новых рабочих мест в современном высокотехнологичном производстве. Но одной солидной зарплатой людей сюда не привлечь. Высокое качество жизни – основной приоритет в создании такой территории.

– Городу нужен революционный прорыв, – считает депутат краевого парламента Сергей Бочаров. – Уровень здравоохранения не устраивает людей. Они идут на приём ко мне, как к депутату, и почти половина обращений связана с качеством медицинского обслуживания.

Как отмечает статистика, показатель обеспеченности населения врачами в крае на 10 тыс. населения в 2014 г. составил 43,3 (в 2013 г. – 45,2), средними медицинскими работниками – 79,4 (в 2013 г. – 82,1). Наиболее дефицитные в амбулаторно-поликлинических учреждениях – должности врачей-педиатров, хирургов, дерматологов, психиатров, фтизиатров, наркологов. Ежегодно по разным причинам отрасль покидает примерно 100 человек. Кроме того, около 40% врачей – пенсионеры. Средний возраст медработников – около 60 лет.

Социальные условия – ещё одна сторона успешного закрепления кадров. Председатель Комсомольской-на-Амуре городской думы Светлана Баженова отметила, что больше 84% врачей и 71% средних медицинских

Какой быть кадровой политике?

В Комсомольске-на-Амуре решительно ищут новые оптимальные варианты развития здравоохранения

Первое выездное заседание постоянного комитета Законодательной думы Хабаровского края по социальной защите населения и здравоохранению состоялось в Комсомольске-на-Амуре. В повестке – вопрос о реализации кадровой политики в сфере здравоохранения на территории региона. Помимо депутатов краевого парламента участие в заседании приняли представители исполнительной власти,

работников трудятся в городских округах, а социальные гарантии предусмотрены в первую очередь для сельских медиков. Исправлять ситуацию, по мнению участников, необходимо с помощью повышения престижа профессии врача, и делать это нужно со школьной скамьи. Так, в образовательных учреждениях Комсомольска-на-Амуре действуют два профильных класса, ученики которых готовятся поступать в медицинские учреждения. Однако этого недостаточно.

Необходимы и меры, которые позволят закрепить специалистов в учреждениях края. Сегодня большое внимание уделяют целевой подготовке специалистов здравоохранения. Увеличено количество

Министерства здравоохранения, органов местного самоуправления Комсомольска-на-Амуре, Амурского, Комсомольского и Солнечного районов, Дальневосточного государственного медицинского университета, Комсомольского-на-Амуре медицинского колледжа, Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования, страховых медицинских компаний и медучреждений.

целевых мест в Дальневосточном государственном медицинском университете для абитуриентов края: с 64 мест в 2013 г. до 100 в 2014 г., а в 2015 г. направят на обучение не меньше 130 человек. Ежегодно растёт приём в Хабаровский государственный медицинский колледж. Студентам-целевикам предоставляют различные меры социальной поддержки: выплата дополнительной стипендии, оплата проживания в общежитии, оплата проезда до места практики и обратно. Вместе с этим в 2014 г. больше 60% выпускников указанных образовательных организаций трудоустроились в краевые государственные учреждения здравоохранения.

– Неукомплектованность кадрами, причины, почему люди не хотят задерживаться на местах, мы их в ходе обсуждения выяснили – это и уровень зарплаты, и уровень социальных условий для врачей, которые должны создаваться, сложность с обеспечением жильём, – прокомментировала итоги заседания председатель Комитета по социальной защите населения и здравоохранению Ирина Штепа.

По её словам, выездная форма проведения заседания комитета, которая была впервые опробована парламентариями, показала себя эффективной, потому что способствовала наибольшей информированности депутатов, представителей органов испол-

нительной власти и медицинских учреждений по тем проблемам, которые возникают у населения в сфере здравоохранения.

– В ходе заседания поступило более 20 предложений по совершенствованию системы подготовки кадров для здравоохранения, – подчеркнула И.Штепа. – Это разработка краевой целевой программы по привлечению медицинских работников в медучреждения края с акцентом на молодых врачей до 35 лет, восстановление механизма распределения врачей после вузовского обучения, возвращение медработникам на селе права на 100-процентную компенсацию за оплату услуг ЖКХ, продолжение реализации программы «Земский доктор», решение вопросов предоставления служебного жилья с последующей приватизацией, введение дополнительных льгот и стимулирующих надбавок, премий, увеличение зарплаты работникам и размера стипендии студентам.

Предложения рассмотрит комитет и учтёт их в решении, которое планируется направить министру здравоохранения Хабаровского края, начальнику главного юридического управления губернатора и правительства Хабаровского края – полномочному представителю губернатора Хабаровского края в Законодательной думе региона, в органы местного самоуправления городских округов и муниципальных районов Хабаровского края. В июле комитет намерен вернуться к теме кадрового обеспечения сферы здравоохранения.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Хабаровский край.

В Москве состоялась Всероссийская конференция «Особенности парентерального и энтерального питания детей раннего возраста». Неонатологи, реаниматологи, педиатры, а также представители администраций профильных ЛПУ и региональных органов здравоохранения обменивались опытом, обсуждали наболевшие вопросы и вырабатывали пути их решения. Организатором мероприятия выступила Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины, основной задачей которой на ближайший период является создание клинических рекомендаций. Утверждённые Министерством здравоохранения РФ, они должны стать инструментом для повседневной лечебной деятельности, врачи по всей стране обязаны будут работать по единым протоколам.

Преодолевая трудности

Надо ли говорить, сколь значим фактор оптимального питания для развития, здоровья ребёнка, особенно первого года жизни?

Если с питанием здоровых малышей, рождённых в положенный срок, всё более или менее ясно, то вскармливание недоношенных новорождённых и больных детей вызывает у практикующих врачей немало вопросов: какую тактику выбрать, когда начинать энтеральное питание, каким должен быть объём пищи и т.д.

— Когда мы решаем вопрос об энтеральном кормлении недоношенного ребёнка, то ставим перед собой, на первый взгляд, задачу невыполнимую, — отметила заместитель главного врача детской городской клинической больницы № 10 Екатеринбурга кандидат медицинских наук Ольга Ксенофонтובה, — потому что ребёнок просто не умеет есть, не умеет усваивать полный объём пищи в силу незрелости функций желудочно-кишечного тракта. Но зато у него, по сравнению с доношенным ребёнком, большая потребность в различных питательных веществах и энергии, многократно превышающая таковую у доношенного.

Однако, несмотря на сложности, как подчеркнула ассистент кафедры госпитальной педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Наталья Слабука, необходимо стремиться вскармливать недоношенных детей грудным молоком, начиная с самых ранних этапов, с отделения реанимации, обогащая его фортификаторами (впрочем, по поводу обогащения существуют разные точки зрения. — В.Е.). Зачастую же медики предпочитают искусственные смеси, состав которых сбалансирован, известен.

— Кормить недоношенных детей, конечно же, предпочтительнее нативным материнским молоком, — сделала акцент О.Ксенофонтובה. — Такие дети развиваются лучше по сравнению с теми, кто получает донорское молоко или адаптированные молочные смеси. Правда, не во всех случаях это возможно. Если же выбор пал на смеси, то следует использовать смеси только для недоношенных детей.

Опыт Екатеринбурга по вскармливанию материнским молоком вызвал у участников конференции огромный интерес. Известно, что поскольку недоношенный ребёнок не умеет сосать, то применяется зондовое кормление. Но цель педиатра как можно быстрее перевести ребёнка с зондового кормления на нормальное. Для этого в Екатеринбурге используются специальные технологии, в том числе оральной стимуляции, неинтубного сосания.

Оральная стимуляция (то есть стимуляция вокруг рта или полости рта) начинается раньше, чем нутритивное сосание и проводится, например, с помощью ватного шарика, марлевой салфетки, вызывая раздражение определёнными движениями.

Технологию нутритивного сосания (это — сосание какого-либо предмета, пальца) начинают применять в сроке 29-30 недель (полноценный акт сосания у недоношенного ребёнка фор-

Проблемы и решения

Как накормить недоношенного ребёнка?

Бережный материнский уход помогает решить порой невыполнимую задачу

мируется к 32 неделям). Для этого палец или соску, окунув в молоко, помещают в рот малыша и надавливают несколько раз на язык, пытаясь добиться от ребёнка, чтобы он начал сосать. В это же время проводится ещё и кормление через зонд (чтобы у ребёнка ассоциировалось то, что он ест, с тем, что у него ещё при этом во рту что-то чувствуется, а не просто еда течёт). Всему этому обучают маму.

— Следует как можно раньше привлекать её к уходу за своим ребёнком, буквально с того момента, как только она встала на ноги. А медперсонал должен быть готов оказать ей помощь по всем вопросам, которые могут возникнуть. Мы считаем материнский базовый уход основой! — отметила О.Ксенофонтובה.

Выручит банк донорского молока

— Грудное молоко — это не только пищевой субстрат, который содержит адекватное количество нутриентов, это прежде всего лечебно-профилактический продукт, так как в нём содержится большое количество защитных факторов, нуклеотидов, гормонов роста, антиоксидантный комплекс и др. Поэтому вскармливание больных и недоношенных детей грудным молоком приобретает очень важное значение, — подчеркнула заведующая отделением для недоношенных детей Научного центра здоровья детей, руководитель первого в стране Банка донорского грудного молока, доктор медицинских наук Ирина Беляева.

Однако на пути осуществления грудного вскармливания в отделении реанимации и интенсивной терапии, в отделении второго этапа выхаживания отмечается немало трудностей. Они обусловлены некими организационными моментами, такими как ограниченное пространство (учреждения часто не имеют кресел для матерей в ОРИТ или комнаты рядом). Кроме того, отсутствуют нормативные документы, которые бы регламентировали правила хранения сцеженного материнского молока в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии, использования донорского грудного молока для вскармливания недоношенных детей.

Отмечая значимость создания банков грудного молока, заместитель директора НИИ дезинфектологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека член-корреспондент РАН Василий Акимкин подчеркнул, что решать этот вопрос надо правильно и осторожно.

На амбулаторном этапе

Вопросы физического и интеллектуального развития недоношенных детей в зависимости от питания, психологического климата в семье и за её пределами, отношения врачей общей амбулаторной сети затронула руководитель центра коррекции развития детей раннего возраста

ционаре. Это — приказ № 440 от 1983 г. об оказании помощи новорождённым детям, где прописаны эпиднормы для ЛПУ, приказ № 345 от 2000 г., который касается оптимизации выхаживания новорождённых недоношенных детей (причём оба документа не пересмотрены и не отменены, а имеют юридическую силу, а ведь с тех пор многое изменилось), и

алист неонатолог Минздрава России Дмитрий Иванов, в России наблюдается эпидемия кесарева сечения, а оно не только фактор риска развития пищевой аллергии у ребёнка, но и фактор риска развития, например, сердечно-сосудистой патологии.

— Уже у новорождённых можно заметить первые симптомы аллергии, сказала президент Европейской педиатрической



В банке грудного молока хранится не только пищевой субстрат, но прежде всего лечебно-профилактический продукт

Научно-исследовательского клинического института педиатрии РНИМУ им. Н.И.Пирогова профессор Елена Кешишян.

По её словам, самое частое, с чем встречаются педиатры, когда к ним приходит недоношенный ребёнок, — жалоба мамы: «Когда он был в неонатальном отделении, прекрасно кушал, но стоило попасть домой, с каждым днём количество съеденной пищи уменьшается».

Основная проблема у недоношенных детей — отсутствие аппетита. Поэтому требуется подбор индивидуального режима: от вскармливания по желанию (которое достаточно трудно переносит недоношенные дети, в отличие от доношенных) к чёткому режиму кормления по часам. При этом ночное кормление не исключается, а поддерживается.

Требуется пересмотр

В рамках конференции состоялся обстоятельный разговор за «круглым столом» с участием представителей санэпидслужбы, посвящённый организации грудного вскармливания в стационаре.

— Решение вопроса правильности питания новорождённого и эпидемиологической безопасности лежит в поле создания новых нормативных документов, поиска практических решений, — отметил В.Акимкин.

Без этого, по словам профессора кафедры неонатологии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, заместителя главного врача детской городской клинической больницы № 13 им. Н.Ф.Филатова Москвы Ирины Солдатовой, дальше двигаться невозможно.

На сегодняшний день существует три документа, которые регламентируют организацию грудного вскармливания в ста-

«Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность» от 2010 г., касающийся технических норм в лечебно-профилактических учреждениях. Все три документа пересекаются между собой, в чём-то противоречат друг другу, и зачастую врачи, заведующие отделениями, руководители родильных домов, перинатальных центров, стационаров не совсем понимают, как поступать. Возникла необходимость в пересмотре устаревших приказов.

В действующих СанПиНах обозначено, что помещения для сцеживания грудного молока выделяются только в перинатальных центрах. Неонатологи считают, что, если мы хотим поддерживать грудное вскармливание, то комната или просто место для сцеживания должны быть представлены в любом лечебно-профилактическом учреждении, в любом отделении. Это касается и родильного дома, и отделений реанимации, патологии новорождённых и недоношенных детей.

Немало и других вопросов ждут своего решения. Поэтому по итогам «круглого стола» запланировано создание рабочих групп, которые будут готовить проекты клинических рекомендаций и проект поправок к СанПиНам.

Рассматривались на конференции и такие вопросы, как программирование питания, особенности организации парентерального питания (без чего порой невозможно обойтись), клинические аспекты пищевой аллергии у детей раннего возраста.

Пищевая аллергия

Как отметил директор Института перинатологии и педиатрии Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А.Алмазова, главный специ-

ассоциации, директор НИИ профилактической педиатрии и восстановительного лечения НЦЗД, член-корреспондент РАН Лейла Намазова-Баранова.

Заведующая кафедрой педиатрии Российской медицинской академии последипломного образования, главный педиатр Центрального федерального округа, профессор Ирина Захарова обратила внимание неонатологов на то, как правильно вести детей раннего возраста с пищевой аллергией.

Проявления аллергии могут начинаться с самого раннего возраста, и часто они маскируются под функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта.

К сожалению, на сегодняшний день, по словам Л.Намазовой-Барановой, во многих протоколах и стандартах значится позиция определения общего иммуноглобулина Е. Но по его уровню судить об аллергии нельзя. Если он низкий, это не исключает аллергии. Если высокий — не подтверждает, а говорит, скорее всего, о паразитах или о чём-то ещё. Альтернативой служит определение специфических IgE.

Для детей наиболее распространённым пищевым аллергеном является белок коровьего молока. Число детей с аллергией к нему увеличивается в геометрической прогрессии. К сожалению, не все педиатры и неонатологи знают о том, что у младенцев IgE-зависимая аллергия встречается существенно реже, чем IgE-независимая. Только у одного из трёх детей аллергия протекает с участием иммуноглобулина класса Е, стало быть, проводить иммунологические исследования маленьким детям не имеет смысла.

— Весьма тяжело добиться от врача понимания, что IgE-зависимая реакция, к которой он привык для констатации аллергии, встречается только у одного из трёх малышей, — отметила И.Захарова.

