

Медицинская

18 февраля 2015 г.
среда
№ 11 (7533)

газета®

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

Признание

Гранты Президента — лучшим учёным

В конкурсе по господдержке научных исследований молодых учёных работы сибиряков получили признание на высшем уровне



Стали известны имена победителей конкурса на право получения грантов Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских учёных в 2015 г.

В нынешнем году на самый почётный из отечественных грантов и при этом обеспеченный весьма серьёзной суммой претендовали 156 кандидатов и 53 доктора медицинских наук, победителями же признаны только 19 кандидатов и 12 докторов. Примечательно, что среди исследователей, работы которых оценены и поддержаны на столь высоком уровне, оказались сразу 6 представителей научных

От сегодняшних молодых учёных-медиков во многом зависит будущее всей нашей медицины

коллективов Сибирского федерального округа, что в очередной раз подчёркивает уровень сибирской науки.

Так, в конкурсе по господдержке научных исследований молодых российских учёных – докторов наук грант Президента РФ получили ведущий научный сотрудник Новосибирского НИИ туберкулёза Минздрава России, доктор медицинских наук, фтизиохirurg Денис Краснов и его соавторы, заявившие актуальную для современного здравоохранения тему «Клапанная бронхоблокация в комплексном лечении впервые выявленных больных деструктивным туберку-

лёзом лёгких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией».

Руководитель Центра новых хирургических технологий Новосибирского НИИ патологии кровообращения им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России, кардиохирург, доктор медицинских наук Александр Богачёв-Прокофьев стал обладателем гранта на проведение исследования «Абляция ганглионарных сплетений лёгочной артерии при коррекции клапанных пороков сердца, осложнённых высокой лёгочной гипертензией».

(Окончание на стр. 2.)

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Олег НАГИБИН,
победитель Всероссийского конкурса «Лучший врач» – 2014:

Мы знаем своих постоянных жалобщиков, но кто должен их останавливать...

Стр. 5

Михаил ДАВЫДОВ:

Тамбовская область к «печальным» регионам не относится...

Стр. 6



Леонид ПЕЧАТНИКОВ:

Наши западные коллеги не имеют понятия о первичном остром панкреатите...

Стр. 12

Перспективы

На здоровье денег обещают не жалеть

«Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС) получит из столичного бюджета дополнительно 39 млрд руб., которые будут потрачены на лечение москвичей в поликлиниках и больницах», – заявил заместитель мэра Москвы по социальным вопросам Леонид Печатников.

«За счёт этих средств часть тарифов ОМС вырастет на 30%. Дополнительные средства пойдут на медицинские услуги, на которые у учреждений сейчас не хватает денег. На какие конкретно услуги потратят эти деньги, пока неизвестно», – сказал Л.Печатников.

«В первую очередь необходимо увеличить финансирование неврологических и терапевтических коек, – считает член комиссии Мосгордумы по здравоохранению, главный врач город-

ской клинической больницы № 64 Ольга Шарапова. – Финансирование лечения, в частности, ишемической болезни сердца и сосудистой недостаточности стоит увеличить на 50-100%. На услуги, связанные с лечением инсультов, нужно выделять на 30-40% больше, чем выделяется сейчас», – подчеркнула она.

Как известно, выделение дополнительных средств является частью антикризисного плана, принятого московскими властями. В блок первоочередных мероприятий этого плана, как заметил накануне мэр Сергей Собянин, входит обеспечение населения лекарственными средствами. По его словам, бюджет столицы тратит на закупку медикаментов около 26-30 млрд руб. в год.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сити!

Москва.

События

За высокое качество

Московскому государственному медико-стоматологическому университету им. А.И.Евдокимова Минздрава России присуждена премия Правительства РФ в области качества. Награду вуз заслужил за высокое качество образовательной, лечебной и научной деятельности в области медицины.

Наряду с МГМСУ лауреатами этой престижной премии стал Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования Минздрава Рос-

сии, отмеченный, прежде всего, за высокое качество оказания высокотехнологичной медицинской помощи травматолого-ортопедического и нейрохирургического профилей.

Награды также получили краевая клиническая больница № 2 Минздрава Краснодарского края – за высокое качество стационарной и амбулаторной медицинской помощи и консультаций, а также Нижневартковский психоневрологический диспансер – за оказание специализированной медицинской помощи.

Российская премия в области качества была учреждена постановлением Правительства РФ № 423 от 12.04.1996 и присуждается ежегодно на конкурсной основе организациям за достижение значительных результатов в области качества продукции и услуг, а также за внедрение высокоэффективных методов менеджмента качества.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

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

Новости

С прицелом на Арктику

На базе Сибирского государственного медицинского университета в Томске вскоре стартует проект по подготовке медицинских кадров для работы в условиях Арктики и шельфовых месторождений. Для нашей страны это будет первым опытом. Первый выпуск – около полутора десятков специалистов – должен произойти уже в этом году. Необходимость в появлении подобного рода учебной площадки связана с активным освоением нефтяных и газовых месторождений на Крайнем Севере.

«Арктическая медицина активно развивается во всём мире, и мы намерены готовить как российских, так и зарубежных специалистов. Уже сегодня у нас есть несколько крупных заказчиков из других стран, желающих обучать своих сотрудников у нас. Образовательные технологии, которыми обладает наш университет, позволяют это делать на высоком уровне», – заявила и.о. ректора СибГМУ Ольга Кобякова.

Борис БЕРКУТ.

Томск.

Льготы никто не отменит

В рамках антикризисного плана власти Москвы обеспечат доступ жителей столицы к льготным лекарственным средствам.

«Мы, безусловно, должны обеспечить граждан льготными лекарствами, а также работу медицинских и социальных учреждений», – отметил в ходе заседания правительства Москвы столичный мэр Сергей Собянин. – Обеспечение лекарственными средствами входит в блок первоочередных мероприятий антикризисного плана», – подчеркнул он.

Данное заявление градоначальник сделал в связи с тем, что в некоторых московских аптеках было выявлено завышение цен на жизненно важные медикаменты.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Грипп атакует Волгоград

Превышение эпидемического порога по гриппу и ОРВИ стало причиной карантина в общеобразовательных учреждениях Волгограда. Соответствующее постановление подписал главный государственный санитарный врач по Волгоградской области Александр Злепко.

По информации ведомства, эпидемический порог по гриппу и ОРВИ в целом по городу превышен на 15%, а среди детей и подростков в возрасте от 7 до 14 лет – на 33,5%.

Кроме того, А.Злепко обязал руководство медицинских и оздоровительных организаций города усилить противоэпидемический режим и запретить доступ посетителей в лечебные стационары и в детские дома.

Валентин СТАРОСТИН.

Волгоград.

Дефицит лекарств грозит увольнением

Из-за дефицита лекарств в аптеках полуострова своего поста, по-хоже, лишится руководство Крымфармации.

– Несмотря на то, что деньги на закупку лекарств выделены правительством в полном объёме, у нас есть дефицит лекарственных препаратов. Мы имеем проблему с компетентностью руководства Крымфармации. Сегодня необходимо принять решение об устранении этой ситуации, директор пусть пишет заявление, – заявил на заседании Совета министров республики Сергей Аксёнов.

Глава Крыма также распорядился организовать беспрепятственный проезд грузовиков с продуктами и лекарствами на паромной переправе в Крым.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Республика Крым.

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

Признание

Гранты Президента — лучшим учёным

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Сотрудник Томского научно-исследовательского института фармакологии и регенеративной медицины им. Е.Д.Гольдберга, доктор медицинских наук Глеб Зюзков использует полученный грант на разработку стратегии фармакологической регуляции сигнальной трансдукции в прогениторных клетках и создание принципиально нового церебропротекторного средства с регенеративной активностью.

Работа ещё одной сибирячки – старшего научного сотрудника Томского НИИ онкологии доктора медицинских наук Людмилы Спириной «Разработка молекулярных маркеров прогнозирования течения и эффективности таргетной терапии рака почки», также, вне всякого сомнения, актуальна для

науки и практической медицины.