А IgE-независимые аллергические реакции очень трудно диагностировать. Они обычно проявляются нарушением со стороны желудочно-кишечного тракта и довольно-таки сложно лечатся, основным вариантом является диетотерапия.

— Для профилактики аллергии важно ребёнка с первых минут жизни приложить к груди матери, — напомнила Л.Намазова-Баранова. — С каплями молозива запускается нормальный тип иммунного ответа. От того, насколько мы сможем обеспечить доступ к грудному молоку, будет зависеть здоровье ребёнка на всю последующую жизнь.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».
Фото автора.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 33 (1885)

Эпидуральная гематома (ЭДГ) – обусловленное травмой объёмное скопление крови, располагающееся между внутренней поверхностью костей черепа и твёрдой мозговой оболочкой, вызывающее местное и общее сдавление головного мозга.

Эпидемиология

Частота эпидуральных гематом среди госпитализированных пострадавших с черепно-мозговой травмой колеблется в широких пределах – от 0,54 до 9%. Разброс показателей обусловлен особенностями клиник: процент ЭДГ ниже там, где принимают всех пострадавших с острой ЧМТ, и резко возрастает при концентрации только тяжёлой ЧМТ. В среднем удельный вес ЭДГ в структуре ЧМТ составляет 1,5-2%. Среди компримирующих мозг травматических внутримозговых кровоизлияний четвертая часть приходится на ЭДГ.

При ЭДГ преобладают лица молодого и младшего среднего возраста 16-40 лет. У младенцев и детей до 2 лет эпидуральные гематомы встречаются редко, что обусловлено более плотным, чем у взрослых, сращением твёрдой мозговой оболочки с внутренней пластинкой костей черепа. У пожилых и стариков удельный вес ЭДГ снижается по сравнению с людьми молодого и среднего возраста.

ЭДГ встречается у мужчин в 4 раза чаще, чем у женщин. У детей это соотношение меняется: в возрасте до 2 лет частота встречаемости ЭДГ одинакова у мальчиков и у девочек, позднее частота ЭДГ у мальчиков примерно в 3 раза превосходит этот показатель у девочек. В пожилом и старческом возрасте ЭДГ у мужчин развиваются в 2 раза чаще, чем у женщин.

Механизмы образования

Эпидуральные гематомы развиваются при травме головы различной интенсивности, чаще сравнительно нетяжёлой. Наиболее типичны воздействие травмирующего агента с небольшой площадью приложения на неподвижную или малоподвижную голову (удар бутылкой, камнем, кулаком, ботинком и т.п.) или удар головой, находящейся в небыстром движении, о неподвижный предмет (падение с малой высоты на улице, на лестнице, при катании на лыжах, коньках, роликах и т.д., вследствие толчка в движущемся транспорте и т.п.). Местом приложения травмирующего предмета обычно является боковая поверхность головы, чаще височная и нижнетеменная области.

Возникающая при этом временная локальная деформация, часто с импрессионным переломом и разрывом сосудов твёрдой мозговой оболочки, создаёт предпосылки для формирования гомолатеральной эпидуральной гематомы в области удара. Наиболее часто ЭДГ образуется вследствие артериального кровотечения, что обусловливает склонность к острому темпу развития. Вследствие перелома чешуи височной кости, пересекающего борозду средней оболочечной артерии, происходит разрыв её ствола либо главных ветвей (передней и задней). Это определяет преимущественную локализацию ЭДГ в височной области с распространением в теменном, теменно-затылочном, лобном и базальном направлениях.

Реже источником формирования ЭДГ являются повреждённые оболочечные вены, дуральные синусы и сосуды диплоз. Неартериальные источники кровотечения более характерны для ЭДГ подострого и хронического течения, а также «атипичного» расположения. Поступающая из повреждённого сосуда кровь, отслаивая твёрдую мозговую оболочку, распространяется чаще всего в пределах черепных швов, где оболочка плотно сращена с внутренней костной пластинкой. По этой причине эпидуральная гематома имеет меньшую площадь распространения и большую толщину, чем субдуральная.

Отметим, что хотя роль переломов костей в формировании ЭДГ исключительно велика (они встречаются в 75-90% наблюдений), она может возникать и при целостности черепа, особенно у детей. Представляя собой несжимаемую массу, состоящую из жидкой крови или её свёртков (сгустков), ЭДГ отдавливает подлежащие твёрдую оболочку и вещество мозга (нередко образуя вмятину

соответственно форме и величине гематомы) и запускает процесс местной и общей компрессии мозга.

Патоморфология

Объём крови, излившейся в эпидуральное пространство, в значительной степени зависит от источника кровотечения. Массивные гематомы чаще образуются при повреждении средней оболочечной артерии или её главных ветвей. При этом объём ЭДГ может достигать 300 мл, но обычно в среднем составляет 80-120 мл. Кровоизлияния из вен наружной поверхности твёрдой мозговой оболочки и вен, пересекающих эпидуральные щели, чаще являются небольшими.

Травматическая эпидуральная гематома

Клинические симптомы ЭДГ могут проявиться уже при 20-50 мл крови. Нарастающая в размерах гематома отслаивает твёрдую мозговую оболочку от костей черепа, что приводит к разрыву пересекающих эпидуральные щели вен и, как следствие, к возникновению нового источника кровотечения. Нарастающий объём излившейся в эпидуральное пространство крови обычно быстро преодолевает компенсаторные возможности мозга, выдавливая цереброспинальную жидкость и венозную кровь, и приводит к сдавлению мозга. При неудалённой гематоме объёмом свыше 100 мл обычно наступает летальный исход.

Массивная ЭДГ может иметь вид пластины толщиной до 2,5-3 см, занимающей территорию наружной поверхности твёрдой мозговой оболочки (от 3 х 4 до 10 х 12 см). Чаще ЭДГ достигает 7-8 см в диаметре. Если дальнейшая отслойка твёрдой мозговой оболочки становится невозможной, а кровотечение продолжается, возникает окружная гематома, которая на поверхности мозга образует блюдцеобразное вдавление. Нередко встречаются промежуточные формы гематом, центральная часть которых, достигая 2-4 см, гораздо толще периферических отделов.

Исходы эпидуральных кровоизлияний могут быть различными. Небольшие ЭДГ (до 50 мл) обычно полностью резорбируются, оставляя лишь небольшие «ржавые» пятна, крупные – подвергаются организации. При открытых ранениях черепа иногда возникает инфицирование гематомы.

Репаративные процессы, развивающиеся при эпидуральном кровоизлиянии, сходны с аналогичными процессами, наблюдающимися при субдуральном кровоизлиянии. Гистологически в очагах больших кровоизлияний прослеживаются стадии организации гематомы. Кровь в ней свёртывается, форменные элементы распадаются, гемоглобин из эритроцитов постепенно выщелачивается, превращаясь в гемосидерин. Эти изменения отражаются и на макроскопической характеристике гематомы: в 1-е сутки ЭДГ находится в жидком состоянии лишь с небольшими свёртками крови, на 2-3-и сутки формируется тёмно-красный, блестящий, эластичный свёрток. Гистологическая картина в течение первых 24 часов представлена неизменёнными эритроцитами и нитями фибрина. В конце 1-х и начале 2-х суток появляются сегментоядерные лейкоциты, сменяющиеся макрофагами на 2-5-е сутки после кровоизлияния. В этот же период времени обнаруживаются единичные фибробласты, врастающие в свёрток с наружной поверхности твёрдой мозговой оболочки.

С распадом форменных элементов и появлением гемосидерина связано изменение цвета свёртка крови, приобретающего буроватый оттенок. На 4-7-е сутки после эпидурального кровоизлияния обнаруживается плотный свёрток крови с матовой бурой поверхностью. Одновременно возникает грануляционная ткань, источником которой являются элементы наружной поверхности ТМО. Через 3 недели после травмы тонкий

слой грануляционной ткани окутывает свёрток крови. Фиброзно-сосудистая, хорошо сформированная капсула, полностью отграничивающая гематому, развивается через 4 или более недель после ЧМТ. В дальнейшем грануляционная ткань полностью замещает излившуюся кровь.

В результате организации свёртка крови остаются «ржавые» рубцовые утолщения твёрдой мозговой оболочки, а также сращения её с костями черепа. В участках рубцевания, как правило, обнаруживаются отложения свободного гемосидерина. Возможна петрификация, а изредка и оссификация участка, расположенного между твёрдой мозговой оболочкой и грануляционной тканью. Несмотря на хорошо выраженные репаративные процессы, замещающие эпидурально излившуюся кровь, порой наблюдается хроническое течение ЭДГ.

Клиника

Клиническая картина ЭДГ многообразна. Она зависит от целого ряда факторов – источника кровотечения, локализации и величины кровоизлияния, темпа развития

компрессионного синдрома, тяжести сопутствующих повреждений черепа и мозга, а также возрастных и индивидуальных особенностей организма. И всё же среди симптомов, наблюдающихся при эпидуральных гематомах, можно выделить, хотя и неспецифичные, но достаточно характерные для них клинические признаки. При типичной (височная, височно-теменная, височно-лобная) локализации ведущее значение придаётся нарушению сознания со светлым промежутком, контрлатеральному гемипарезу, гомолатеральному мидриазу, брадикардии, а также перелому свода черепа на стороне гематомы.

При ЭДГ характерно трёхфазное изменение сознания: первичная кратковременная утрата его в момент травмы, последующее восстановление и, спустя тот или иной промежуток времени, повторное выключение. Однако такое классическое развитие изменений состояния сознания наблюдается далеко не всегда. Часто встречаются случаи, протекающие без светлого промежутка, или же он является стёртым. Порой может отсутствовать первичная утрата сознания. Продолжительность светлого промежутка (как при полном, так и при частичном восстановлении сознания) у большинства больных с острой ЭДГ измеряется несколькими часами или даже минутами. При подострой ЭДГ светлый промежуток может длиться более 3 суток.

Больные с эпидуральными гематомами, доступные контакту, как правило, жалуются на головную боль с нарастающей интенсивностью. Нередко отмечается преимущественная выраженность цефалгии в области расположения ЭДГ. Перкуссия черепа выявляет локальную болезненность над гематомой. Во многих случаях головная боль имеет яркий оболочечный оттенок, иррадирует в глазные яблоки, челюсти, сопровождается светобоязнью, гиперестезией с характерными мимическими реакциями. При этом головная боль, обычно постоянная с периодическими кризоподобными обострениями, нередко сопровождается многократной рвотой. Пострадавшие при сильной боли стонут, требуют помощи, хватаются руками за голову, мечутся в постели, лишаются сна.

При ЭДГ часто встречается брадикардия (почти у половины больных пульс не превышает 60 ударов в минуту). Примерно в 25% наблюдений отмечается повышение максимального артериального давления выше 150 мм рт.ст.

У пострадавших с ЭДГ почти всегда удаётся выявить ту или иную очаговую симптоматику. Среди признаков поражения полушарий мозга первое место принадлежит пирамидному гемисиндрому. Выраженность его бывает разной – от анизофлексии до гемиплегии. Обычно пирамидная недостаточность отмечается на контрлатеральной гематоме стороне. Но иногда может развиваться и гомолатеральный пирамидный гемисиндром вследствие ушиба противоположного гематоме полушария или дислокации мозга. Для ЭДГ характерно преобладание пареза

в контрлатеральной руке по сравнению с ногой; порой встречается изолированный монопарез руки. Это обычно обнаруживается при лобно-теменном распространении гематомы и обусловлено непосредственным воздействием ЭДГ на средне-нижние отделы передней центральной извилины. По мере нарастания компрессии мозга слабость в ноге также усиливается и различия в глубине пареза верхней и нижней конечностей сглаживаются. Имеется известная корреляция между величиной ЭДГ и степенью выраженности пирамидного гемисиндрома. Гематомы небольшого объёма чаще сопровождается лёгкий гемипарез или только преобладание сухожильных рефлексов на противоположной стороне. Глубокий гемипарез с патологическими рефлексами свойствен массивной гематоме (80 мл и более).

Контрлатеральный центральный парез лицевого нерва является постоянным сопровождаемым пирамидного гемисиндрома, чаще выступая в сочетании со слабостью руки. В отдельных случаях он служит единственным признаком пирамидной патологии. При локализации эпидуральных гематом на стороне доминантного полушария почти в

половине наблюдений при целенаправленном исследовании удаётся выявить те или иные нарушения речи, с преобладанием элементов либо моторной, либо сенсорной и амнестической афазии. Речевые расстройства возникают как очаговое проявление нарастающего сдавления головного мозга.

Изредка в клинической картине эпидуральных гематом встречаются симптомы раздражения коры мозга в виде общих или фокальных эпилептических припадков. Для последних характерно то, что они начинаются с клонических судорог в руке, контрлатеральной гематоме.

Среди краниобазальных симптомов наиболее важная роль в клинике ЭДГ придаётся расширению одного зрачка со снижением или утратой реакции его на свет. Односторонний мидриаз относится к ведущим симптомам эпидуральных гематом. Однако следует помнить, что анизокория встречается значительно реже пирамидной недостаточности – в 25-60% случаев. Обычно зрачок расширяется на стороне расположения гематомы, но в 11-15% наблюдений мидриаз оказывается контрлатеральным ей (за счёт сдавления противоположной гематоме ножки мозга в отверстии мозжечкового намета).

Перелом черепа в зоне пробега средней оболочечной артерии считается одним из основных признаков эпидуральной гематомы, но порой при ЭДГ повреждение черепа может быть контрлатеральным или вообще отсутствовать (в 10-15% наблюдений). Линия перелома, гомолатеральной гематоме, обычно пересекает чешую височной кости, нередко продолжаясь на основание черепа (преимущественно на пирамиду височной кости). Сравнительно редко перелом ограничивается одной височной костью; чаще он распространяется на две соседние кости свода черепа (височную и теменную, несколько реже – на височную и лобную). Иногда перелом проходит почти параллельно основанию черепа через три или даже все четыре кости свода. Преобладают линейные трещины, но нередко встречаются вдавленные и оскольчатые переломы.

Формы течения

Среди эпидуральных гематом преобладают острые формы (69-85%) с клинической манифестацией в первые 3 суток после ЧМТ. Реже наблюдаются подострые ЭДГ (9-39%) с клинической манифестацией сдавления мозга спустя 3-14 суток и хронические (5-15%) с клинической манифестацией спустя 2 недели после ЧМТ.

Острая эпидуральная гематома

Следует выделять четыре основных варианта течения острых эпидуральных гематом.

Классический вариант – наиболее частый. После нетяжёлой ЧМТ (ушиб головного мозга лёгкой и средней степени), сопровождавшейся непродолжительной потерей сознания (в пределах 10-20 мин), происходит полное восстановление сознания или остаются лишь элементы оглушения. В этом периоде больные отмечают умеренную

головную боль, общую слабость, иногда жалуются на тошноту, головокружение. Они несколько вялы, повышено утомляемы, но контактны. Обычно выявляется конградная амнезия. Состояние жизненно важных функций не вызывает никаких опасений. В неврологическом статусе во время светлого промежутка не определяется сколько-нибудь выраженной очаговой патологии. Могут отмечаться лишь сглаженность носогубной складки, незначительная анизорефлексия, мелкий спонтанный нистагм, умеренные менингеальные симптомы и другие признаки, укладывающиеся в клиническую картину сотрясения мозга или его ушиба лёгкой степени, обычно фигурирующих в диагнозе при поступлении пострадавшего в стационар. В период развёрнутого светлого промежутка краниография, обнаруживающая перелом костей черепа, пересекающий сосудистые борозды, служит показателем тяжести травмы, а КТ или МРТ способна обеспечить точный диагноз ЭДГ.

Такое сравнительно благополучное состояние при острой ЭДГ продолжается от нескольких десятков минут до нескольких часов. Затем происходит усиление головных болей, порой до нестерпимых и обуславливающих психомоторное возбуждение больного. Возникает рвота, которая может неоднократно повторяться. Лицо становится гиперемированным. Общее состояние значительно ухудшается. Развивается сонливость. Вторично выключается сознание, нередко с последовательной сменой оглушения сопором и комой. Наряду с этим проявляется брадикардия, а также тенденция к повышению артериального давления, прежде всего на стороне тела, контрлатеральной гематоме. Иногда коматозное состояние у пострадавших с ЭДГ развивается настолько стремительно, что промежуточные стадии выключения сознания не улавливаются.

Уже в период, предшествующий частично-му выключению сознания, начинает нарастать очаговая неврологическая симптоматика. Чаще всего усиливается до глубокого пареза контрлатеральная брахиофациальная недостаточность. Возникает анизокория, первоначально с умеренным расширением зрачка на стороне гематомы, а затем с предельным мидриазом и отсутствием реакции на свет. Иногда удаётся отметить предшествующее мидриазу кратковременное сужение зрачка.

В отдельных случаях при острой ЭДГ развитие симптомов местного сдавления мозга может значительно опережать появление признаков общей его компрессии. Когда выключение сознания достигает комы, нередко становятся угрожающими нарушения жизненно важных функций. Если ситуация не разрешается хирургическим путём, наступает агональное состояние с резким учащением дыхания и изменением его ритма; тахикардией, сменяющей брадикардию; падением артериального давления; гипертермией на фоне двустороннего мидриаза, тотальной арефлексии и глубоких изменений мышечного тонуса.

Вариант без первичной утраты сознания; встречается редко. Отдельные случаи острой ЭДГ, при которой первичная утрата сознания в момент травмы отсутствовала, протекают аналогично классическому варианту. Важно отметить, что у этих пострадавших в период светлого промежутка не выявляются амнезия и какие-либо жалобы. Какое-то время после травмы они даже могли продолжать свою привычную деятельность. Лишь по мере развития сдавления мозга пострадавшие начинают испытывать дискомфорт; при этом одним из первых симптомов является нарастающая головная боль.

Вариант со стёртым светлым промежутком; встречается нередко. Трёхфазность клинического течения эпидуральных гематом, описанная в классическом варианте, сохраняется у больных со стёртым светлым промежутком. Но в этих случаях характер и выраженность симптоматики имеют существенные отличия. ЧМТ, как правило, является тяжёлой (ушиб мозга тяжёлой степени). Первичная утрата сознания может достигать комы. Выявляются грубая гнёздная симптоматика, а также те или иные нарушения жизненно важных функций, обусловленные первичным повреждением вещества мозга. В дальнейшем, однако (через несколько часов), коматозное состояние сменяется сопором или глубоким оглушением с возможностью минимального словесного контакта с больным. В этом периоде удаётся установить наличие головной боли, чаще с помощью объективирующих её признаков (реакция на перкуссию черепа, стоны с охватыванием головы руками, поиски анталгического положения, психомоторное возбуждение и др.). Смягчаются расстройства жизненно важных функций. Общие нарушения рефлекторной сферы

и мышечного тонуса имеют тенденцию к сглаживанию. В то же время гнёздная симптоматика не претерпевает существенной динамики, представляя тот исходный фон, по изменениям которого затем можно судить о влиянии фактора компрессии мозга.

Стёртый светлый промежуток через различные сроки (минуты, часы, иногда дни) сменяется повторным углублением нарушения сознания (оглушение переходит в сопор, сопор – в кому). Это сопровождается нарастающим двигательным возбуждением, многократной рвотой, появлением или углублением расстройств витальных функций, развитием децеребрационной ригидности, тяжёлых вестибуло-глазодвигательных нарушений и другой стволовой симптоматики. Нарастает и очаговая симптоматика: углубляется гемипарез вплоть до паралича, появляется одностороннее расширение зрачка или же имевшийся мидриаз становится предельным. В отдельных случаях прогрессирование гнёздной симптоматики уловить не удаётся.

Вариант без светлого промежутка также встречается нередко. К нему относятся случаи течения острой ЭДГ, когда даже стёртый светлый промежуток после травмы ни амнестически, ни при наблюдении в стационаре не устанавливают. Обычно это больные, получившие тяжёлую травму с сопутствующими гематоме множественными повреждениями черепа и мозга. У них констатируют коматозное состояние с момента травмы без каких-либо элементов ремиссии вплоть до операции или наступления смерти.

Подострая эпидуральная гематома

Источником её образования обычно служат не ствол и главные ветви средней оболочечной артерии, а их мелкие конечные разветвления, или же кровоизлияние происходит за счёт повреждения венозных сосудов. Эти факторы, по-видимому, и являются ведущей причиной сравнительно медленного развития сдавления головного мозга, подобно тому, как это происходит при подострой субдуральной гематоме.

Клиническая картина подострой ЭДГ в период, следующий непосредственно за травмой, аналогична таковой при классическом варианте острой эпидуральной гематомы. Но наступающий через 10-20 минут после травмы светлый промежуток при подострой ЭДГ, в отличие от острой, продолжается не несколько часов, а несколько дней, в отдельных случаях до 10-12 суток. В этом периоде общее состояние пострадавшего обычно не внушает серьёзных опасений, витальные функции мало изменены; может отмечаться лишь тенденция к брадикардии и повышению артериального давления. Очаговая симптоматика длительно остаётся мягко выраженной. Сознание больного ясное или же имеются лишь элементы оглушения. Однако в дальнейшем характерно постепенное развитие расстройства сознания, порой с волнообразным углублением его угнетения до оглушения и сравнительно быстрым восстановлением спонтанно или под влиянием дегидратации. Обычно как нарастающему, так и ундулирующему нарушению сознания предшествуют усиление головной боли и умеренное психомоторное возбуждение.

При подостром течении ЭДГ, в отличие от острого, успевает развиваться такой объективный признак компрессии мозга, как застойные явления на глазном дне. Как правило, это прежде случается на стороне подострой ЭДГ. Появление начальных застойных сосков в совокупности с нарастающей головной болью и изменением сознания в пределах различных степеней оглушения, а также брадикардия способствуют диагностике подострой ЭДГ, разумеется, если ранее не были выполнены КТ или МРТ.

Следует выделить два основных варианта клинического течения подострой ЭДГ: а) классический вариант (с развёрнутым светлым промежутком), встречающийся чаще, и б) вариант со стёртым светлым промежутком, наблюдающийся реже.

Хроническая эпидуральная гематома

Хронические ЭДГ, являвшиеся ранее редкой находкой, благодаря КТ и МРТ стали обнаруживаться гораздо чаще. Они обычно обусловлены венозным источником кровотечения и часто располагаются атипично. Характеризуются малосимптомным или асимптомным течением в остром периоде ЧМТ. В дальнейшем хроническая ЭДГ может рассосаться либо петрифицироваться, а иногда и оксифицироваться. Чаще хронические ЭДГ клинически асимптомны, но порой их течение напоминает опухолеподобное образование с развитием синдрома внутричерепной гипертензии (головные боли, рвота, застойные соски зрительных нервов), очагового неврологического дефицита либо эпилептических припадков.

Отсроченная эпидуральная гематома

Возникает спустя несколько часов или суток после ЧМТ. Для суждения о позднем или отсроченном от момента травмы развитии ЭДГ недостаточно благополучных клинических или краниографических данных. Только КТ или МРТ, а также ангиография, могут адекватно обосновывать это утверждение: отсутствие ЭДГ при первичном исследовании и её появление при повторной нейровизуализации – под влиянием различных факторов, провоцирующих отсроченную от момента травмы геморрагию. До 10% всех эпидуральных гематом характеризует подобная ситуация.

Топографо-клинические варианты

Латеральная эпидуральная гематома

Эта форма доминирует среди всех топографических вариантов. Клиническая картина латеральной ЭДГ описана выше. Подчеркнём, что именно для неё наиболее характерны переломы чешуи височной кости, артериальный источник кровотечения, острая форма проявления и височно-теменная локализация, нередко с частичным фронтальным распространением.

Эпидуральные гематомы атипичной локализации

Основные закономерности клинической манифестации и течения ЭДГ типичной локализации – височной, височно-теменной и височно-лобной – остаются в силе и при их атипичном – вневисочном расположении, что отмечается в трети наблюдений. Наряду с этим имеются и определённые клинические различия. В частности, ЭДГ чисто лобной, теменной и теменно-затылочной локализации нередко отличаются относительно медленным темпом развития компрессионного синдрома и умеренной очаговой симптоматикой. Перелом свода черепа, возникающий в месте приложения травмирующего агента, часто не распространяется за пределы лобной или теменной кости, а если и пересекает височную кость, то обычно вне проекции ствола и главных ветвей средней оболочечной артерии. При ЭДГ вневисочной локализации возрастает удельный вес венозных источников кровотечения, а также их подострого и хронического проявления.

Эпидуральная гематома полюса лобной доли. ЭДГ, локализующаяся в области полюса лобной доли с распространением в переднюю черепную ямку, сравнительно редко встречается среди травматических надоболочечных кровоизлияний, обуславливающих компрессию мозга.

Местом приложения травмирующего агента при лобнополюсных эпидуральных гематомах является передняя или переднебоковая поверхность лобной области головы, обычно с развитием перелома лобной кости. Клиническая картина характеризуется преимущественно подострым темпом развития с доминированием синдрома оболочечной ирритации и внутричерепной гипертензии при скудности очаговой неврологической симптоматики. Удаётся выявить лишь контрлатеральную умеренную недостаточность лицевого нерва, незначительную анизорефлексию при отсутствии парезов конечностей, хоботковый рефлекс, иногда лёгкую анизокорию. Может наблюдаться гипосмия на стороне гематомы. Головная боль обычно выражена сильно, иррадирует в глазное яблоко, сопровождается светобоязнью и резко усиливается при перкуссии лобной области.

Эпидуральная гематома полюса затылочной доли. Встречается редко. Характеризуется длительно нарастающими общемозговыми симптомами. Двигательных нарушений обычно не наблюдается. Отмечается незначительная анизокория с расширением зрачка на стороне гематомы. Перелом костей свода может отсутствовать. При ЭДГ, сдавливающей затылочную долю, может быть выявлена контрлатеральная гомонимная гемианопсия.

Эпидуральная сагиттально-парасагиттальная гематома. Встречается редко и склонна к подострому течению. Характерно прохождение линии перелома вдоль сагиттального шва с повреждением верхнего продольного синуса, который обычно является источником кровотечения. В очаговой симптоматике преобладают пирамидные нарушения вплоть до нижней параплегии. При латерализации местной компрессии типичен контрлатеральный парез стопы.

Эпидуральная гематома базально-височной локализации. Встречается в 4-6% ЭДГ и располагается исключительно под височной долей, не выходя на её конвексальную поверхность. Преобладает подострая форма течения, обычно с мягкими признаками компрессии мозга, нарушения

ми психики и гомолатеральным мидриазом, а иногда и другими слагаемыми поражения глазодвигательного нерва.

Эпидуральная гематома задней черепной ямки. На долю субтенториальной ЭДГ приходится 1-7% надоболочечных гематом. Гематома задней черепной ямки в большинстве случаев располагается над одним из полушарий мозжечка. Иногда, особенно при повреждениях места слияния синусов, она может быть двусторонней. Распространение эпидуральной гематомы весьма вариабельно. Она может занимать обширное пространство от поперечного синуса до большого затылочного отверстия (в сагиттальном направлении) и от средней линии до сигмовидного синуса (в поперечнике). Чаще встречаются гематомы диаметром 4-5 см; они обычно примыкают к поперечному синусу, где имеют наибольшую толщину. Иногда масса эпидуральной гематомы располагается вблизи большого затылочного отверстия, не достигая поперечного синуса.

Толщина ЭДГ задней черепной ямки варьирует от 0,3 до 3 см. Она может иметь как пластинчатую, так и шарообразную форму, распространяться и супратенториально, оттесняя поперечный синус от затылочной кости. Кровоизлияния этой локализации встречаются либо в сравнительно чистом виде, либо в сочетании с другими видами повреждений (ушиб мозга, гематома супратенториальной локализации и т.д.), что в значительной мере объясняет вариабельность их клинической картины. Подчеркнём: на ЭДГ задней черепной ямки распространяются все главные черты компримирующего мозг процесса, свойственные внутричерепным гематомам. И всё же при общности закономерностей развития в клинике эпидуральной гематомы задней черепной ямки можно выделить ряд отличительных особенностей.

Если образование супратенториальной эпидуральной гематомы обычно связано с артериальным кровотечением (из оболочечных артерий), то источником субтенториальной гематомы чаще является венозное кровотечение (из поперечного синуса, вен твёрдой мозговой оболочки и т.д.). Указанное обстоятельство накладывает своеобразный отпечаток на динамику клинического проявления ЭДГ задней черепной ямки, нередко обуславливая подострый темп её развития с развёрнутым или стёртым вариантом светлого промежутка после травмы. В отличие от супратенториальной, эпидуральная гематома задней черепной ямки располагается в непосредственной близости к основным путям оттока ликвора. Поэтому даже при сравнительно небольшом объёме излившейся крови она способна вызывать значительные нарушения ликвороциркуляции с избыточным скоплением ЦСЖ в желудочках мозга и развёртыванием окклюзионной гидроцефалии.

Для ЭДГ задней черепной ямки наиболее постоянны и характерны следующие клинические признаки:

1) локализация места приложения травмирующего агента в шейно-затылочной области; наличие перелома затылочной кости, подтверждаемого КТ или краниографией – задним полуаксиальным снимком, а косвенно отёком и уплотнением мягких тканей в шейно-затылочной области;

2) локальные боли в шейно-затылочной области; тесная связь усиления головной боли, возникновения рвоты и головокружения с переменной положения головы и тела в пространстве; выраженная тенденция к фиксированному положению головы с предпочтительным положением больного на боку, соответствующем стороне расположения гематомы; отчётливая ригидность мышц затылка;

3) развёртывание на фоне синдрома компрессии головного мозга, имеющего ранний окклюзионный оттенок, мозжечково-стволовой симптоматики в качестве очаговой – гипотонии в конечностях, нарушения координации, бульбарных расстройств, спонтанного нистагма, поражения каудальных черепных нервов, пирамидных знаков. При этом может отмечаться преобладание выраженных мозжечковых проявлений на стороне расположения гематомы, а контрлатерально – сравнительно мягкой пирамидной симптоматики.