Победителями конкурса, но уже в разделе «государственная поддержка молодых российских учёных – кандидатов наук» стали сотрудники Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии им. Я.Л.Цивьяна Минздрава России Анастасия Воропаева («Изучение регенераторного потенциала хондроцитов у больных остеоартрозом коленных суставов») и Новосибирского НИИ молекулярной биологии и биофизики Наталья Маценко («Разработка технологии молекулярно-генетического мониторинга онкологических больных с использованием массового параллельного секвенирования»).

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Тенденции

Уберечь от страха и боли

Отделений милосердия в Прииртышье становится больше

Коллектив Москаленского района Омской области получил лицензию на оказание паллиативной помощи.

Открыть в этом сельском лечебно-профилактическом учреждении отделение, где будут обеспечиваться медицинская поддержка и полноценный уход за людьми с заболеваниями, которые нельзя вылечить, и терминальными стадиями, планируется в начале марта. Уже выделено помещение на 6 мест, которое сейчас обустраивается, приобретены оборудование, расходные материалы и средства ухода. Прошли специальное обучение и медики, которые будут здесь работать. Симптоматические терапевтические и иные процедуры, оберегающие от страха и боли, психологическая и духовная поддержка страдающих неизлечимыми недугами пациентов – вот далеко не полный круг их милосердных служебных обязанностей.

Отделение паллиативной помощи в Москаленской ЦРБ будет финансироваться из бюджета Омской области, как и анало-



В отделении временного пребывания геронтологического центра «Куйбышевский» Омской области

гичные ему, уже действующие в городских больницах № 17, № 9 и детской № 4 Омска, а также в ЦРБ Черлакского и Кормиловского районов Прииртышья. Служба

милосердия, очень востребована в этом сибирском регионе.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Деловые встречи

Новые технологии — в практическую медицину

В Москве прошло первое заседание рабочей группы научно-координационного совета при Федеральном агентстве научных организаций РФ по механизмам взаимодействия клинических научных центров с научными институтами в области внедрения результатов фундаментальных, поисковых и прикладных фундаментальных исследований в клиническую практику. В мероприятии приняли участие более 40 представителей ведущих научных медицинских центров, научно-исследовательских институтов, а также медицинских и естественнонаучных вузов страны.

Участниками рабочей встречи были обсуждены вопросы, связанные со стимулированием взаимодействия медицинских научных центров с лабораториями, занимающимися фундаментальными, поисковыми и прикладными научными исследованиями. Наряду с этим на обсуждение выносились правовые аспекты, связанные с регистрацией и использованием результатов фундаментальных, поисковых и прикладных научных исследований в медицине.

«На сегодняшний день медицинские технологии могут совершить прорыв, лишь используя возможности и результаты естественно-научных дисциплин. Речь, прежде всего, идёт о точных науках и информационных технологиях. Участникам рабочей группы нужно тщательно

и досконально проработать все этапы научно-технического взаимодействия, начиная с организации совместных фундаментальных исследований и заканчивая внедрением полученных результатов в клиническую практику», – подчеркнул в своём выступлении руководитель ФАНО Михаил Котюков.

Представители научного сообщества перечислили главные проблемы, которые необходимо устранить для активизации сотрудничества в медицинской сфере, как на междисциплинарном уровне, так и между учёными и бизнесом.

«Всем нам следует создать пролонгированную систему, позволяющую передавать информацию медицинским учреждениям. Возможно, имеет смысл поступить следующим образом: 3 года над исследованиями

работают фундаментальные институты, затем полученный результат передаётся ещё на 3 года в медицинские учреждения», – отметила руководитель лаборатории Института биологии гена РАН Галина Павлова.

Особое внимание на брифинге было уделено юридическим и финансовым аспектам передачи новых технологий в клиническую практику. «Благодаря ФАНО России с 2015 г. ситуация с финансированием новых медицинских технологий изменилась в лучшую сторону. Но чтобы потом передать эти технологии в систему здравоохранения, нужно разработать соответствующую нормативно-правовую базу», – выразил уверенность академик РАН Александр Потапов.

«Нам нужна юридическая конструкция, которая обеспечит правовые гарантии для всех сторон, участвующих в процессе. Вокруг этого необходимо сконцентрировать основные усилия. Времени осталось не так много. До конца года рабочая группа должна будет завершить подготовку эффективного механизма взаимодействия медицинских центров с научными институтами и представить в правительство проекты нормативных документов. Так что – за работу», – резюмировал А.Потапов.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Cito!

Решения

Военные психологи — в помощь

В отдельных соединениях, а также в парашютно-десантных и десантно-штурмовых полках Воздушно-десантных войск (ВДВ) Вооружённых сил РФ к исполнению должностных обязанностей приступили более 20 офицеров-психологов с высшим психологическим образованием. Об этом сообщили в Министерстве обороны РФ.

Совместно с военными психологами в пунктах постоянной дислокации соединений и воинских частей ВДВ продолжают работать свыше 70 специалистов психологической службы из числа

гражданского персонала.

Также стоит заметить, что до конца февраля 2015 г. на оснащение всех пунктов психологической помощи и реабилитации соединений и воинских частей ВДВ поступит 40

модернизированных переносных автоматизированных рабочих мест военного психолога (АРМ ВП), позволяющих быстро и эффективно проводить изучение социально-психологических особенностей как отдельных военнослужащих, так и воинских коллективов.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Cito!

Начало

Отвечая требованиям эпохи

На базе Саратовской областной клинической больницы открылись региональный сосудистый центр, готовый принять пациентов соответствующего профиля по экстренным показаниям, а также травматологический центр для приёма пострадавших в ДТП.

Как известно, заболевания сердечно-сосудистой системы и всевозможные травмы занимают лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности населения нашей страны, поэтому региональные власти решили оснастить местные больницы новейшей техникой для проведения диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний.

Только что открывшиеся клиники располагают самым современным медицинским оборудованием: 64-срезовым спиральным компьютерным томографом, отличительной особенностью которого яв-

ляется скорость прохождения исследования пациентов, что важно для критических больных; рентгеновским аппаратом с дистанционно управляемым столом-штативом, на котором ежегодно выполняется порядка 5 тыс. исследований; портативной цветной цифровой ультразвуковой диагностической системой для дуплексного исследования сосудов головного мозга; установкой очистки воды для гемодиализа.

«Мне бы хотелось выразить особую благодарность Фонду обязательного медицинского страхования за правильное понимание проблем такого крупного многопрофильного учреждения, как наша больница, и предоставление возможности произвести ремонт дорогостоящего и жизненно важного для наших пациентов медицинского оборудования», — отметил главный врач стационара Владимир Шульдяков. — Мы искренне надеемся, что в текущем году

наше сотрудничество с фондом продолжится, что впоследствии позволит максимально приблизить качественную специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь к населению нашего региона», — резюмировал он.

«Отмечу, что областная клиническая больница оснащена дорогостоящим медицинским оборудованием, которая, как любая техника, ломается, наш фонд выделял дополнительное финансирование для её ремонта. И полученные деньги руководство учреждения тратило очень эффективно, не транжиря, а приводя технику в порядок. Это свидетельствует о грамотном и рациональном отношении к расходам со стороны данного медучреждения», — подчеркнул директор регионального ФОМС Андрей Саухин.

Генрих ВЕРНЕР.

МИА Сити!

Саратов.

Ситуация

Суд оправдал Диану Михайлову

Московский городской суд утвердил оправдательный приговор Тверского районного суда Москвы, вынесенный экс-директору Департамента развития фармацевтического рынка и медицинской техники Минздравсоцразвития России Диане Михайловой.

Д.Михайлова обвинялась по статье 286 УК РФ (превышение должностных полномочий) и 169 УК РФ (воспрепятствование законной предпринимательской деятельности). Ей грозило лишение свободы сроком до 5 лет.