Следует помнить, что наряду с постепенным развёртыванием клинической картины эпидуральной гематомы задней черепной ямки вслед за светлым промежутком наблюдается и стремительное развитие сдавления ствола мозга с утратой сознания, тоническими судорогами и грубыми нарушениями жизненно важных функций.

(Окончание следует.)

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии РФ.
НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

Трудно представить наш XXI век без гражданской авиации. Благодаря ей, сидя в комфортных условиях в салоне самолёта, мы за короткое время перемещаемся на разные континенты и в разные страны. Авиация для каждого стала нормой жизни. Но в последнее время часто приходится слышать о катастрофах, связанных с человеческим фактором, который знаком пилотам авиалайнеров не понаслышке – на них лежит огромная ответственность за пассажиров. Важный вопрос о пригодности лётчиков недавно обсудили по инициативе Федерального агентства воздушного транспорта на совещании, которое прошло в Центральной клинической больнице гражданской авиации.

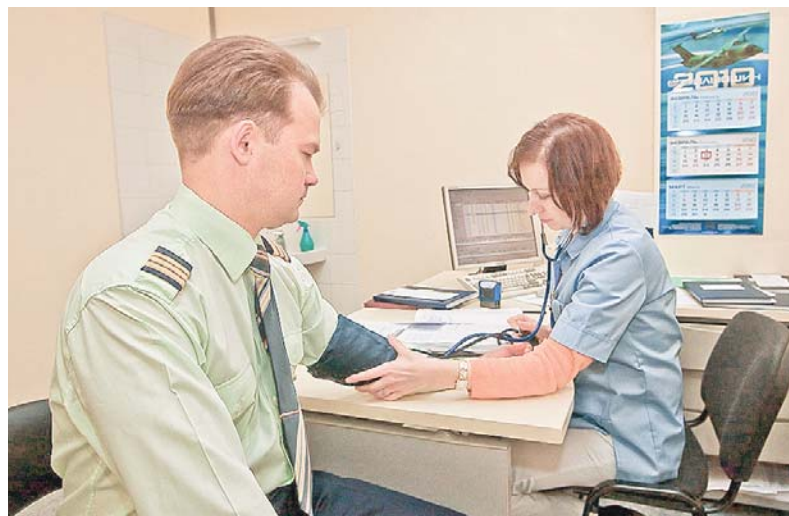
Одна из главных проблем профессиональной заболеваемости у пилотов – поражение слуха, и этот вопрос стоит на повестке дня сегодня очень остро. В последние годы поток авиапассажиров увеличивается всё больше. В московских аэропортах Домодедово, Шереметьево он достигает 2,5 млн человек в месяц. Пилотам приходится летать часто и подолгу, нагрузки, которые они испытывают за штурвалом, велики и из-за шума на рабочем месте, что нередко приводит к снижению слуха, а это угроза гибели авиалайнера.

Открывая нынешнее совещание, ведущий консультант Росавиации Е. Колесникова подчеркнула, что встаёт ещё немало нерешённых проблем перед теми ведомствами, которые за них отвечают, что проблема данной профпатологии комплексная и здесь очень важно межведомственное взаимодействие заинтересованных сторон – Роспотребнадзора, Центральной врачебно-лётной экспертной комиссии, врачей авиакомпаний, которые не всегда вовремя выявляют тугоухость, не назначают необходимые профилактические мероприятия, не направляют пилотов в специализированные центры. Шёл раз-

Деловые встречи

Одна у лётчика мечта — высота

Она осуществима, если за его здоровьем следят врачи



Дружба пилота и врача – гарантия от неприятных неожиданностей в воздухе

говор и о необходимости усилить работу профпатологов. Сегодня предстоит отработать алгоритмы взаимодействия всех подразделений, участвующих в этой работе, в том числе критерии экспертизы связи заболевания с профессией и профпригодности пилотов.

В Центральной клинической больнице ГА впервые стал функционировать Центр профпатологии ГА, и от него ждут огромную пользу. Интересную схему работы Центра профпатологии представила его руководитель доктор медицинских наук, профессор, ведущий специалист по оториноларингологии в стране

В. Панкова. Она озвучила первые предложения о взаимодействии медицинских структур в рамках работы по установлению тугоухости для лиц лётной профессии гражданской авиации, рассказала, как организована работа данного центра, описала его структуру.

Продолжила тему главный врач ЦКБ ГА доктор медицинских наук Н. Забродина. Она рассказала о схеме работы центра: приём проводится для всех пилотов, у которых выявлена тугоухость, и если есть вопросы, необходимость в консультации, экспертизе – двери центра для них открыты всегда. Она остановилась на двух

вопросах – финансовом и организационном. Сегодня больница работает в системе ОМС, то есть есть возможность лечиться здесь бесплатно. Но в клинике можно получить и платную помощь, пройти реабилитацию. Для этого в терапевтическом отделении больницы создана штатная структура, которая будет заниматься данной патологией. Больница, сказала Н. Забродина, располагает высокими современными технологиями, здесь бесплатно выполняются дорогостоящие операции.

Главный врач авиакомпании «Трансаэро» Д. Давыдов поставил вопрос о необходимости определения критериев профпригодности, которые пока что каждый год меняются, а обязанность врачей врачебно-лётной экспертизы вовремя определить патологию, что обеспечивает пилоту своевременное сохранение здоровья.

Много интересных предложений высказали участники совещания – о создании схемы своевременного обследования и профилактики, отработке единых алгоритмов лечения, доведения их до сведения пилотов. Допуск пилота к работе должен быть чётко сформулирован и лётчик обязан приходить к работодателю авиакомпании с выполненными рекомендациями. Был поставлен вопрос о создании постоянно действующей рабочей группы по разработке нормативных документов Росавиации, а в связи с тем, что некоторые медицинские стандарты поменялись, специалисты должны пройти

обучение, следует провести циклы лекций для оториноларингологов врачебно-лётных экспертных комиссий ГА.

В заключение совещания с интересным докладом выступил кандидат медицинских наук, ангиохирург Московской ГКБ им. С.П. Боткина Э. Науменко, который предложил свой, новаторский подход к профилактике профзаболеваний как для лётчиков, так и для авиапассажиров для нивелирования неблагоприятных факторов во время полётов и после них. Он назвал данную программу-проект «Авиафитнес: для членов экипажей и авиатористов», которая может быть использована как перспектива развития оздоровительных услуг в аэропортах.

Программа необходима и для членов экипажей военной авиации, где перед пилотами стоят такие же проблемы, у которых развитие некоторых заболеваний связано с гиподинамией и гипокинезией, а также с высокими перегрузками.

Выступавший подчеркнул, что это новейший подход к данной проблеме и в России и в мире. В экспериментальном опробовании её участвовали студенты Национального государственного университета физической культуры, спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта в Санкт-Петербурге. В ходе его определились многие параметры хорошего самочувствия во время полётов, те из них, которые обеспечивают состояние, безопасное для здоровья. Физиологический авиафитнес подразумевает круглосуточную подготовку к авиаперелётам для экипажей и пассажиров, предусматривает индивидуальный прогностический экспресс-комплекс. Он рассчитан на четыре категории граждан в зависимости от состояния их здоровья.

Участники совещания с интересом прослушали доклад, высказали автору свои мнения, что данная программа несомненно полезна.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Москва.

Начало

В библиотеке Новосибирского государственного медицинского университета появился электронный читальный зал на 24 рабочих места. Каждый персональный компьютер оснащён сенсорным дисплеем для управления библиотечной системой, наушниками для прослушивания аудио- и просмотра видеоматериалов. Новое подразделение сразу стало популярным у студентов, которые не только после занятий, но даже на переменах приходят сюда, чтобы основательно поработать с электронными изданиями или быстро найти необходимую информацию.

По словам начальника отдела информатизации НГМУ Юрия Прокушева, целенаправленно заниматься формированием электронного библиотечного фонда здесь начали в 2013 г. Сегодня для посетителей читального зала доступны более 3 тыс. наименований электронных изданий, причём не только цифровые версии книг, журналов и диссертационных работ из собственного хранилища, но также тексты, предоставленные другими российскими учебными заведениями в рамках соответствующих межвузовских соглашений о бесплатном обмене изданиями. В настоящее время такой обмен налажен у НГМУ с Красноярским и Северо-Осетинским медицинскими университетами, новосибирскими педагогическим и техническим университетами. Начинается обмен изданиями с Иркутским медицинским университетом и Иркутской медицинской академией

Новая жизнь старой книги

Электронные библиотеки становятся нам всё привычнее

последипломного образования. Есть договорённость о доступности для будущих новосибирских врачей электронных научных журналов Казанского госмедуниверситета, ведётся диалог об электронном книгообмене с вузами Томска, Омска, Кемерово, Астаны.

Дело могло бы двигаться значительно быстрее, если бы не ограничения, которые налагают на деятельность электронных библиотек Закон об авторском праве.

– Возникают большие проблемы, если в нашем распоряжении нет юридических документов, которыми авторы дают нам право распоряжаться их электронными изданиями. С каждым автором мы вынуждены вступать в такие переговоры, и это занимает много времени – от нескольких дней до года, – говорит Ю. Прокушев.

В аналогичных условиях работают библиотеки всех вузов, имеющие электронный фонд. Но это не единственная сложность в их

работе: существуют законодательные препятствия для возможности удалённого доступа читателей к электронному библиотечному фонду. Иными словами, чтобы поработать с нужной литературой, студенту или преподавателю университета необходимо прийти в библиотеку в часы её работы, занять место у компьютера в электронном читальном зале и провести там какое-то время, оставив все другие дела. Нужно ли говорить, что это не всем и не всегда может быть удобно? Но почему нельзя иначе, например, предоставить читателю пароль и логин, по которым он вправе пользоваться ресурсами библиотеки с любого доступного ему компьютера в любое удобное для него время?

По Закону об авторском праве оцифрованные книги и журналы, изданные более 10 лет назад, могут быть доступны читателям только в помещении библиотеки. Собственно для того, чтобы обеспечить сту-

дентам и преподавателям НГМУ такую возможность, здесь и открыли электронный читальный зал. Таким образом законодатель пытается предупредить незаконное копирование и распространение чужой интеллектуальной собственности: в помещении читального зала нельзя скопировать книгу или журнал целиком, так как данная функция в компьютере заблокирована, и даже страничное копирование невозможно, потому что рядом постоянно находится работник библиотеки. По мнению моего собеседника, требование закона, с одной стороны, справедливо обеспечивает соблюдение авторских прав, а с другой стороны, очень сильно ограничивает развитие электронных библиотек и доступность их услуг читателям.

И хотя есть прецедент – Российская государственная библиотека создала систему виртуальных читальных залов и несколько раз в судах доказала своё право на данный

вид деятельности – механически перенять этот опыт невозможно, поскольку в России нет прецедентного права. Вот если Верховный суд выпустит разъяснения в данной части законодательства об авторском праве, положительный опыт РГБ будет иметь юридическую силу, и университетские библиотеки непременно ему последуют.

А пока законодательные коллизии не устранены, в НГМУ продолжают заниматься пополнением фонда электронной библиотеки теми изданиями, в отношении которых закон однозначно даёт добро: оцифровывают и размещают собственные печатные издания, научные издания старше 10 лет, а также совсем старые, в том числе раритетные книги, перешедшие в категорию «общественное достояние». Ну и конечно, включают в свою электронную библиотеку открытые статьи и монографии из иностранных ресурсов.

За какими библиотеками будущее – традиционными или электронными? Стоит ли в принципе таких усилий создание электронных библиофондов? По мнению Ю. Прокушева, усилия не напрасны, так как будущее библиотек за смешанным типом:

– По статистике, тиражи бумажных изданий сокращаются, а электронных – растут, – говорит он. – Думаю, как только будет достигнут баланс, на этом процесс деления остановится и спор в обществе о преимуществах того или иного варианта книг прекратится.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

В Кемеровской области малоинвазивные операции в детской практике уверенно теснят традиционную хирургию. Уже сегодня каждое шестое плановое вмешательство проводится здесь с применением эндовидеохирургической техники.

Хотя эра детской микрохирургии началась в Кузбассе сравнительно недавно – всего 4 года назад. Именно тогда благодаря программе модернизации здравоохранения крупные детские клиники стали оснащаться видеозендоскопической аппаратурой и современными хирургическими наборами для оказания помощи юным пациентам. Новое оборудование и инструментарий позволяли выполнять оперативные вмешательства через мини-доступы, или, как говорят сами хирурги, «через замочную скважину», с наименьшими осложнениями и хорошими отдалёнными результатами.

В список больниц, практикующих инновационные подходы, вошли детская городская клиническая больница № 5 Кемерово, детская клиническая больница № 4 Новокузнецка, новокузнецкий зональный перинатальный центр и Центр охраны здоровья шахтёров Ленинска-Кузнецкого. Но безусловным лидером в развитии нового направления стала кемеровская ДГКБ № 5.

– Первую видеозендоскопическую стойку это медучреждение получило 15 лет назад в подарок от губернатора. Её освоение началось с эндохирургического лечения острого аппендицита и острого холецистита. За год в то время выполнялось 20-30 операций, – вспоминает главный детский хирург Департамента здравоохранения Кемеровской

Современные технологии

«Через замочную скважину»

Так сегодня в Кузбассе осуществляется хирургическая помощь детям



Виктор Кравченко

области Виктор Кравченко. – А сейчас 90% всех аппендэктомий проводится здесь через мини-доступы. В 2014 г. больница внедрила в практику 19 новых эндовидеохирургических методов лечения. В общей сложности было выполнено 915 малоинвазивных операций, в том числе и у новорождённых. Кстати, в настоящее время ДГКБ № 5 – единственная в области проводит видеоассистированные операции у пациентов этой возрастной группы. Но уже в нынешнем году к ней планируют присоединиться детская клиническая городская больница № 4 Новокузнецка и Новокузнецкий зональный перинатальный центр: детские

хирурги этих медучреждений прошли соответствующую специализацию.

Если говорить о спектре щадящих операций в детской хирургии Кузбасса, он достаточно обширен. Это операции по поводу спаечной болезни, непроходимости пищевода и различных отделов желудка и кишечника, при врождённых диафрагмальных грыжах у новорождённых. Большой прорыв произошёл в лечении больных с патологией мочевыделительной системы, а она, увы, обширна... После того как год назад зональный перинатальный центр приобрёл урологическую видеозендоскопическую стойку, пациенты с юга Кузбасса

перестали поступать в Кемерово: всю помощь им теперь оказывают «рядом с домом». В настоящее время кемеровские специалисты планируют развивать малоинвазивные операции при пороках развития лёгких у детей, а также при объёмных образованиях лёгких и средостения.

Чтобы обучить новым методикам как можно больше детских хирургов, Департамент здравоохранения области организует в Кемерово мастер-классы. Для их проведения приглашают ведущих детских специалистов России. На подобных мероприятиях лекции непременно сопровождаются показательными операциями, которые в режиме онлайн транслируются из операционной в конференц-зал. Уже прошло 3 мастер-класса: по лечению гастроэзофагеального рефлюкса, по атрезиям пищевода и по хирургии пороков развития толстой кишки.

Впрочем, больницы Кузбасса и сами охотно посылают своих докторов на стажировки в ведущие клиники не только России, но и зарубежья. И, несмотря на кризис, продолжают обучать их новым технологиям.

– Сегодня в области работают 85 детских хирургов. К сожалению, в целом дефицит кадров в этой специальности довольно значительный, – констатирует В.Кравченко. – Во многих территориях таких врачей нет вообще, всю экстренную по-

мощь детям оказывают хирурги общей лечебной сети.

Чтобы оптимизировать оказание хирургической помощи несовершеннолетним и поднять её на современный уровень, Департамент здравоохранения издал приказ, предписывающий всех плановых больных из таких территорий направлять на лечение в Кемерово, Новокузнецк, Ленинск-Кузнецкий или Прокопьевск. Но и в тех городах и районах, где имеются свои детские хирурги, им разрешено проводить плановые операции только детям старшего возраста. Всех пациентов младше 5 лет они должны направлять в клиники названных городов, активно развивающие инновационные технологии. В настоящее время Кемерово и Новокузнецк «забирают» на себя больше половины всех плановых хирургических операций. И почти каждая третья из них выполняется малоинвазивными методами, позволяющими свести до минимума операционную травму и значительно ускорить процесс выздоровления ребёнка.

– Полвека назад летальность при врождённых пороках развития достигала в Кузбассе 60-70%, – вспоминает В.Кравченко. – Сегодня – 4,5-7,5%, это среднероссийский уровень.

Валентина АКИМОВА,
собр. корр. «МГ».

Кемерово.

Итоги и прогнозы

Экспертиза на новом уровне

Межрегиональная научно-практическая конференция судебно-медицинских экспертов Южного и Северо-Кавказского федеральных округов Российской Федерации «Актуальные вопросы теории и практики судебно-медицинской экспертизы» прошла в Геленджике. Форум уже стал традиционным, и в этот раз участие в нём приняли представители Краснодарского и Ставропольского краёв, республик Северного Кавказа: Адыгеи, Северной Осетии – Алании, Дагестана, Ингушетии, Чеченской, а также Астраханской, Волгоградской и Ростовской областей, Республики Калмыкия и – впервые – Республики Крым.

Приветственным словом открыл конференцию председатель её президиума, президент Ассоциации учреждений судебно-медицинской экспертизы Южного федерального округа, начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы Ставропольского края, заведующий кафедрой судебной медицины Ставропольского государственного медицинского университета Анатолий Копылов. Он также выступил с докладом о работе судебно-медицинской экспертной службы Северо-Кавказского федерального округа в минувшем году.

Итоги работы за 2014 г. и перспективы развития государственных судебно-медицинских учреждений системы здравоохранения Южного федерального округа осветил в своём выступлении заведующий отделом Бюро судебно-медицинской экспертизы Краснодарского края Николай Варшавец, долгое время руководивший этим

учреждением и являвшийся главным специалистом по судебно-медицинской экспертизе Минздрава России по Южному федеральному округу.

Выступившие с тематическими организационно-методическими и научно-практическими сообщениями участники конференции поделились информацией о проблемах организации и проведения судебно-медицинских экспертиз и исследований, а также результатами научных исследований, связанных с внедрением в практическую деятельность судебно-медицинских экспертных учреждений новых, в том числе высокотехнологичных, приёмов и методик экспертных исследований. Многие работы, вынесенные на конференцию, были посвящены вопросам правового обеспечения экспертной деятельности, контролю качества экспертных исследований, дифференциальной диагностике скоропостижной смерти и смерти от внешнего токсического

воздействия алкоголя и наркотических веществ. Рассматривались также вопросы необходимости оптимизации работы государственных учреждений судебно-медицинской экспертизы в современных условиях и соответствия оснащения и квалификационных требований судебно-медицинских учреждений федеральным стандартам.

Особый интерес и дискуссии вызвали сообщения доктора А.Никитаева (Республика Крым) «О новом морфологическом признаке входной огнестрельной раны»; В.Галкина (Астрахань) «К вопросу определения вреда причинённого здоровью человека при травмах, сопряжённых с повреждением ранее установленных с целью эндопротезирования металлических конструкций», а также сообщение заведующего молекулярно-генетической лабораторией Краснодарского краевого бюро СМЭ Д.Рукавичкина о результатах работы лаборатории.

Делегатам конференции были представлены вновь назначенные руководители судебно-медицинских экспертных учреждений.

По завершении конференции был принят проект решения и предложения по его реализации.

Рубен КАЗАРЯН,
собр. корр. «МГ».

Краснодарский край.

Тенденции

Хирургическая служба Новосибирской областной клинической больницы пополнилась двумя новыми операционными, причем профильными: расположенные на первом этаже, в непосредственной близости от приёмного отделения, эти операционные имеют статус экстренных.

Теперь — двадцать операционных!

Теперь путь больного от кассы «скорой» у подъезда клиники до операционного стола занимает от силы минуту, в то время как основные оперблоки расположены на 4-м и 5-м этажах больницы. Хирурги знают: в ситуациях, когда привозят пациента с травмой головы, колото-резаной раной, массивным кровотечением и т.п., лишние минуты транспортировки внутри лечебного учреждения могут играть решающую роль.

В каждом из новых экстренных залов два операционных стола, что позволяет при необходимости разворачивать работу нескольких бригад параллельно. Но самое главное достоинство новых помещений, считает заместитель главного врача Новосибирской ОКБ по хирургии Иван Поршенников, – это комфортные условия для работы персонала. Всё здесь – отделка стен и потолков, система вентиляции и поддержания

нужного температурного режима, освещение – соответствует тому, как должно быть в современных операционных, учитывая, что хирурги, анестезиологи и медицинские сестры проводят за работой по многу часов. Как сообщил на открытии министр здравоохранения Новосибирской области Олег Иванинский, общая сумма вложений в строительство двух операционных превысила 40 млн руб.

С открытием новых залов количество операционных в ОКБ достигло 20. В течение года в крупнейшем лечебном учреждении региона выполняется более 34 тыс. хирургических вмешательств разной степени сложности, от удаления аденоидов до трансплантации печени.

Елена БУШ,
собр. корр. «МГ».

Новосибирск.

Весна уходит, но оставляет во многих семьях такие сопутствующие этому радостному сезону заболевания, как детские аллергии и авитаминоз. Как свести к минимуму страдания малышей от этих, казалось бы, вполне безобидных и, по мнению многих, «естественных» болезней роста? Об этом – беседа с кандидатом медицинских наук, московским врачом-натуропатом Николаем УЛИТИНЫМ.

– В обществе сложилось примерно такое отношение к детскому весеннему авитаминозу: дескать, это нормально, это нечто само собой разумеющееся, – начал Николай Алексеевич. – Ну, сыпь у ребёнка появилась, аппетит испортился... Подумаешь! Скоро лето наступит и всё пройдёт. Мол, чуть ли не все дети будто бы должны пройти через неизбежное испытание аллергией.

– А что, разве не так? Помнится, у моей дочки в младенчестве появлялась сыпь на коже, особенно в апреле, а мы с женой, честно говоря, не особенно из-за этого волновались.

– Напрасно. Конечно, аллергия и сезонный авитаминоз – далеко не самые проблемные детские недуги. Это верно. И тем не менее... Заявляю как специалист со стажем: их можно и нужно избегать. Изначально. Тут все от правильного питания зависит, то есть в конечном итоге от родителей. Учтите, что в раннем возрасте закладывается основа благополучия пищеварительной системы организма. На всю дальнейшую жизнь.

– Ну, с детским-то питанием сейчас проблем нет, ассортимент широчайший. А уж витаминов в этих высококачественных продуктах – немеряно.

– В том-то и штука, что авитаминоз и острые аллергии возникают, как правило, не по причине явной нехватки витаминов, а из-за того, что детский организм или плохо усваивает полезные вещества, или даже отторгает их. Я какое-то время работал главным врачом детского врачебно-физкультурного диспансера и каждую весну наблюдал у маленьких пациентов сыпь, пятна на теле, расстройства пищеварения. Начнёшь говорить с мамой, реже – с папой, так они всякий раз твердят, что очень заботятся о правильном питании ребёнка, часами его выгуливают на свежем воздухе. И уверенно заявляют: «Доктор, ну это же нормально по весне, вы пропишите какое-нибудь лекарство, чтобы Леночка, Сашенька не чесались и кушали с аппетитом».

– А вы что же?

– Что, что... Назначал препараты, конечно. Куда же деваться! Химию всякую прописывал. Меня ведь

Наши интервью

Малыш, еда и воздух

Как укрепить этот дружеский симбиоз?



перед уже свершившимся фактом эти мамы и папы ставили. Перед болезнью, которая к тому моменту в силу вошла. На данной стадии приходилось бороться с аллергией и авитаминозом, так сказать, брутальными средствами. А ведь можно было до этого не доводить.

– Предвижу, что сейчас вы начнёте проповедь и пропаганду натуральных продуктов... Но, к примеру, апельсины и другие цитрусовые – это ведь натуральный продукт, а очень часто вызывает у детей аллергию.

– Аллергия на цитрусовые – это, пожалуй, самый яркий довод, что кушать надо те продукты, которые выращены на родной земле. В родном регионе, в привычном климате. У латиноамериканских детей, к примеру, аллергии на цитрусовые нет и быть не может. Как надо относиться к цитрусовым, давать ли их детям? Ответ простой: если вызывают аллергию, то не давать. Или взять хотя бы шоколад – один из самых распространённых аллергенов. Это натуральный продукт? Не совсем, учитывая всякие «присадки». Так

вот, если давать ребёнку немного шоколада после натуральной каши, то аллергии почти стопроцентно не будет. А если через час-два после еды, то обычно наблюдаем у малыша аллергию.

– Выражение «натуральная каша» – это интересно. А бывают ненатуральные?

– Бывают. Вообще, все продукты, к которым приложил руку человек – лишь наполовину натуральные. Натура – это природа минус человек. К примеру, если кормить ребёнка шлифованным рисом, то жди авитаминоза. А грубый рис, которым многие брезгуют, усваивается отлично, авитаминоз не грозит. И дело тут даже не в присутствии или отсутствии отрубей (а в них-то и содержится наибольшее количество витаминов). Дело в том, что обработанный рис или другие «очищенные» злаки – это сплошные легко усвояемые углеводы. Пищеварительная система ребёнка становится ленивой, избалованной, она привыкает к «непыльной» работе и блокирует поступление в организм сложных витаминов. Над

их извлечением и усвоением ведь трудиться надо! Причём это касается любых источников питания, не только злаковых каш. Чем сильнее обработан пищевой продукт на фабрике, тем больше этот продукт препятствует формированию здоровой микрофлоры кишечника. А нормальная, здоровая микрофлора сама способна синтезировать нужные в данный момент витамины. И родители, которые кормят малыша на скорую руку, то есть самыми несложными для приготовления продуктами, тем самым препятствуют развитию здоровых процессов в организме ребёнка. Начинается, как мы говорим, патологическое голодание. То есть нехватка витаминов, микроэлементов, аминокислот, протеинов, жиров, полноценных углеводов.

– Отсюда и всякие аллергии? – Примерно так. Здоровая микрофлора кишечника включает в себя весь набор нужных ферментов. Зачем они нужны? Затем, что для усвоения каждого вида пищи – фруктов, мучного, молочных продуктов, смесей и так

далее – требуется свой, особый фермент. Их подчас нет даже во взрослом организме, потому что в детском возрасте он не приучился их вырабатывать. А почему? Да всё потому же: родители кормили сублимированной едой.

– Об усвоении... Какие, на ваш взгляд, вещи должны «усвоить» родители?

– Основа основ – это, по возможности, раздельное питание для ребёнка. Его поджелудочная железа, к примеру, вырабатывает фермент для усвоения мяса, фермент для усвоения картофеля. Но нет у ребёнка фермента для усвоения смеси картофеля и мяса. Усваивается только биологическая энергетика продуктов, то бишь калории. А не вся гамма полезных веществ. Получается так: вроде бы сыт, а болеет. Это иллюзия сытости, за ней – предрасположенность к полноте. Далее. Родители должны понимать, что детей надо кормить «детской» пищей, а не взрослой. Малышам очень нужны фрукты, злаки, овощи, молочные продукты. И особенно – мёд, только в малых количествах, с чаем.

– Правда ли, что чай может снять аллергию?

– Отчасти. Любая аллергия – это воспаление, отёк. А чай обладает мочегонным эффектом, особенно для детского организма. Хорошо помогает от аллергии яйцо всмятку – весной можно даже по одному в день давать, особенно если уже проявились авитаминоз и острая аллергия.

– А можно ли «выработать» у ребёнка иммунитет на аллергию? Или, вернее, против аллергии...

– Это вполне достижимо. Тут играет роль целый комплекс факторов. О питании я говорил. Теперь о прогулках. Весенний свежий воздух – вплоть до начала лета – содержит много кислорода, отрицательных ионов, рассеянных солнечных лучей. Всё это, конечно, способствует повышению иммунитета к различным заболеваниям, в том числе к аллергиям.

Александр АННИН,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Опыт

Не больно и не трудно

Так сегодня всё чаще лечат геморрой

В рамках недавно прошедшего Московского международного конгресса колопроктологов была проведена демонстрационная операция по безболезненному устранению геморроидальных узлов при помощи нового проктоскопа, а также доплерографического аппарата нового поколения, позволяющего создать карту сосудов человека в конкретной области.

Цветовое картирование позволяет более точно определить глубину сосудов и сводит операционные ошибки к минимуму. Принципиальным отличием нового аппарата является универсальная совместимость доплерографического прибора с другими аппаратами, что в будущем позволит использовать его для очень широкого перечня операций, а также тот факт, что он

дешевле, нежели зарубежные аналоги. Кроме того, в ходе операции был продемонстрирован новый вид проктоскопа, который отличает постеночное освещение и удобный плавный упор для иглы при проведении операции. Таким образом, даже при залипании проктоскопа кровью врач не утрачивает ни визуальный, ни доплерографический контроль за ходом операции.

Суть операционного метода, продемонстрированного одним из разработчиков прибора – руководителем отделения общей и реконструктивной колопроктологии Государственного научного центра колопроктологии профессором А.Титовым, состоит в том, чтобы при устранении геморроидального узла затронуть только его малочувствительные части и избежать как повреждения нижних артерий, которые уходят глубже, так и пере-

жима сосудов, основной причины резких болевых ощущений и последующей реабилитации. При этом методе узлы как бы вдавливаются в прямую кишку, а не удаляются. Операция занимает не более 30 минут, и больной возвращается к полноценной жизни уже на следующий день.