По версии следствия, в результате действий Михайловой был причинён ущерб в 50 млн руб. фармацевтической компании «Биотэк», входящей в тройку крупнейших компаний в России. В своё время СМИ подняли тему, что в декабре 2010 г. Минздравсоцразвития России подписало с Биотэком государственный контракт на поставку «Интерферона бета-1а» на общую сумму свыше 1,7 млрд руб. В поставке был указан не столь известный вра-

чам и пациентам интерферон под маркой «Ребиф» швейцарской фирмы Merck Serono, а «Генфаксон» — новый биоаналог производства аргентинской компании Laboratorio Tuteur, с которой сотрудничал Биотэк.

Биотэк победил в аукционах программы «Семь нозологий», проводившихся в 2008-2009 гг. Кроме больных рассеянным склерозом по ней обеспечиваются лекарствами больные со злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше.

Однако, выиграв тендер, Биотэк так и не смог поставить «Генфаксон» в регионы, поскольку аптечные сети отказывались его принимать. При этом они ссылались на уведомление из министерства не выдавать препарат пациентам из-за отсутствия сертификата соответствия. Регистрационное удостоверение на «Генфаксон» Минздравсоцразвития России выдало только 19 апреля 2010 г., то есть за полгода до тендера, и в

регионы необходимые документы якобы не успели прийти.

Следствие настаивало на том, что Михайлова, будучи руководителем департамента, «предприняла меры по срыву поставок» и потребовала от ООО «Биотэк» заменить «Генфаксон» на «Ребиф». Производит его швейцарская компания Merck Serono, официальным дистрибьютором которой была компания «Менс Сана Фармасьютикал ЛТД Москва». Эта фирма тоже участвовала в аукционах 2008-2009 гг. по программе «Семь нозологий», но проиграла.

Неразбериха с поставками и заменой препаратов приводила к их срывам, о чём больные рассеянным склерозом в апреле 2011 г. написали в открытом письме Татьяне Голиковой, которая тогда возглавляла Минздравсоцразвития России.

Но Михайлова назвала все эти обвинения полной чушью. Адвокаты настаивали, что их подзащитная закон не нарушала и действовала лишь в интересах пациентов, желая оградить их от неизвестного лекарства. В результате суд принял точку зрения, что поскольку лекарство не прошло обязательной сертификации в России, то его не имели права выпускать на внутренний рынок.

Соб. инф.

Москва.

Осторожно!

Всё хорошо в меру

«В столичном регионе отмечается рост зависимостей от занятий фитнесом, увлечением селфи и социальными сетями», — заявил главный нарколог Москвы Евгений Брюн.

Е.Брюн отметил, что в Московском научно-практическом центре наркологии консультируют, в том числе, страдающих от нехимических зависимостей, в число которых входят шопоголизм, игромания, а также, как это ни удивительно звучит, трудоголизм.

«В настоящее время 5-7% пациентов МНПЦ наркологии страдают от нехимических зависимостей. Несколько лет назад в амбулаторную службу стали обращаться люди с зависимостью от соцсетей и фитнеса. Сейчас мы уже можем говорить о тенденции», — подчеркнул эксперт.

Примечательно, что фитнес-за-

висимостью страдают в основном люди молодого и среднего возраста.

«На мой взгляд, люди начали массово заниматься в фитнес-клубах и тренажёрных залах, чтобы хорошо выглядеть на фото в соцсетях. Культ навешанных стереотипов красоты и здорового тела приводит к тому, что для некоторых в погоне за ним наступает момент, когда из простого увлечения занятия спортом превращаются в сверхидею», — посетовал главный столичный нарколог.

Как сообщалось ранее, по итогам 2014 г. в наркологические центры Москвы обратились 37,5 тыс. человек. Из них в серьёзной лечебно-реабилитационной помощи нуждались лишь 1,8 тыс.

Арон БЛОХ.

МИА Сити!

Москва.

Однако

10 тысяч рублей — за диплом



Мировой судья судебного участка № 7 Октябрьского района Ижевска вынес приговор в отношении 26-летнего Артёма Филимонова, которого обвинили в использовании заведомо подложного документа.

Известно, что упомянутый выше гражданин приобрёл у неизвестного лица поддельный диплом о высшем образовании, полученном им в Ижевской государственной медицинской академии, предоставляющий право на получение послевузовского профессионального образования.

Так, в августе 2014 г. А.Филимонов предъявил поддельный диплом

специалисту по учебно-методической работе ИжГМА в качестве подтверждения наличия у него высшего медицинского образования с целью поступления в клиническую интернатуру. В дальнейшем мужчина хотел работать терапевтом в Воткинской районной больнице.

В ходе судебного заседания Филимонов свою вину признал в полном объёме. Суд назначил ему наказание в виде штрафа в размере 10 тыс. руб.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

МИА Сити!

Ижевск.

100 строк на размышление

В ходе пилотного проекта по непрерывному медицинскому образованию, который проводился в 15 регионах нашей страны, выяснилось, что всего 45% врачей имеют доступ к Интернету на своём рабочем месте. Более того — только 28% участников данного проекта оценили свои навыки работы с компьютером как «хорошие».

«Каждый врач должен непрерывно самообразовываться. В этом кроется успех и эффективность его деятельности. Не имея представления о последних отраслевых новостях, можно отстать навсегда», — то и дело вещают с высоких и не очень трибун наши лидеры — академики, профессора.

Простите великодушно, но о каком таком самообразовании может идти речь, когда более

Цифры говорят...

чем у половины докторов нашей страны нет возможности выхода во всемирную паутину, где, помимо всего прочего, «застряла» электронная медицинская библиотека — наиболее удобная для посещения. Более того, менее трети (только вдумайтесь в эти цифры!) отечественных специалистов обращаются с компьютером на «ты».

А между тем в стране довольно часто проходят научные конференции по вопросам информатизации здравоохранения. «Телемедицина!.. Онлайн-конференции!..», — восклицают учёные и не очень учёные мужи. Однако неужели до

сих пор им непонятно, что общая готовность медицинской обществу нашей страны к этому находится на невысоком уровне. Врачи просто-напросто не могут полноценно участвовать в этих мероприятиях вследствие отсутствия элементарных навыков обращения с современной техникой.

Доктора жалуются на обилие бюрократических обязанностей — перегруженность работой с бумагами, пациенты недовольны формальным, а порой и грубым обращением со стороны врачей, учёные-клиницисты с грустью сетуют на нежелание трудяг-практиков развиваться в профессии...

Получается какой-то замкнутый круг. Однако искать правых и виноватых — занятие весьма и весьма неблагоприятное.

Видится, что в сложившейся ситуации государство просто обязано потратить максимум ресурсов — как материальных, так и человеческих на обучение медицинского персонала обращению с компьютером, организовать обязательные «курсы по информатике», что ли. Название — дело десятое, главное — суть процесса. Иного выхода нет. Нужно идти в ногу со временем. Хотим мы этого или не хотим, но компьютер, а следовательно, и Интернет стали неотъемлемой частью работы в

абсолютно любой профессии, в том числе и в повседневной работе врача. Без умения пользоваться современными технологиями в профессии делать нечего. Это, помимо всего прочего (при правильном и рациональном использовании) в значительной степени сокращает объём бумажной работы, не говоря уже об удобстве при изучении чего-либо нового или экстренной справочной помощи.

...А вообще цифры весьма показательные и более чем красноречивые. И когда наше общество будет в очередной раз предъявлять жалобы на невысокий уровень профессиональной компетенции того или иного врача, следует показывать эту неутешительную статистику — цифры ответят сами.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Фальсифицированные лекарства лишают больного последней надежды. Наказывать за них будут полной мерой. 23 января вступил в силу принятый парламентом и подписанный Президентом РФ Федеральный закон № 532-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части противодействия обороту фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок».

Предусмотренные законом изменения направлены на приведение законодательства Российской Федерации в соответствие с требованиями Конвенции Совета Европы «О борьбе с фальсификацией медицинской продукции и сходными преступлениями, угрожающими здоровью населения», подписанной Российской Федерацией. Так, за производство лекарственных средств и медицинских изделий без лицензии предусмотрено наказание в виде штрафа до 3 млн руб., а также лишение свободы на срок до 8 лет. Если фальсифицированные лекарства повлекли за собой смерть двух и более человек, размер штрафа для организаторов незаконного производства составит до 5 млн руб., а срок лишения свободы – до 12 лет.

Сейчас производители поддельных лекарств несут ответственность по уголовной статье «Производство, хранение, перевозка или сбыт товаров, не отвечающих требованиям безопасности» (ст. 238 УК РФ), которая в общем случае предусматривает штраф до 300 тыс. руб. или до 2 лет лишения свободы, в случае тяжкого вреда здоровью или смерти человека – штраф до 500 тыс. руб. и до 6 лет лишения свободы, а в случае гибели нескольких людей – лишение свободы на срок до 10 лет. Зачастую производители поддельных лекарств могут отделаться штрафом в 100 тыс. руб.

Как сообщили в Государственно-правовом управлении Администрации Президента РФ, новым законом вносятся изменения в Уголовный кодекс РФ. В частности, вводится ответственность за производство лекарственных средств или медицинских изделий без специального разрешения, если такое разрешение обязательно, а также за подделку лекарственных средств, медицинских изделий, биологически активных добавок и за их обращение, в том числе сбыт или ввоз на территорию

Российской Федерации. Кроме того, устанавливается уголовная ответственность за изготовление и использование поддельных документов на лекарственные средства и медицинские изделия, за изготовление их поддельной упаковки.

В соответствии с законом Кодекс РФ об административных правонарушениях дополняется статьёй, предусматривающей ответственность за обращение фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и фальсифицированных биологически активных добавок.

Федеральным законом вводятся понятия «фальсифициро-

важные фальсификаты на российском рынке составляет менее 1%, однако эти данные вряд ли смогут успокоить людей, которые пострадали из-за поддельных лекарств, – заявил директор Фонда «Здоровье» член Общественной палаты РФ и Центрального штаба Общероссийского народного фронта Эдуард Гаврилов. – Последствия их употребления могут быть весьма серьезными, это реальная угроза жизни пациента. И если с фальсификатом не бороться самими суровыми мерами, его объём будет увеличиваться. Принятие такого закона – это совершенно логичный вариант решения проблемы».

онкологический диспансер в 2013 г. был поставлен дорогостоящий герцептин, предназначенный для лечения рака молочной железы. Однако более 30 упаковок оказались поддельными. Курс лечения этим препаратом стоит порядка 100 тыс. руб.

«Я не говорю здесь об этике, хотя случай поистине вопиющий, ведь этот препарат – практически последняя надежда для пациентов. Подделки могут быть безвредными, но для пациента важно своевременное лечение, а в случае онкологических заболеваний время особенно ценно. Здесь же, несмотря на все меры контроля, для мошенников всё ещё были лазейки. Теперь у государства есть мощный рычаг

с просьбой ввести механизм принудительного лицензирования на выпуск дженериков (аналогов известных патентованных лекарств) для лечения тяжёлых заболеваний, в том числе рака и СПИДа. «В настоящее время некоторые страны мира стали активно применять механизм выдачи принудительных лицензий на производство воспроизведённых лекарственных препаратов до истечения срока патентной защиты оригинального лекарственного препарата», – пишут депутаты. Среди таких государств называются Индия, Бразилия, Индонезия, Таиланд. Их правительства пользуются положениями Со-

Ситуация

Законом по подделке

Дельцы не должны зарабатывать на безопасности жизни и здоровья людей



Лекарств-подделок в России ежегодно изымается на миллионы рублей...

ванные биологически активные добавки», «фальсифицированное медицинское изделие», «недоброкачественное медицинское изделие», «контрафактное медицинское изделие», а также устанавливается ряд запретов на обращение таких изделий. Соответствующие изменения вносятся в федеральные законы «О качестве и безопасности пищевых продуктов» и «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Эксперты Фонда независимого мониторинга медицинских услуг «Здоровье» считают закон, который вводит уголовную ответственность за производство и сбыт фальсифицированных лекарственных средств, крайне необходимым и своевременным. «Росздравнадзор неоднократно заявлял, что объём ле-

Э.Гаврилов отметил, что реальный объём фальсификата на рынке, скорее всего, превышает официальные данные. «Вряд ли есть точная статистика, сколько наших граждан пострадали из-за фальсифицированных лекарств. Человек не всегда может распознать, что причиной его недомогания является не болезнь, от которой он лечится, а принятый препарат. Мы видим лишь верхушку айсберга – наиболее тяжёлые последствия. При этом уголовное наказание, например для фальшивомонетчиков, существовало всегда, а здесь мы говорим о таких важных вещах, как люди и их здоровье», – сказал он.

Эксперт напомнил, что фальсифицированные препараты покупались и в ходе госзакупок. В частности, в Белгородский

воздействия, который, я надеюсь, способен предотвратить подобные ситуации», – заявил Э.Гаврилов.

Как сообщила председатель Комитета Госдумы РФ по безопасности и противодействию коррупции Ирина Яровая, ужесточение законодательства поддержали аптечные ассоциации, общественные организации и фармацевтическая отрасль в целом. Дельцы не должны зарабатывать на безопасности жизни и здоровья людей, заявила она журналистам. «Такого рода предприимчивая деятельность – это преступление, которое направлено на неограниченный круг лиц», – пояснила депутат.

Согласно данным Росздравнадзора, ежегодно на фармацевтический рынок нашей страны поступает около 200 тыс. серий лекарственных средств. При этом изымается порядка 1% средств, которые являются фальсифицированными, недоброкачественными, выпущенными с нарушениями действующего законодательства. По данным Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно умирают от некачественных или поддельных лекарств 200 тыс. человек. По оценке ВОЗ, доля фальсифицированных лекарственных средств находится в нашей стране на уровне 12% от общего числа препаратов.

Наряду с принятием закона глава Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Калашников направил председателю Правительства РФ Дмитрию Медведеву письмо

глашения по торговым аспектам прав интеллектуальной собственности и Дохийской декларации по защите здоровья, в соответствии с которыми механизм принудительного лицензирования запускается в случае острой социальной потребности и используется для производства медикаментов, лечения распространённых в стране тяжёлых заболеваний, таких как СПИД, гепатит, онкологические заболевания, а также в случае эпидемии, отмечается в письме.

«В условиях сложившейся геополитической и экономической ситуации Комитет Госдумы РФ по охране здоровья считает необходимым рассмотреть вопрос о введении механизма принудительного лицензирования на производство некоторых высокотехнологичных и биотехнологических лекарственных препаратов для лечения орфанных (редких) заболеваний и заболеваний, оказывающих наибольшее влияние на показатели смертности в РФ», – сказано в документе.

Принудительное лицензирование предполагает, что «мы разрешаем выпуск лекарств, дженериков, патент на которые ещё не истёк, и эти лекарства обеспечивают сохранение здоровья», пояснил С.Калашников. «Это, как правило, такие заболевания, как онкология, СПИД», – уточнил он, подчеркнув, что речь идёт о «самых дорогих, кстати, лекарствах».

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Проблемы и решения

С прошлого года, когда в Медицинском центре Дальневосточного федерального университета начали оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь по выделенным квотам, Приморский онкодиспансер стал активно направлять туда своих пациентов.

Сегодня здесь специалисты клиники с помощью новейшего эндоскопического оборудования выполняют бесплатно самые сложные операции. Об этом на «круглом столе» по проблемам лечения и профилактики

В тесной связке

онкологических заболеваний сообщила заместитель главного врача по лечебной работе Приморского краевого онкологического диспансера Людмила Гурина.