– Наша цель – устранить главную «застывшую» при лечении запущенной стадии геморроя, которая находится у человека в голове, – отметил профессор Титов. – Дело в том, что люди чаще всего начинают лечить это заболевание только тогда, когда хирургическое вмешательство неизбежно. Этим недугом страдает порядка 20% взрослого населения страны, и отчего-то бытует мнение, что его лечение – это больно и трудно, поэтому люди нередко жертвуют качеством жизни под давлением этого устаревшего стереотипа.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Сити!

Новости

Нейрохирурги Детской краевой клинической больницы в Краснодаре вместе с научным сотрудником НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко Дмитрием Кочановым провели височную лобэктомию 17-летнему пациенту – и победили эпилепсию.

Побеждая эпилепсию

В России около 2% страдающих эпилепсией нуждаются в проведении хирургического вмешательства. Это те пациенты, у которых не наблюдается улучшений от лекарственной терапии. В случае, когда команда врачей-эпилептологов определяет, что причиной приступов является видоизменённый участок головного мозга (это может быть и доброкачественная опухоль), пациенту показано проведение височной лобэктомии. Во время хирургического вмешательства

нейрохирурги проникают в глубинные отделы височной области и удаляют злополучный участок.

Операция длится 3-4 часа, при достаточном опыте, несмотря на сложность, несёт минимальный риск и в 70% случаев позволяет пациенту навсегда избавиться от приступов. В Москве лечение

эпилепсии хирургическим путём практикуют около 4 лет. Теперь эту операцию смогут выполнить и кубанские детские нейрохирурги. Как отметил Дмитрий Кочанов, в Детской краевой клинической больнице есть все условия для проведения таких операций.

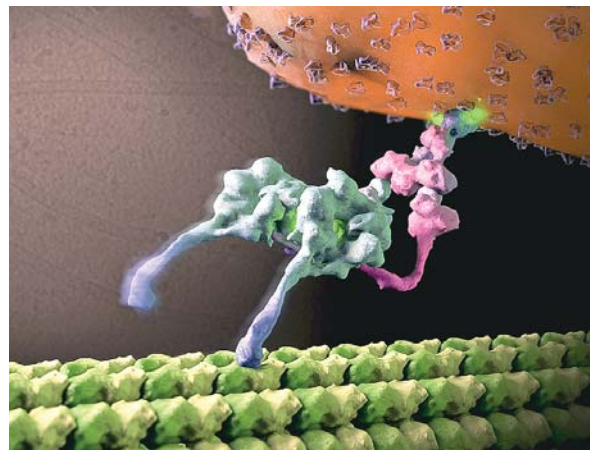
Первое проведённое здесь вмешательство – височная лобэктомия с целью лечения эпилепсии прошла успешно.

Аревик ТАМРАЗЯН,
внешт. корр. «МГ».

Краснодарский край.

Мир как-то внезапно перешёл в оцифрованное состояние, «шифруя» буквально всё с помощью двух символов — 0 и 1, он и off, свет и тьма, хотя космос задолго до этого создал гораздо более разнообразную жизнь, для которой потребовалось четыре кодирующих элемента (АГТС) ДНК. В норме последняя имеет высокую степень защиты, но тем не менее жизнь не защищена от космического излучения, химического загрязнения и «ошибок» ферментов, отвечающих за синтез вещества генов перед делением клеток. Изменения в ДНК приводят к отклонениям, проявляющимся как раки и нейродегенеративные заболевания.

В Кембридже изучались геномы более 120 тыс. женщин европейского происхождения по всему миру, что позволило выявить 15 новых изменений, повышающих риск рака груди. Ежегодно в Британии этот диагноз узнают 50 тыс. женщин и девушек, и у 5% риск развития опухоли в 2 раза выше из-за указанных маркёров, а у 0,7% он может составлять 33%. Маркёры за счёт более эффективного скрининга позволяют выявить болезнь на более ранней стадии и эффективнее её лечить, недаром сегодня 78% пациенток живут



Микротрубочка, динеин которой взаимодействует с диактином, переносящим груз

более 10 лет после установления диагноза.

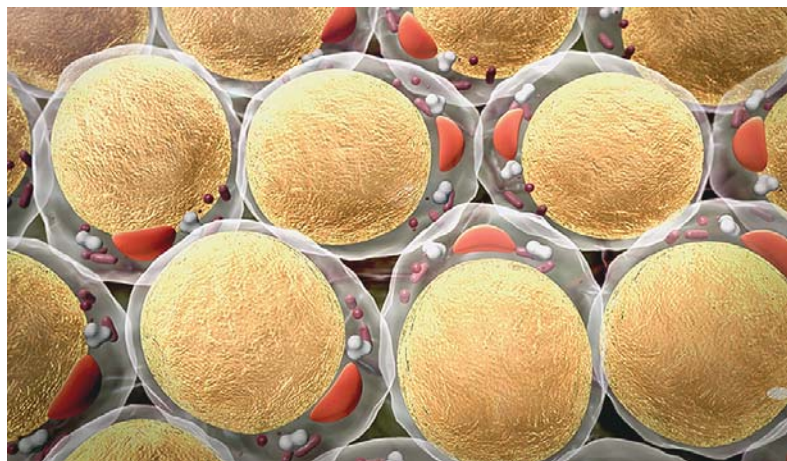
Через 5 лет после смерти вождя в Стокгольме решили вспомнить об открытии молодого П.Черенкова, сделанном в 30-е годы, который доказал, что в среде (не в вакууме) скорость света может быть чуть больше постулированного Эйнштейном «лимита». Физики рассказывают, что именно черенковское излучение даёт голубое свечение подводных реакторов. Раковая клетка отличается геном-

клеиновых кислот поближе к ядру. По микротрубочкам идёт активный транспорт белка трансферрина, переносящего железо к митохондриям, производящим энергоёмкую АТФ и агрессивные радикалы, вызывающие порывы цепей ДНК.

То же наблюдается и в стареющих клетках, которые висят тяжёлым грузом «на балансе» организма. Специалисты клиники Майо в Рочестере и Исследовательского института во Флориде показали, что указанные клетки включают

Открытия, находки

П.Черенков был прав



Клетки жира, «убираемые» сенолитиками дасатинибом и кверцетином

ным дисбалансом, приводящим к нарушению белковых структур в цитоплазме клеток, к которым относятся микротрубочки из белка тубулина, среди молекул которого «встроены» глобулы динеина, обеспечивающего динамику внутриклеточного трафика (откуда и название). Но динеин похож на «камни», зацементированные в стенке, на которых тренируются скалолазы. Функцию рук, удерживающих груз тела, выполняют тяжёлые «дин-актина» (от лат. act — действие). Работа белкового комплекса нарушается не только в раковых клетках, но и нервных, в результате чего возникают амиотрофический склероз и болезнь Альцгеймера, паркинсонизм и хорей Гентингтона. Динеин-динактин используется различными вирусами для доставки их ну-

режим «выживания», задачей которого становится сопротивление их удалению. Как и в раковых клетках выживание подавляет механизмы апоптоза и иммунной атаки. К радости учёных, сочетание противоракового дасатиниба и противовоспалительного кверцетина, являющегося естественной пищевой добавкой, оказывает «очищающее» действие. Первый из них удаляет стволовые клетки

жира, а второй «санирует» костный мозг и эндотелий. Применение комбинации веществ, которым авторы дали название «сенолитики», привело в эксперименте на мышах

ны — положительно заряженные электроны, излучаемые ядрами слабо радиоактивных изотопов, например фтор-дезоксиглюкозы. Относительно давно был создан титаноцен, представляющий собой атом металла, соединённого с одной стороны с двумя 5-углеродными кольцами, а с другой — двумя атомами хлора. К сожалению, при своей низкой токсичности титаноцен показывает слабую противоопухолевую активность. В Вашингтонском университете в Сент-Луисе решили совместить разные слабости, поместив молекулы последнего в белок трансферрин, который активно соединяется на поверхности трансформированных клеток со своими многочисленными белковыми рецепторами, пронизывающими клеточную оболочку.

Трансферрин соединяется с поверхностью наночастиц из двуокиси титана (TiO₂), активно улавливающих свет и «передающих» его титаноцену, который генерирует большое количество агрессивных радикалов в опухолевой среде с её гипоксией. Радикалы буквально «набрасываются» на ДНК злокачественных клеток и рвут её цепи, что ведёт к уменьшению опухолевого объёма (в мышинных моделях рака лёгких и фибросаркомы человека — восьмикратное уменьшение за 15 дней). При этом здоровые клетки не затрагиваются в силу того, что на их поверхности рецепторов трансферрина мало или вовсе нет. ПЭТ служит для «фиксации» опухоли, а радионуклидное излучение Черенкова «возбуждает» TiO₂, свет которого неизмеримо усиливает действие титаноцена.

Игорь ЛАЛЯНИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature Genetics.

Перспективы

Золото и рак

У наших предков поobleдние кожи в Европе было связано с недостатком ультрафиолета и вследствие этого синтеза витамина D, который включает ген синтеза двух меланинов — чёрного и рыжего. Сочетание пятен этих двух цветов на белом фоне наблюдается у кошек Calico, чего в норме не бывает у котят. Трёхцветность кошек связана со случайной инактивацией женской половой хромосомы X в клетках волосных фолликулов-мешочков, белые волосы говорят о выключении гена меланина в обеих хромосомах.

Пару лет назад в Йельском университете установили, что за «выключение» генов X-хромосомы отвечает длинная некодирующая РНК, которая способна выключить все гены хромосомы размером 1,5 млн нуклеотидов (ген-«букв»), причём длины РНК явно не хватало на всю X-хромосому. Год спустя в институте иммунологии и эпигенетики Фрайберга показали, что РНК в её сайленсинге генов X-хромосомы помогают белки MSL и MOF. Название первого указывает на характерную для самцов летальность, второго — на «отсутствие» самцов. В имени института недаром упомянуто слово «эпигенетика», поскольку выключение активности проис-

ходит без изменения последовательности «букв» в гене (мутации), а химической модификации — за счёт присоединения метильных групп —CH₃. Но всё, как выяснили в Станфорде, оказалось ещё сложнее.

Сотрудники Университета в Калифорнии применили новый метод выявления протеинов, связанных с РНК инактивации, и выяснили, что с нею «комплексует» 81 белок, среди которых не только упомянутые выше, но также протеины «адресации» и таргетности на гены-мишени. Благодаря им РНК, длина которой меньше ДНК X-хромосомы, «покрывает» все гены в ней, надёжно выключая её в клетках девочек и женщин (определение пола которых происходит в утробе матери с помощью так называемого «доз-эффекта» — если вторая хромосома Y, то женской «дозы» не хватает, и развивается мальчик). Таким образом в Калифорнии подтвердили эпигенетическую природу «выключения» второй X-хромосомы с её более чем 1000 генов, нарушения которых ведут у мальчиков к гемофилии и врождённому иммунодефициту, а у девочек и женщин к аутоиммунным расстройствам.

Новое достижение в понимании регуляции пола станет удобной моделью изучения сложных процессов регулирования активности

генов и её выключения, что крайне важно для понимания природы самых разных заболеваний.

Пока, конечно же, учёные ещё не научились управлять «работой» длинных РНК, но малые интерферирующие уже достигли стадии проверки на животных моделях. Специалисты Северо-Западного университета в Чикаго вместе с коллегами из Гарварда и Техасского университета в Хьюстоне рассказали о том, что им с помощью малой РНК (miR 182) удалось подавить рост самой «злой» мозговой опухоли глиобластомы у мышинной модели. Преимущество нового подхода заключается в использовании золотых наночастиц, одетых в «шубу» из молекул полиэтилен-гликоля, которая необходима для «растворения» в крови. Золото давно используется из-за его способности удерживать на своей поверхности органические молекулы, нанометровый размер его частиц позволяет им пройти гематоэнцефалический барьер мозговых сосудов, не пропускающий в мозг разные вещества. Преодоление барьера способствовало накоплению частиц в опухолевых и иницирующих клетках, в результате чего miR 182 подавила гены «стволовости» и плюрипотентности, направив клетки опухоли по пути дифференцировки, старения и запрограммированной смерти. Остаётся ждать дальнейших клинических испытаний.

Игорь ЛАРИН.

По материалам
Genes & Development.

Исследования

Исследователи из Северо-Западного университета Чикаго (США), впервые создав мышиную модель глаукомы, выявили ранее неизвестный химический сигнальный путь, лежащий в основе патогенеза заболевания, что открывает новые возможности по его терапии.

Основа патогенеза глаукомы

Как известно, глаукома представляет собой группу хронических заболеваний органа зрения, характеризующихся нарушением оттока внутриглазной жидкости, что ведёт к повышению внутриглазного давления, последующей атрофии зрительного нерва и полной слепоте. Единые представления о причинах возникновения и механизме развития заболевания, равно как и эффективные методы его лечения, в настоящее время отсутствуют.

На сегодняшний день известно, что в основе патологического процесса при глаукоме лежит блокировка канала Шлемма — венозного кругового сосуда, отводящего водянистую влагу из передней камеры глаза и являющегося частью лимфатической дренажной системы глаза.

Итак, группа под руководством Сюзан Куаггин создала мышиную модель заболевания и обнаружила, что нормальное функционирование этой системы обеспечивается химическим взаимодействием двух субстанций — TIE2 и фактора

роста ангиопоэтина (ANGPT), работающих по принципу, соответственно, замка и ключа.

Генетическое нарушение сигнального пути TIE2/ANGPT, как выяснила С.Куаггин с коллегами, приводит к развитию у мышей симптомов глаукомы, аналогичных таковым у человека. У животных

с отсутствующим «замком» или «ключом» наблюдалось недоразвитие канала Шлемма и других лимфатических капилляров, обеспечивающих отток жидкости из глаза.

Данное открытие, впервые бросающее свет на молекулярный базис патологического процесса, лежащего в основе развития глаукомы, открывает новые возможности для терапии заболевания. В настоящее время С.Куаггин и её коллеги, используя нанотехнологии, разрабатывают глазные капли, которые будут активировать рост заблокированного канала Шлемма и других элементов дренажной системы и за счёт этого снижать внутриглазное давление.

А статистика между тем такова: глаукома стоит на втором месте после катаракты среди причин потери зрения и затрагивает, по приблизительным оценкам, порядка 65 млн человек во всём мире.

Борис БЕРКУТ.

По материалам
Journal of Clinical Investigation.

Ракурс

Хотя в основном люди честны, лгут они сплошь и рядом. Как свидетельствуют результаты исследования, проведённого Мас-сачусетским университетом, 60% взрослых людей в течение 10-минутного разговора говорят неправду как минимум один раз. В основном речь идёт о так называемой «социально оправданной лжи» – все мы периодически прибегаем к безобидному вранью.