– В прошлом году более 60 наших пациентов, больных раком предстательной железы, были прооперированы с помощью четырёхрукого хирургического робота Да Винчи, – подчеркнула она. – А раньше больных с этой онкологической проблемой

приходилось направлять за границу. Наши урологи делают открытую простатэктомию, но это капля в море от требуемых объёмов.

По её словам, в прошлом году у Медцентра ДВФУ были проблемы с освоением квот, вызванные несоответствием их количества с реальной пропускной способностью учреждения.

– Часть квот на высокотехнологичную помощь в Медцентре ДВФУ не была освоена вове-

мя, так как необходимо знать свои возможности и объёмы, – отметила Людмила Гурина. – Не нужно заказывать такое количество квот, которое не в состоянии осилить. Кроме того, квоты были выделены только во второй половине года.

Как сообщила руководитель краевого детского онкогематологического центра Людмила Минкина, в педиатрии лечение детей с онкологией сфокусировано на химиотерапевтическом аспекте.

– Поэтому Медцентр ДВФУ для наших пациентов не совсем подходит, – пояснила Людмила Михайловна. – Химиотерапию там проводить достаточно сложно, потому что это современный центр, предполагающий нахождение пациента на больничной койке очень ограниченный срок. А мы можем себе позволить длительное и эффективное лечение. В нашем центре высокодозная химиотерапия проводится достаточно долго, дети у нас лежат по 8-10 месяцев.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Стартовала всероссийская программа по подготовке управленцев, отвечающих за финансово-экономическую деятельность медицинских организаций. Эта программа – следствие долгой и серьёзной подготовительной работы Минздрава России, нацеленной на выполнение одной из своих стратегических задач – повышение качества управленческих кадров: главных врачей медицинских организаций, специалистов в областях менеджмента качества, лекарственного обеспечения и финансово-экономического управления.

2015 г. – год проведения масштабного повышения квалификации управленцев, курирующих финансово-экономическую деятельность в медицинских организациях всех субъектов РФ, работающих в системе ОМС. В первую очередь это заместители главных врачей по финансово-экономической деятельности и директора медицинских организаций.

В течение года около 3,5 тыс. специалистов должны пройти обучение по эксклюзивной программе, которая разработана при участии федерального министерства, Федерального фонда ОМС, ведущих специалистов страны в области управления и экономики здравоохранения.

«Это абсолютно новый подход. Целью программы является формирование профессиональных компетенций административно-управленческого персонала медицинских организаций субъектов Российской Федерации в об-

Перспективы

Управленческая аттестация

Минздрав инициировал масштабный проект по подготовке управленческих кадров

ласти финансового менеджмента и экономики здравоохранения с учётом современных социально-экономических условий», – говорит министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Данная программа позволит не только повысить эффективность управления финансами медицинских организаций, но и снизить неэффективные траты, а также многие коррупционные риски.

Образовательная программа состоит из модулей по наиболее актуальным проблемам: формирование и экономическое обоснование территориальной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, деятельность медицинской организации по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи, рациональный фармацевтический менеджмент,

контроль объёмов, сроков, условий и качества медицинской помощи, оказываемой по ОМС, правовые основы системы обязательного медицинского страхования, государственные закупки, регламент контрольно-надзорных мероприятий в сфере здравоохранения.

Образовательный цикл продолжительностью 72 часа представляет собой 6-дневное очное обучение, состоящее из просмотра экспертной видеолекции с последующим дебрифингом, 5 дней – самостоятельная подготовка проекта, 1 день – очная итоговая аттестация.

Учитывая значимость проблемы с экспертными лекциями выступят ведущие специалисты отрасли, руководители департаментов Минздрава России, представители Федерального фонда ОМС, Росздравнадзора.

Каждую группу слушателей из отдельного региона сопровождают представители территориального фонда ОМС, территориального органа Росздравнадзора и органа управления здравоохранением данного региона, что позволит обсудить актуальные региональные проблемы по тематике лекций.

«Ещё одна особенность реализации образовательной программы в том, что центром подготовки должна стать региональная образовательная площадка (РОП). При этом образовательная организация берёт на себя роль методических образовательных центров и осуществляет курацию проекта; определяет его логику, обеспечивает учёт и контроль образовательного процесса; принимает участие в итоговой аттестации, а также выдаёт документ об образовании», – отмечает первый заместитель

министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян.

Реализация подобной модели требует скоординированных действий со стороны субъекта Федерации и образовательной организации.

«Отличительная особенность этой подготовки – выполнение и защита итоговой аттестационной работы, построенной на анализе финансовой деятельности конкретной медицинской организации и направленной на выработку механизмов (мероприятий) повышения эффективности расходования финансовых средств на основе полученных в процессе обучения знаний», – подчёркивает директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Татьяна Семёнова.

Обязательными участниками итоговой аттестации являются представители органов управления здравоохранением субъектов Федерации, территориального фонда ОМС и территориального Управления Росздравнадзора.

«Полученный уровень знаний и компетенций на этих образовательных циклах должен стать залогом успешной реализации в субъектах Федерации государственной политики в сфере здравоохранения. Ведь перед медицинским сообществом стоит задача обеспечения не только текущих, но и перспективных потребностей социально-экономического развития Российской Федерации», – отмечает министр.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Клуб лучших врачей

– Сейчас для нашего учреждения, как думаю и для других, актуальна волокита с жалобами. Жалоба – дело серьёзное, неприятное, но в конечном итоге, если она справедлива, помогает исправить недостатки, которые замечают наши больные. Но таких заслуживающих внимания случаев не так уж и много. А по большей части нас замучили бесконечные, подчас пустые, претензии пациентов, их близких, родственников, знакомых. Любая жалоба, направленная в учреждение, полностью блокирует работу администрации. Все руководители согласятся со мной, что с этого момента в учреждении начинается большая чехарда: мы собираем врачей, медицинских сестёр, заставляем их писать объяснительные записки, давать отчёты, сомневаться в ситуациях. И самое страшное, что жалобщики «работают по полной программе», они пишут сразу во все инстанции, начиная с местных органов здравоохранения и кончая президентом. Поскольку каждая из них приходит к нам в разное время в течение месяца, руководитель практически лишён возможности заниматься основной работой. Как показывает практика, до 70% жалоб совершенно необоснованны.

Меня всегда удивляет позиция инспектирующих. Хорошо, если это медики, они хоть вопросы задают по существу, но если появляются представители правоохранительных органов, далёкие от нашей специфики, то тут уж знаем – с ними будем заниматься с 8 утра до 8 вечера. Потому что им приходится объяснять всё: как организована медицинская помощь, как она оказывается и т.д. Когда же работать?

Но что более всего ностражирует, а то и обижает – это подход к рассмотрению жалобы. Его основной принцип – пациент прав, а врач, медсестра, лаборант – виноваты и обязаны исправиться.

В кругу жалоб

Как врачу на них реагировать и находить больше времени для конкретной помощи людям?



Олег НАГИБИН – победитель Всероссийского конкурса «Лучший врач» – 2014 в номинации «Лучший руководитель медицинской организации». Окончил Рязанский медицинский институт им. И.П.Павлова и начал работать в городской поликлинике № 2 рентгенологом, а приобретя опыт, возглавил это отделение. Организаторские способности молодого врача были замечены, его назначили главным врачом детского туберкулёзного санатория. Многие успел в жизни Олег Александрович, ещё окончил Международный славянский институт в Москве – автономную некоммерческую образовательную организацию высшего профессионального образования, получив диплом менеджера. Сегодня он руководит родной рязанской городской поликлиникой № 2. Несмотря на высокие результаты работы, проблем у руководителя хватает. Ими сегодня он решил поделиться с коллегами.

вам назначил это лечение? Да вы приходите к нам, мы поможем по-настоящему». Но мы-то понимаем, что такое коммерческая клиника, для которой чаще всего главное – заработать на больном, а наш простой пациент принимает это за чистую монету. Зато жалоба уже готова, и пошло-поехало на нашу голову.

Как избавиться от жалоб? Вопрос риторический. Никак. Часть их рождается от того, что когда человек болеет, он живёт на эмоциях и, попадая в наши поликлиники, не владея информацией, остаётся в неведении, почему с ним это случилось. Врачу объяснять, беседовать с ним некогда – 15-20 минут, которые отводятся на приём больного, для этого недостаточно. Ведь сегодня на врача ложится огромный объём бумажных отчётов, за ними он часто не видит пациента. Если доктор при заполнении бумаг в чём-то ошибётся, например, не там поставит запятую, жди непри-

ятностей от страховой компании – при очередной проверке она не даст нам покоя. Администрации придётся отправлять ей такое количество отчётов, да это ещё надо продублировать не в одном варианте... Только по зарплате куда только их не отправляем – в Комитет по труду, Фонд ОМС, Министерство здравоохранения, в сами страховые компании. Руководителю медицинского учреждения приходится вешать особое расписание в своём кабинете – когда и куда явиться: в 8 утра – в Управление здравоохранения, в 10 часов – ещё куда-то и т.д. В общем, Фигаро здесь, Фигаро там.

Давайте вспомним некоторые примеры: накануне сдачи отчётов просят сообщить, какое количество инфарктов, инсультов произошло летом. Это же огромная работа, надо поднимать массу документов за определённый период. Делать это на совесть не всегда получается, а если «сде-

ляли, как сделали», то кому это нужно? Значит, и выводы будут сомнительными. А происходит так потому, что иногда складывается впечатление, что с нас собирать данные, которые никогда не анализируются.

Мы поднимаем эти вопросы. Поскольку я член общественного совета Минздрава России, бываю на его заседаниях, то уверен, что наш министр В.Скворцова знает об этих проблемах. Почему у ведомств образования, культуры есть более широкие полномочия для тех же различных закупок, а наши возможности ограничены, хотя для человека куда важнее его здоровье, чем всё иное. Почему медвузы подчиняют двум министерствам – своему и Минобрнауки? Вряд ли это нормальная ситуация.

Конечно, полностью искоренить жалобы невозможно, жизнь есть жизнь. Но мы, например, знаем своих постоянных жалобщиков, но кто должен их останавливать и принимать к ним меры. Если это «сказки» от начала до конца, то с таких людей надо спрашивать со всей строгостью. Не надо дискредитировать врачей!

Хорошо, что у нас ежегодно вот уже много лет проводится Всероссийский конкурс «Лучший врач». Это вселяет в нас уверенность, что наша профессия важная, нужная, приносит людям пользу.

Ну а как с жалобами поступаем мы у себя в поликлинике? На сегодняшний день я поручил заниматься ими одному из своих заместителей. Чтобы дать возможность всем другим докторам исполнять свои профессиональные обязанности в полном объёме.

Записала
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Можно сказать, что повезло 14 пациентам Тамбовского онкологического диспансера в том, что они оказались в нужном месте в нужное время. Всё дело в том, что недавно в лечебное учреждение региона приехала группа специалистов из Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина. (Кратко об этом «МГ» упоминала в № 9 от 11.02.2015.) Участники медицинского «десанта», как назвал свою группу главный онколог Минздрава России Михаил Давыдов (кстати, воинскую службу он проходил в войсках ВДВ, отчего и сделал такое сравнение в беседе с журналистами), провели 14 операций. Все они прошли успешно. Более того, в их проведении принимали участие тамбовские врачи, для которых процесс удаления злокачественной опухоли стал настоящим мастер-классом.

Сам Михаил Иванович провёл пять операций. Хирург-онколог областной больницы Анатолий Поминов, как и его коллега из Тамбовского онкодиспансера Олег Баранов, сами по себе являясь опытными специалистами, выполнившими немало успешных операций, в один голос утверждают, что опыт московских коллег стал бесценным достоянием лично для них и всех онкологов области, так как ход операции демонстрировался в сети Интернет.

Надо сказать, что сотрудничество между РОНЦ им. Н.Н.Блохина и профильными лечебными учреждениями Тамбова существует уже несколько лет. А в декабре прошлого года группа онкологов региона проходила обучение в главном онкологическом лечебном учреждении страны. Кстати, в 2015 г. подобная практика будет продолжена. Делегация из Москвы ожидается в Тамбове уже в нынешнем месяце, в феврале. Тамбовские онкологи настроены на долговременное сотрудничество с коллегами из столичного научного центра. Здесь и стажировки местных специалистов в московской клинике, и выездные семинары столичных специалистов. Те же мастер-классы как по оперативному лечению, так и по диагностике онкологических заболеваний распланы на год вперёд.

— Наши связи со столичными специалистами в области онкологии существовали и раньше, — рассказывает главный врач Тамбовского областного онкологического диспансера Владимир Милованов. — Но это было давно. Последний раз подобный мастер-класс был проведён в Тамбове в ходе выездной сессии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена, состоявшейся 62 года назад. И вот по инициативе губернатора Тамбовской области

хаил Давыдов охотно откликнулся. Так что выздоравливающие ныне больные, а также прооперированные в следующий приезд столичных светил будут благодарны и Тамбовской областной администрации во главе с её руководителем.

С точки зрения статистики, следует отметить, что сотрудники РОНЦ им. Н.Н.Блохина в день принимают около 600 человек, а это значит, что они проводят за это время свыше 1,5 тыс.

в основу создания новых методов лечения и технологий, которыми специалисты онкоцентра охотно делятся с коллегами на местах. Отсюда и основная цель приезда московских гостей — вооружить тамбовских коллег последними разработками и новыми подходами к лечению в области онкологии. В то же время представители столичного онкоцентра отметили, что Тамбовская область в плане борьбы с онкологическими за-

ных онкологов, присутствующих на операциях, московские коллеги оценили как высокий.

— Есть просто «печальные» регионы, — отозвался на этот счёт академик М.Давыдов. — Тамбовская область в этом плане, можно сказать, благополучна. И во многом потому, что у руководства региона есть интерес к решению проблем по излечению жителей от онкологических заболеваний. Узнав, что его мини-интервью

Инициатива

Четырнадцать спасённых жизней

Сотрудники Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина совершили «десант» на Тамбовщину



В Тамбовском онкодиспансере (слева направо) заведующая клинко-цитологической лабораторией Елена Ежова, Михаил Давыдов, заведующий 1-м отделением онкодиспансера Сергей Барсуков, заместитель главного врача Андрей Иванников, Владимир Милованов

Олега Бетина забытая практика возвращается на круги своя. Он лично просил о приезде главного онколога Минздрава России в Тамбов, и Ми-

диагностических исследований. То есть практика у них богатейшая. Естественно, и теория на высочайшем уровне. Всё это положено

болеваниями выглядит заметно благополучнее по сравнению с некоторыми другими регионами, а профессиональный уровень мест-

предназначено для «МГ», главный онколог Минздрава России попутно отозвался об издании: «Наша газета!» В смысле — высокопрофессиональная, читаемая.

Неполным был бы рассказ о таком значительном событии в жизни тамбовских онкологов, как приезд делегации федерального уровня и организация учёбы региональных специалистов, без оценки такого знаменательного факта на медицинском «небосклоне» со стороны начальника Управления здравоохранения Тамбовской области Марины Лапочкиной: «Мы очень активно сотрудничаем со столичным онкоцентром в плане направления наших пациентов на диагностику и лечение в это учреждение. От всего сердца хочется поблагодарить его сотрудников за то, что они ни при каких обстоятельствах не отказывают нашим больным в помощи».

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внест. корр. «МГ».

Тамбов.

Фото автора.