Но порой ложь бывает куда более серьёзной и приводит к серьёзным последствиям, говорит Майкл Флойд – сооснователь компании, предлагающей частным и корпоративным клиентам услуги поведенческого анализа с целью определить, в какие моменты люди врут.

Теория лжи

Как определить, когда вам лгут

Все врут по-разному

Ловля подчинённых на лжи становится всё более актуальной задачей, отмечает Флойд, сам в прошлом агент ЦРУ. Работодатели опасаются случаев мошенничества, хакерских атак, вероятности того, что квалифицированных работников переманят конкуренты заодно со всеми корпоративными секретами, и многого другого. И работникам тоже хотелось бы знать, когда начальство им лжёт.

В основном мы прибегаем к лжи, стремясь избежать неприятных последствий. В повседневной жизни на вопрос «как дела?» человек отвечает, что всё в порядке, в то время как у него выдался ужасный день и вести малоприятную беседу об этом ему не хочется. В мире бизнеса люди совершают самые разнообразные неприглядные поступки, а после этого лгут, поскольку, естественно, не хотят неприятностей.

Далеко не всегда есть возможность применить детектор лжи. Опознать ложь можно, если понимать, что толкает на неё людей, и уметь считывать признаки вранья задолго до того, как раскроется правда.

Точно определить, лжёт человек или нет, можно лишь в 54% случаев, говорит лондонский специалист в области поведенческой науки Гордон Райт. По его словам, сложность заключается в том, что мы все лжём по-разному, а кроме того, обычно полагаем, что другие говорят нам правду. Степень точного определения случаев, в которых нам лгут, можно повысить,

если искать в поведении людей некоторые особенности. И, как ни удивительно, это вовсе не те особенности, которые обычно мы ожидаем найти у лжецов.

Следи за мышцей

Большинство из нас уверено, что люди, говорящие неправду, стараются не встречаться с собеседником взглядом или что у них бегающие глаза, но доказательства этим утверждениям нет, говорит Лианна тен Бринке, профессор психологии из Калифорнийского университета в Беркли. В действительности зачастую происходит обратное – лжецы смотрят собеседникам прямо в глаза, поскольку знают, что если будут отводить взгляд, им могут не поверить.

Гораздо более показательное выражение лица. Когда люди обманывают, они часто пытаются имитировать подходящие по контексту эмоции, но на фальшивые эмоции лицевые мышцы должным образом не реагируют.

Хороший пример в этом смысле – улыбка. При искренней улыбке задействуются мускулы, отвечающие за морщинки вокруг глаз. При неискренней же уголки рта поднимаются вверх, но мышцы вокруг глаз остаются неподвижными. Это не так просто заметить, если не следить за мимикой собеседника, но при определённой доле внимательности – вполне возможно. «Фальшивая улыбка выглядит неискренней – чего-то в ней недостаёт», – говорит Тен Бринке.

Ложь также требует больших умственных усилий. Лжецу нужно придумать связную и правдоподобную историю – без лишних подробностей, но и без зияющих пробелов. Обычно лжецы сообщают меньше информации, чем говорящие правду; они могут чаще делать паузы или говорить неуверенно, особенно если не отрепетировали свою историю заранее.

«Это хороший вопрос» – плохой ответ

Собрав воедино многолетний опыт допросов подозреваемых и свидетелей, Флойд с коллегами из ЦРУ разработали метод определения лжи на основе анализа того, как люди отвечают на поставленные вопросы. По его словам, стоит обратить внимание на пять моментов.

Особенно важны невербальные сигналы. Если человек активно жестикулирует, прикладывает руки к лицу или часто прокашливается, не исключено, что он лжёт.

Ещё один признак лжи – попытка уклониться от ответа.

Третий признак – настойчивые утверждения, что всё в порядке, которые должны вас насторожить.

Проявление агрессии по отношению к собеседнику – также возможный признак лжи.

Кроме того, есть ещё манипулирование – в попытке контролировать ситуацию человек повторяет за вами ваши вопросы или произносит фразы, которые ответом не являются, например говорит: «Это хороший вопрос».

По словам Флойда, ему требуются по крайней мере два из пяти признаков, чтобы заподозрить, что его пытаются обмануть. И чем больше таких проявлений присутствует в поведении человека, тем выше вероятность того, что вы не ошиблись.

Менеджерам не мешало бы внимательно понаблюдать за тем, как недовольные своей работой сотрудники реагируют на их вопросы и не демонстрируют ли они при этом какие-либо из вышеперечисленных атрибутов вранья.

А главный совет ветерана ЦРУ – ведите себя с максимальной прямотой и открытостью – тогда у людей не будет причин вам лгать.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

По материалам сайта BBC Science.

Лаборатории

Руки прочь от эмбрионов!

Учёные призывают Китай прекратить опасные опыты

Международная группа учёных призвала к прекращению эксперимента китайских исследователей, которые предприняли первые шаги к созданию генетически модифицированных эмбрионов человека.

Специалисты Университета Гуанчжоу использовали технику модифицирования генов, чтобы удалить ген, связанный с опасным заболеванием крови – бета-талассемией, и заменить его здоровой копией. Предположительно, это первый эксперимент по модифицированию генов в человеческом эмбрионе.

Метод с использованием ферментного комплекса CRISPR-Cas9 позволял удалять гены и добавлять другие в ДНК в ядре клеток. В результате ДНК будет навсегда изменена и, вероятно, в таком виде унаследована потомками. Исследование, опубликованное в середине апреля в онлайн-журнале Protein and Cell, сначала осталось практически незамеченным.

По данным СМИ, большинство престижных журналов, включая Science и Nature, отвергли публикацию, в том числе из-за неэтичности исследования. Подобные научные эксперименты запрещены в Европе.

Исследование было произведено на повреждённых эмбрионах, которые не могли бы развиваться в полноценного человека. Учёные ввели 86 эмбрионам ферментный комплекс CRISPR-Cas986 и оставили их на 48 часов – достаточный срок, чтобы дефектный ген был удалён и начали действовать замещающие его молекулы. В итоге 71 эмбрион выжил, из них 54 удалось протестировать. Учёные выяснили, что только в 28 эмбрионах замещающий комплекс успешно связался с молекулой ДНК в нужном участке. При этом лишь в малой доле эмбрионов произошло успешное замещение генетического материала.

«Если вы хотите сделать это с

нормальными эмбрионами, вам нужен процент успеха, близкий к 100, – рассказал автор публикации. – Поэтому мы остановились. Мы всё ещё думаем, что это пока преждевременно».

Ещё более тревожным результатом оказалось неожиданно большое количество нежелательных мутаций, которые возникли в процессе, – гораздо большее, чем в предыдущих опытах по модифицированию генов на мышах и клетках взрослых людей.

Эти мутации могут не только повредить организму, но и оказать непредсказуемое воздействие на будущие поколения. В этом и состоит главная причина опасений в научных кругах, которые были высказаны ещё в начале года, когда об исследовании китайских учёных только ходили слухи.

«Проводить подобное исследование сейчас недопустимо. Мы призываем к добровольному мораторию на этот вид исследований по всему миру, чтобы позволить провести прозрачные правовые и политические дискуссии и продолжить общественное обсуждение науки, безопасности и этики изменения человеческого эмбриона», – говорится в заявлении Союза регенеративной медицины, куда входит более 200 исследовательских институтов, частных компаний и правозащитных групп.

«Давайте остановить работу над эмбрионами – это очень ограниченный аспект генной инженерии, пока мы не получим возможности обсудить это», – заявил агентству «Франс Пресс» Эдвард Ланфьер, глава компании Sangamo BioSciences.

По данным портала Nature News, по меньшей мере ещё одна группа китайских учёных сейчас занимается подобными исследованиями.

Учёные призывают пока продолжать опыты по замене генов на мышах.

Юрий БОРИСОВ.

По материалам Nature News.

Криминал

Под прикрытием беременности

О похождениях «сладкой парочки» на Земле Обетованной

Когда 35-летняя Хула Салом в очередной раз забеременела, то решила использовать этот факт далеко не праведным образом. Имея опыт предыдущих беременностей и зная, с каким вниманием и щепетильностью охранники больницы и клиники относятся к женщинам в положении, Салом именно на этом и сыграла.

Она и раньше привлекалась к уголовной ответственности за мелкие правонарушения. На этот же раз Салом разработала своего рода систему проникновения в больницу с мнимыми жалобами на своё недомогание. Для большей убедительности в приёмный покой она приходила не одна, а с «другом», роль которого играл 21-летний Вахид Джибран. Интересно, что иногда этот молодой шалопаи представлялся просто сопровождающим, иногда играл



роль сына, а иногда разыгрывал из себя супруга.

«Сладкая парочка» заявлялась в больницу, и женщина жаловалась на ложные схватки. Так, в хайфской больнице «Рамбам» Салом, находившаяся на послед-

нем месяце беременности, была беспрепятственно пропущена в гинекологическое отделение. Никаких подозрений она не вызвала. После того, как она под ручку с Джибраном покинула «Рамбам», в охрану этого больничного учреж-

дения поступила информация о пропаже у одного из больных мобильного телефона стоимостью в несколько тысяч шекелей. Охрана немедленно занялась расследованием. Но никому и в голову не пришло заподозрить в воровстве женщину на последнем месяце беременности.

Безнаказанность раззадоривала больничных воришек. Они осмелились до того, что в тот же вечер, после совершенной кражи в больнице «Рамбам», вновь заявили по тому же адресу. Держась за живот, беременная заявила на входе, что с каждым часом ей становится хуже и хуже. Её пропустили вместе с сопровождающим. По прошествии всего лишь нескольких минут парочка опять прошла через ворота больницы, уже в обратную сторону. И опять после их ухода поступило сообщение о краже в отделении мобильного телефона.

Серийные кражи заставили

охрану просмотреть все записи видеонаблюдения. К своему удивлению, служащие охраны обнаружили, что в ходе второго визита в больницу беременная и её сопровождающий даже не дошли до гинекологического кабинета. Они прошли по палатам, делая вид, что кого-то ищут. Разбираясь по компьютерным данным с посещениями данной пациентки, охранники обнаружили, что в один и тот же день беременная и её спутник появлялись и в другой городской больнице – «Бней Цион». И там после посещения «сладкой парочки» пропало несколько мобильных телефонов последних моделей.

Вызванный полицейский наряд задержал подозреваемых в воровстве. Вахид Джибран вскоре предстанет перед судом. Что же касается Хулы Салом, то пока она на свободе. Женщина предстанет перед судом, по всей видимости, через 5 месяцев после того, как разрешится от бремени, и наказание её вряд ли будет связано с тюремным заключением.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим - Хайфа.

Смерти Николая I посвящено много исследований, но ясности в её причине до недавних пор не было. Учёными рассматриваются две версии: официальная – государь скончался от простуды, вызвавшей паралич лёгких; «общественная» – император, не выдержав поражения в Крымской войне, покончил с собой.

Между легкомыслием и халатностью

Согласно официальной версии, болезнь началась 27 января 1855 г. На простуду царь не обратил внимания и работал в привычном ритме, сильно кашлял. 2 февраля самочувствие ухудшилось, появилось «стеснение в груди», одышка. 4-го числа, несмотря на лихорадку, государь посетил смотр войск. На следующий день он чувствовал боль в боку. 5-8 февраля Николай не покидал дворца, соблюдал предписания медиков, но, почувствовав себя лучше, отправился на проводы войск, отправлявшихся на войну. 13-15 февраля врачи зафиксировали поражение нижней доли правого лёгкого. 17-го резко усилилась лихорадка, медики заговорили о возможности смерти. 18 февраля Николай I скончался от паралича лёгких.

Некоторые исследователи, чтобы подчеркнуть неожиданный исход болезни и обосновать версию о самоубийстве, склонны сокращать её продолжительность. Между тем длительность болезни устанавливается точно – более 3 недель (с 27 января по 18 февраля) по камер-фурьерским журналам и фондам Российского государственного исторического архива. В газетах появились информации о здоровье: бюллетени № 1 и № 2 опубликованы 18 февраля. В первом сообщалось, что 13 февраля «Его Величество заболел лихорадкой», во втором – о самочувствии 17 февраля. Опубликованный 19 февраля бюллетень № 3 говорил об «опасном» состоянии здоровья. 21 февраля вышел манифест о смерти. Задержки с публикациями объяснялись тем, что тексты лейб-медик М.Мандт вёл на немецком языке и требовалось время на перевод. Очевидно отсутствие оперативности власти и прессы, но не приходится говорить о злом умысле.

Факты говорят, что преувеличивать негативное значение известий о Крыме не стоит. В письмах Николай I указывал генерал-адъютанту М.Горчакову и фельдмаршалу И.Паскевичу на необходимость подготовки обороны Николаева и Херсона. Неудача со штурмом Евпатории нанесла удар по престижу страны, но не являлась событием, предопределившим исход войны. Существует и важное обстоятельство, на которое исследователи упорно не обращали внимание: глубочайшая религиозность царя. Самовольный уход из жизни – «смертный грех», и император с давно сложившейся системой жизненных ценностей никогда не осмелился бы через неё переступить. Император относился к типу пациентов, которые пренебрегают рекомендациями врачей. Это подтверждается многими свидетельствами. В 1847 г. Николай с трудом передвигался из-за боли в суставах, уложить его в постель сумели только после долгих уговоров. В 1849 г. произошла история, повторившаяся ровно через 6 лет: Николай простудился на маскараде, и лейб-медик Ф.Каррель, «несмотря на жестокие страдания больного», не мог уговорить его лечиться. Плановые осмотры лейб-медика Н.Арендта оборачивались формальностью. К роковой развязке последней

болезни привели: легкомыслие Николая I в процессе лечения и халатность медиков, прежде всего – Мандта. Заболеванию царя лейб-медик не придал значения, поскольку речь шла о «лёгком гриппе», эпидемия которого охватила Петербург. Между тем заболевания у горожан протекали тяжело, с большой смертностью,

Савицкого, Александр II, увидя отца обезображенным, вызвал профессоров Медико-хирургической академии «Здеканера и Мянковского» и «повелел им убрать признаки отравления». Излияния мемуариста переполнены ошибками. Профессора Н.Здекауэр (фамилию которого исковеркал Савицкий) и И.Мяновский были

варительным наружном осмотре тела, на котором мы не нашли никаких особенных знаков (выделено автором), за исключением изменения кожи от приложения пластыря шпанских мух на двух местах: на верхней правой стороне груди и под нижним углом правой лопатки, и красноты кожи на боковых частях лба и на висках

Бесспорные признаки

Со всей ответственностью можно констатировать: вскрытия тела государя не было потому, что для консилиума врачей, осматривавших тело государя, не было никаких сомнений о причине смерти – двустороннем воспалении лёгких. Это обосновывалось типичностью

Болезни великих

Смерть Николая I: заключительный диагноз

Прошло 160 лет с момента весьма загадочной кончины императора



обусловленной наступавшей после гриппа пневмонией.