Продолжаем разговор

Прочитала в « Медицинской газете» (см. № 1 от 14.01.2015) материал В.Евлановой об открытии первого в России банка грудного молока, созданного на базе Научного центра здоровья детей, и порадовалась. Это большое достижение, которое будет способствовать снижению заболеваемости и смертности среди детей, родившихся преждевременно.

Вспомнилось, как в 70-е годы в Лениногорске (Республика Татарстан) при молочной кухне работал донорский пункт по сцеживанию грудного молока, куда приходили обследованные женщины, имеющие его излишки. Обработанное молоко отправляли в родильные дома, в отделения для недоношенных детей (бесплатно). Теперь вот идея воплощается на новом уровне. Здорово!

Материал В.Евлановой навёл меня на размышления о необходимости усиления работы с женщинами по поддержке грудного вскармливания, тем более что почти у половины из них отмечается психологическая неготовность к кормлению грудью. Внедряя современные перинатальные технологии в работу детских поликлиник и расширяя взаимодействие между родильными домами, женскими консультациями и детскими поликлини-

ками, можно сократить процент искусственного вскармливания, снизить заболеваемость.

Как известно, нередко отклонения в состоянии здоровья новорождённых связаны с протеканием беременности и родов. В связи с этим в педиатрии ведётся постоянный поиск методов ранней профилактики детских болезней, начиная с пренатального периода. Рождение здорового и желанного ребёнка — задача, которая должна осуществляться в тесном контакте медицинских работников с беременной женщиной и её семьёй. В связи с этим следует совершенствовать систему подготовки беременных к родам, позволяющую более активно вовлекать мужа и других родственников в родовую, родовую и послеродовую периоды. Важную роль здесь может сыграть организация в детской поликлинике кабинета родоводной педагогики, основными задачами которого являются проведение занятий по

специальной программе с беременными женщинами, воспитание у женщин осознания необходимости общения с ребёнком до его рождения, что влияет на здоровье и психосоматическое состояние во внутриутробном периоде.

Школа родоводной педагогики впервые начала работать в Москве на бесплатной основе в городской детской поликлинике № 109 в 2008 г. За основу была взята методика «Сонатал» («Музыка рождения»), разработанная Михаилом Лазаревым. Полный цикл, состоящий из 10 занятий, проводился по следующему алгоритму: звукодышающая гимнастика, слушание музыки, курс лекций о питании беременных и кормящих женщин, о грудном вскармливании и др., показ видеofilмов по тематике, практические занятия по пеленанию, лепка из пластилина, рисование красками на свободную тему, изготовление аппликаций из цветной бумаги. В качестве

домашнего задания предлагалось сочинение стихов и сказок.

Не были оставлены без внимания и мужчины, для них работала школа будущих отцов, где даётся информация о внутриутробном развитии ребёнка, об участии пап в воспитании малыша до рождения и после, о поддержке грудного вскармливания. Эти занятия учат их более бережному отношению к беременной женщине, приобщают к музыке, способствуют созданию благоприятного климата в семье.

С марта 2008 г. по октябрь 2014-го по методике «Сонатал» прошли обучение 844 первородящие женщины и 423 будущих папы. Анализ карт, анкетирование, осмотры специалистов показали, что дети таких родителей рождались с более высоким показателем по шкале Апгар: 8-9 баллов у 70% (в контрольной группе — 60%). Заболеваемость среди детей в возрасте 1 года из основной группы оказалась в 2,5 раза ниже, а психоэмоциональное развитие

выше, чем у детей, не имеющих подобного пренатального опыта. По нашим данным, в основной группе 79-80% детей до года находились на грудном вскармливании, а в контрольной — всего 37,7%.

Кабинет пренатального воспитания в детской поликлинике является наиболее оптимальным организационным решением проблемы пренатальной профилактики детских заболеваний. Создание такой системы с использованием метода «Сонатал» позволяет позитивно воздействовать на беременную женщину и ребёнка, регулировать психофизиологическое развитие до и после рождения. Хотелось бы, чтобы такой опыт переняли и другие медицинские учреждения, и чтобы они получили поддержку со стороны государственных структур, в том числе финансовую, в виде выделенных штатных единиц.

Флора АХМЕРОВА,
педиатр,
кандидат медицинских наук.

Грамотное решение О грудном вскармливании, и не только...

Сегодня в очень интересном и перспективном научном направлении медицины, которое называется «геронтология», сложилась столь же интересная, но не столь уж обнадеживающая ситуация. Несмотря на неоспоримые статистические данные о том, что население России, как и всей планеты, стареет, происходят события, которые свидетельствуют о том, что далеко не все руководители отечественной науки и здравоохранения представляют возможные последствия этого неумолимого процесса. Возникает ряд вопросов, которые хотелось бы осветить и предложить пути выхода из создавшейся ситуации, мягко говоря, не совсем логичной и обоснованной.

Дамоклов меч

Речь идёт о том, что многие, созданные за прошлые годы центры научной и практической мысли, в которых рождались идеи продления человеческой жизни, улучшения качественных её показателей, диагностики и лечения так называемых возрастзависимых заболеваний, оказываются либо закрытыми, либо поставленными в условия на грани выживания. Примеры тому – выведение из состава Северо-Западного отделения Российской академии наук известного своими научными достижениями Научно-исследовательского института биорегуляции и геронтологии, руководимого столь же известным учёным с мировым именем, членом-корреспондентом РАН В.Хавинсоном, ликвидация известного московского Научно-клинического центра геронтологии под руководством академика РАН В.Шабалина, закрытие кафедры геронтологии Московского государственного медико-стоматологического университета и т.д. Дамоклов меч навис над рядом кафедр и курсов геронтологии и гериатрии медицинских вузов. Расквартированные на территории госпиталей для ветеранов войн научно-практические учреждения вынуждены покидать госпитали, и при этом теряются годами наработанные связи между научными и практическими центрами, занимающимися проблемами геронтологии, диагностикой и лечением онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний, профилактикой ускоренного старения, столь свойственного участникам современных боевых действий. Яркий пример – отказ в продлении аренды помещений Институту современных клеточных технологий, частично располагавшемуся в здании поликлиники крупнейшего в России Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн.

Начнём с очевидного. Каждый из нас на улицах, в магазинах, в общественных зданиях видит всё больше и больше людей пожилого, а порой и старческого возраста. С телевизионных экранов на нас смотрят постаревшие, но стремящиеся сохранить бодрость и шарм известные актёры и столь же стареющие члены Государственной Думы и Федерального Собрания. Руководство Российской академии наук, российских вузов также молодится и нередко из последних сил. Многие болезни, частота которых возрастает пропорционально прожитому числу лет, сохраняют и наращивают своё пагубное влияние не только на здоровье стареющего человека, но и на саму человеческую жизнь. И при этом в цивилизованном мире возникшую ситуацию с неуклонным постарением человеческой популяции осознают и гармонично под неё подстраиваются, стремятся как-то решать и, надо сказать, решают: растёт продолжительность активной

жизни, снижается уровень некоторых, связанных с процессом старения заболеваний, меняется отношение к пожилым и престарелым людям.

А что же происходит в нашей России? Начну с элементарного, но очень о многом говорящего факта. Численность сотрудников кафедр геронтологии и гериатрии российских медицинских вузов, как правило, не превышает 10. Зато количество отчётной документации постоянно растёт, и трудно бывает расставить приоритеты – то ли проводить полноценное и индивидуальное обучение, да ещё при этом активно заниматься научной работой, то ли писать постоянно возрастающие в объёме планы, программы, справки, приказы и т.д.