Неточность на неточности

Единственное «авторское» свидетельство, говорящее в пользу версии об отравлении, – воспоминания А.Пеликана, внука начальника Медико-хирургической академии В.Пеликана: «В день смерти Николая дед заехал к нам, был взволнован и говорил, что император плох, что его кончины ждут с часу на час. Вскоре после отъезда дед явился из департамента отец и объявил, что императора не стало... По словам деда, Мандт дал желавшему покончить с собой Николаю яду...» Свидетельство А.Пеликана используют поклонники «суицидной версии», избегая его анализа. Между тем данный источник нуждается в критике. В семье Пеликанов придерживались крайне демократических взглядов: не питал симпатий к царю Пеликан-отец, равно как и сын. В либеральных кругах версия самоубийства императора получила наибольшее распространение. Самоубийство царя для «прогрессивной общественности» было «доказательством» порочности системы, которой он придерживался.

Сторонники версии самоубийства манипулируют обстоятельством, требующим исследования: бальзамирование императора проводилось дважды. Полковник Генерального штаба И.Савицкий объяснял интенсивное разложение тела действием яда. Как и Пеликан-младший, Савицкий утверждал, что о просьбе царя «выписать» яд, ему поведал лично... Мандт! Ни опровергнуть, ни подтвердить этого лейб-медик уже не мог, поскольку скончался за границей в 1858 г. По словам

терапевтами и бальзамированием не занимались. Признаки разложения проявились не до консервирования трупа, а после него. Известна судьба И.Савицкого – участника польского восстания 1863-1864 гг., называвшего императора «страшилищем в ботфортах с оловянными пуговицами вместо глаз». Не в этом ли «ключ» к его измышлениям? В дневнике А.Тютчевой дано иное толкование событий: Николай I «сделал распоряжения на случай смерти и пожелал, чтобы его бальзамировали по системе Ганоло, заключающейся в том, что делается надрез в артерии и впускается туда электрический ток». В записи есть неточность, обусловленная некомпетентностью в области медицины. Бальзамирование по системе Ганоло подразумевало введение в труп антисептических растворов без вскрытия тела. Прозектор В.Грубер последовал предписаниям этого метода, но тело подверглось разложению.

Что говорят документы

Таковы факты, относящиеся к аргументации версий смерти Николая I. Работая с описями РГИА, где могли бы отложиться документы, на поиск которых были направлены усилия поколений исследователей, я много лет искал протоколы осмотра и бальзамирования тела императора. Но только сейчас поиск увенчался успехом! Привожу первый из документов:

«1855 года февраля 19 дня в девять часов по полудни мы, нижеподписавшиеся, по Высочайшему повелению собрались в присутствии Господина Министра Императорского Двора для бальзамирования тела в Бозе усопшего Государя Императора Николая Павловича. По пред-

от прикладывания ароматического спирта. Затем приступлено было к бальзамированию тела, которое исполнили под нашим надзором Императорской Медико-хирургической Академии прозекторы Грубер и Шульц по усовершенствованному способу Ганала.

доктор Ф.Каррель, лейб-хирург И.Енохин, лейб-медик М.Мандт, лейб-медик Э.Рейнгольд, лейб-медик М.Маркус».

Все подписи являются автографами, хорошо известными мне по многолетнему изучению медицинских документов. О том, что происходило дальше, свидетельствует ещё один ранее неизвестный документ. В архивном деле РГИА, озаглавленном «О рассмотрении Акта бальзамирования тела в Бозе Почившего Императора Николая Павловича и о награждении некоторых лиц за труды по бальзамированию тела» мной обнаружены два листа тонкой бумаги, с обеих сторон заполненной трудночитаемым текстом, исполненным частично по-немецки, частично – по-латыни. Сложность дешифровки для читателя заключается в том, что применён старонемецкий (готический) шрифт. Вот сокращённый оригинальный перевод документа:

«Бальзамирование трупа Государя Его Величества блаженной памяти Императора Николая I в виде единичных инъекций без вскрытия. Бальзамирование было сделано следующим образом: на шее в верхне-грудино-ключичной области... был сделан вертикальный разрез, соединённый крестообразно с аналогичным вторым разрезом, чтобы войти в сонные артерии, пищевод и трахею. Как пищевод, так и трахея с помощью шприца большого калибра были заполнены раствором сулемы. Большое количество этого раствора в лёгких, в желудке, тонкой кишке является необходимой мерой бальзамирования. В правую общую сонную артерию вниз было введено большое количество хлористого цинка (1 : 12), так, чтобы заполнить этот сосуд. Также была выделена правая паховая артерия, и этот же раствор в количестве 3 анатомических шприцов среднего объёма введён в сосудистую систему для заполнения капилляров и вен. В правую общую сонную артерию вверх введён мастиковый лак цвета кинобара для просветления кожи лица...

Доктор медицины и хирургии, прозектор Медико-хирургической академии Г. Шульц. Второй прозектор В.Грубер. 20 февраля 1855 г.»

постгриппозной пневмонии с классической симптоматикой и подробным осмотром тела после смерти. Руководства по судебной медицине указывают, что и при наружном исследовании обнаруживаются признаки отравления: необычность окраски кожи и слизистых оболочек, ускорение или замедление в развитии трупного окоченения, необычный цвет трупных пятен, расширение или сужение зрачков, инородный запах и необычные выделения из дыхательных и иных путей. Таким образом, для нарушения пожелания государя об отказе от вскрытия оснований не было.

Реакция Александра II на неудачные манипуляции с телом императора последовала мгновенно. Министр Императорского двора потребовал от директора Медицинского департамента рассмотреть акт бальзамирования. Заключение было убийственным для Грубера и Шульца: «...неудачу бальзамирования тела... следует приписать: 1) незнанию дела и неопытности в анатомических работах и, весьма вероятно, 2) неудачной смеси употреблённых для работы химических составов...» Было решено произвести повторное бальзамирование, руководство работ возложить на профессора П.А.Нарановича. Детальных документов о выполненных мероприятиях нет. Они производились уже в помещении Петропавловского собора в ночное время, когда прекращался впуск прощавшихся. Процесс гнилостной трансформации был остановлен, но, увы, стал одним из оснований суждения об отравлении.

Суммируя с медицинской точки зрения информацию из документов, изложенных выше, можно утверждать, что угнетённое состояние императора, о котором писали современники, не свидетельствует в пользу суицида. Такие психические реакции постоянно наблюдаются при инфекциях, в том числе при гриппе, осложнившимся воспалением лёгких, которое, судя по симптомам, развилось у Николая I. Причём бесспорные признаки тяжёлой прогрессирующей пневмонии описаны настолько чётко, что не могут вызвать сегодня сомнения в диагнозе. Быстрое развитие гнилостной трансформации также характерно для смерти от заболевания с массивным микробным поражением внутренних органов (в данном случае лёгких). Итак, ещё один миф, связанный с семьёй Романовых, развеян!

Юрий МОЛИН,
профессор.

Санкт-Петербург.

Сокровенное

Василий ШПАЧКОВ

«Азбука» уходящей весны

...Лес кончается у самого обрыва. Внизу – заросшее ольхой болотце, чуть дальше – небольшая деревенька и неширокая лента Десны. Вслед за непонятной нынешней зимой, которой вроде бы и не было, весна пришла тоже какая-то не такая. Спутан весь фенологический график, годами сделанные наблюдения на сей раз не сбываются. Разлива реки практически нет, а значит, не будет и полноценной рыбалки. Да к тому же, видано ли, орешник нынче зацвёл, как никогда рано, уже в первой декаде марта. Побит даже рекорд прошлогоднего раннего цветения.

И всё же – весна есть весна! У реки – лохматые заросли ивы, птичьи крики, затянутый свежей травой пригорок... Солнце уже у самого горизонта, кажется, вот-вот покатится и, окунувшись в воду, зашипит.

Где-то совсем рядом над болотом заладил кто-то монотонное гудение: «дуу-у-у». Это бекас, разогнавшись, бросается вниз, развернув веером хвост, и перья трепещут от того с такой силой, что далеко окрест слышно их гудение. И так каждый вечер носится кулик над ольховыми вершинами. А днём усядется где-нибудь на обочине кочке и поведёт своё извечное: «таке-таке-таке»... Помню, ещё мальчишкой я безуспешно пытался отыскать кричащего в траве бекаса, да так и не нашёл. Не всякая птица любит выставлять себя напоказ.

Весенний вечер хорош ещё и тем, что на закате наступает время «солистов» пернатого хора. Днём-то в разноголосье трудно прослушать кого-то одного. Вот, к примеру, певчий дрозд. Усевшись на самой верхушке ели, птица повернулась к потухающей заре и так распелась, что отчётливо выделяется среди других пернатых.



Как-то во время экскурсии школьный учитель говорил нам, что песни почти всех птиц можно передать словами. Ему можно верить. В небольшом домике на берегу реки висели по стенам пучки сухих трав, жили в клетках птицы, вечно шуршал старыми газетами ёж. Учитель всё мечтал создать фонотеку с записями птичьих голосов, вечно «колдовал» с паяльником над старым магнитофоном. Мы наперебой предлагали свои, конечно же, скудные познания в технике, но ничего не получилось: ни записывать птиц, ни «переводить» с птичьего языка так и не научились. Хотя, впрочем, не так уж много, думается, надо фантазии, чтобы передать одно колено певчего дрозда словами: «Вылетай! Вылеттай!»

Как-то поджидали мы на тяге вальдшнепов. Птицы, как говорят охотники, «тянут» вечером после захода солнца, примерно до появления первой звёзды или рано утром, на заре. В тот вечер, правда, охоты не получилось. Тихонько вызванивая, ломались под ногами льдинки,

беспокоил совсем по-зимнему резкий ветер, а вальдшнепы так и не появлялись. И вдруг откуда-то с высоты послышалось призывное: «Вылетай! Вылетай!» И в тот же миг, словно послушавшись, вырвалась из-за верхушки дерева большая птица и пошла рассекать воздух взмахами мощных крыльев. В бинокль я успел рассмотреть крупного тетерева. Охотники же говорят, что обычно призыв: «Вылетай!» предшествует тяге вальдшнепов...

...Устав, я прислонился спиной к ели и вдруг услышал неподалёку тревожный птичий писк. Прямо надо мной беспокойно металась на ветвях гаичка. Ах вот оно что. Неподальку от тропинки – донельзя трухлявый сосновый пенёк. Полукружке мелких ёлочек, поросшие мхом кочки да горка щепочек на земле. У самой вершины пня – небольшое дупло. Заглянул туда – и замер от неожиданности. Тревожно и моляще чернели две бусинки крошечных глаз. Редко когда удаётся увидеть так близко птицу на гнезде.

Как не подивиться трудолюбию синички-гаички! Миниатюрная черноголовая птичка много дней кряду долбила трухлявый пенёк клювиком. Около десятка птенцов будут теперь воспитываться в этом дупле, оттого так и встревожилась хозяйка.

Ах, весна-весна!.. Прозрачный лес, прозрачные тени, прозрачная тишина. «Тень-тень» – падают с берёз тугие капли. «Тук-тук» – стучит кто-то в вышине. В бинокль хорошо вижу большого пёстрого дятла. Крепко вцепившись в кору, красноголовый «плотник» быстро слизывает языком сладкие капли сока из только что раздолблённой на берёзе расщелины.

...Уже совсем стемнело, и пора уходить из леса. Наверно, после такого вечера обязательно приснится «азбука» весны. Нагретые весенним солнцем ели, большие глаза незнакомых птиц, первые жёлтые цветы на пригорке. И не так уж много надо усилий, чтобы снова сделать этот сон явью.

Брянск.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

Талант и бездарность ходят рядом

- Когда денег нет в карманах, их считают в уме.
- У вора руки чешутся, у политика – язык.
- Медосмотр закончился недосмотром.
- В стране – ни одного человека. Сплошь – «человеческие факторы».
- Вход в человеческую душу – одноразовый. Вошёл, показал себя, больше там не появляйся.
- Жена начинает самосовершенствоваться, когда доведёт до совершенства своего мужа.
- Утопающий в благе цивилизация хватается за нефтяную вышку.
- Из лучших женщин лучшая только твоя женщина.
- Для желающих войти в Историю: визы кончились.
- Сегодня у каждого свой рецепт голодовки.
- Талант не простит, если его бездарность приватизировала.
- Не хватят человека за нос. Ещё неизвестно, куда он его совал.
- У него мелкая душа. Я туда плюнул – получил рикошетом.
- От мечты умирают чаще, чем от работы.
- Мы, как обычно, находимся в начале пути. Надо бы начинать строить нормальную дорогу.
- Очень часто комплименты похожи на черновик некролога.
- От памяти можно ожидать любой пакости.
- Эта продукция сделана для музея. В жизни она не пригодится.
- Мечтаю стать монополистом в борьбе с монополиями.
- Писателю главное – остаться после себя.
- Работал от звонка до большого позвонка.
- Если ты замарал родной коллектив, тебе до пенсии не отмыться.
- Такие времена, такие люди! Адреналина постоянно не хватает.
- Вошёл в историю? Осмотрись, чья это история.
- Высоко поднятая голова свидетельствует о слишком высокой самооценке.
- Рождённый ползать умер от перегруза крылатыми словами.
- Каблукам не нравится никакая дорога. Им паркет подавай.
- Как ни крути, а приходится вертеться – жаловалось колесо.

Москва.

Новелла Мопассана

Привереженец идеи

Подземка

Мирта-запин

Австрийский фило-соф

Брит. врач, парази-толог

Рязанова

Инсулин гларгин

Албания

Сказка Андерсена

Муха, Африка

Лекар. расте-ние

Афа-тиниб

Мавзо-лей Тадж-Махал

Пиано

Неми-лость

Рус. поэ-тесса

Веревка

"Жесто-кие ...", Арбузов

Столик в церкви

Само-лет

Тында

Рожон

Прока-львает дырки

Сын Ахилла

Пикассо

Кузов авто-мобиля

Водянка живота

Волосы на щеках

"... из страны Оз"

Наука ... только умного

Есть сведе-ния

Портрет Троти-нина

Нем. химик

Группа цыган

Сужение зрачка

Франц. танец

Покро-витель Фив

Англ. экипаж

Вид спереди

Недо-статоч-но

Родст-венник воробья

Датский драма-тург

3,14

К Е Л Е Р Г

Ю А П О Р Т

В И З И Н И

Е Е О Б Е З Ы Я Н О Е Д Г А Й А Н А Д У М

Ф Т О Р А Р И Т Н Я Ш А

А Ф Т И Р Е Т А Р М Х

В Д О В А О Т Т О Э У Р У К

Н Р К У Н И Т А Л Ы З И Н А

Т И Т К А У Р И А Д А Н

Воздей-ствие на чинов-ников

При-быль, Др. Русь

Сани, коми

Потому что

Гараж, поезд

Автор Валерий Шаршуков

Франц. физик

Туго-плавкий металл

СКАНВОРД

ОТВЕТЫ НА СКАНВОРД, опубликованный в № 32 от 06.05.2015.