(«МГ» писала об этом), президентом которого в течение всех этих лет является член-корреспондент РАН В.Анисимов. Геронтологическое общество все эти годы развивалось, прирастало всё новыми и новыми региональными отделениями. Всё, казалось бы, движется в нужном направлении. Дело осложнялось только тем, что ведущие учёные и специалисты-геронтологи сосредоточились не в Москве, а в Санкт-Петербурге, и именно в этой, как говорят, второй столице России находились и известные головные научные и научно-практические учреждения страны, такие как НИИ биорегуляции и геронтологии, НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова, кафедра геронтологии и гериатрии бывшего Института усовершенствования

центры геронтологии? Думается, нет! По моему убеждению, скорее нужен единый центр и единая же профессиональная общественная организация, созданная по образу и подобию существующего уже Геронтологического общества РАН. Зачем изобретать велосипед? Общество в Санкт-Петербурге активно работает и ни в каком преобразовании или реорганизации не нуждается. И давайте дадим ему возможность и дальше успешно развиваться и осуществлять свою деятельность на благо науки и всего населения нашей страны.

Время требует

Но головной научно-практический центр современной герон-

Значительно удачнее оказалась бы, на мой взгляд, модель как додипломного, так и в особенности последипломного обучения врачей ряда специальностей вопросам геронтологии и гериатрии, особенностям работы с пациентами пожилого и старческого возраста и ускоренно стареющими лицами. Такой опыт есть, и он оказался позитивным, например, в Свердловской области, в Уральском государственном медицинском университете и в ряде других медицинских вузов разных регионов России. Поэтому нет особого смысла заниматься организацией подготовки огромного количества гериатров и занимать этим вопросом Министерство здравоохранения РФ только потому,

Острая тема

В глухом застое, или Кому и куда продвигать геронтологию



Вузовская наука, а при сложившейся ситуации именно она в значительной степени продвигает геронтологию и гериатрию, это, конечно, хорошо. Но на занятия наукой и внедрение результатов научных исследований в практику нужно время, а в современных вузах его катастрофически не хватает, и научная работа проводится в основном за счёт сохраняющегося пока энтузиазма отдельных личностей. Современная же геронтология требует привлечения к исследованиям и образовательному процессу большого количества людей – представителей многих медицинских, да и не только медицинских, специальностей. Нужна мощная экспериментальная, лабораторная база. Но самое главное – нужны образованные, увлечённые, широко эрудированные, профессионально подготовленные люди. И просто необходимо головное учреждение, которое служило бы генератором идей. А его то и нет.

Подковёрная борьба

Теперь о том, что не является столь заметным для широкой общественности, а известно достаточно узкому кругу специалистов в области геронтологии и гериатрии. Речь идёт о профессиональных общественных объединениях и головных учреждениях, занимающихся столь насущными проблемами старения. Несколько лет назад по не совсем понятным причинам наметился раскол между ведущими российскими школами. В 2014 г. исполнилось 20 лет с момента основания известного Геронтологического общества РАН

врачей, а ныне Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, Геронтологический центр, получивший впоследствии имя его основателя Э.Пушковой. Возможно, по этой причине столичными специалистами ещё в конце 90-х годов было инициировано создание Российской ассоциации геронтологов и гериатров.

Но несмотря на это, подковёрная борьба между Москвой и Санкт-Петербургом на ниве отечественной геронтологии продолжалась, и, надо сказать, небезуспешно для общего дела развития данного научно-практического направления в нашей стране. Санкт-Петербург стал центром широко известных фундаментальных исследований в области геронтологии, Москва более сосредоточилась на клинических разработках в области гериатрии и организационных инновациях.

Всё было в принципе хорошо. Но приблизительно 3 года назад стала продвигаться идея создания Российской ассоциации геронтологов и гериатров с центром в Москве на базе бывшего НИИ геронтологии, преобразованного за прошедшие годы в научно-клинический центр. Данная идея продвигалась достаточно активно в противовес деятельности Геронтологического общества РАН. Внутренний конфликт нарастал. В это время усилилось давление на бывший Научно-клинический центр геронтологии в Москве, который затем был попросту закрыт.

Возникает вопрос: а нужны ли в нашей стране многие научные

тологии и гериатрии, конечно же, необходим и должен быть в России. И в этом вопросе, как кажется, тоже не должно быть разночтений в плане географической привязанности такого рода центра. Так, с моей точки зрения, место его в Санкт-Петербурге, где сосредоточены научные и практические силы, сложились свои традиции. Всё это не создание чего-то принципиально нового с нуля, а лишь совершенствование уже существующего.

Как клиницисту с многолетним опытом хотелось бы сказать отчётливо несколько слов о контингенте наблюдаемых в Гериатрическом клиническом центре. Почему-то многие думают, что там должны проходить лечение только лица пожилого и старческого возраста, да ещё и нуждающиеся в постороннем уходе. Это предположение, на мой взгляд, в корне неверно и способствует превращению его в очередной дом престарелых и даже хоспис. А этого быть не должно. Гораздо логичнее было бы выделить хотя бы три потока нуждающихся в наблюдении в данных условиях: лица пожилого и старческого возраста, страдающие одновременно как минимум 2-3 возрастзависимыми заболеваниями; лица пожилого и старческого возраста, нуждающиеся в особых мероприятиях по уходу; лица молодого и среднего возраста из категории ускоренно, преждевременно стареющих, коими, как показано многочисленными исследованиями, являются ветераны современных боевых действий, жертвы террористических актов, лица, перенёвшие повторные острые и хронические стрессовые воздействия и др. Такого рода опыт выделения трёх потоков гериатрических пациентов есть практически во всех госпиталях для ветеранов войн России, и общение представителей разного возраста, разных поколений, как показывает практика, идёт только на пользу. И в Санкт-Петербурге есть большой, известный в России госпиталь для ветеранов войн с хорошей клинической базой.

Но в чём же минусы Северной столицы? Пожалуй, только в одном – в отдалённости от федеральных министерств – здравоохранения, социальной защиты и т.д., расположенных в Москве. Но при развитии современных средств связи, транспортных и информационных технологий этот минус сводится практически к нулю. Располагаются же структуры Конституционного суда в Санкт-Петербурге! И работают без сбоев.

что около четверти населения страны – пенсионеры. В конечном счёте именно врач сам выбирает свою специальность, а врачей, желающих стать гериатрами, на сегодняшний день крайне мало. И игнорировать эту реальность просто нелогично. Кроме того, нуждаемость именно во врачах-гериатрах, за широкое внедрение которых в лечебные учреждения России усиленно предлагалось бороться с Министерством здравоохранения, чрезвычайно мала, и они остаются «штучными» специалистами. Причин этому много, и в первую очередь возрастной принцип оказания медицинской помощи, который попросту может привести к «отфутболиванию» лиц старше 60 лет к гериатру, и такого рода негативный опыт уже был.

Два или более центральных головных геронтологических учреждений, создающих свои научные общества, ассоциации, программы, проблемы не решают, а ситуация, связанная с дальнейшим развитием российской геронтологии, практически находится в глухом застое. Да, единый центр, опирающийся на мнение многих учёных и практиков, работающих длительное время в области геронтологии и гериатрии, принимающий коллегиальные решения по многим ключевым вопросам современной медицины, необходим. Сегодня надо не конфликтовать нашему пока немногочисленному профессиональному сообществу, а поддерживать деловые отношения и даже дружить, чтобы проблемы долгожительства, здоровья старшего поколения, продления жизни россиян были успешно решены в нашей стране.

Виктор МЯКОТНЫХ,
вице-президент Геронтологического общества РАН,
заведующий кафедрой гериатрии
Уральского государственного
медицинского университета,
доктор медицинских наук,
профессор.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

ОТ РЕДАКЦИИ. В статье профессора В.Мякотных подняты важные проблемы, требующие ясности и трезвого взгляда на сложившуюся ситуацию. Мы приглашаем к разговору наших читателей – геронтологов, гериатров, врачей других специальностей, так как затронутая тема касается или будет касаться в будущем каждого из нас.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 10 (1862)

(Продолжение. Начало в № 10 от 13.02.2015.)

Вмешательства на поверхностной мышечно-фасциальной системе

История

В 1974 г. в Париже сделали первое сообщение о поверхностной мышечно-фасциальной системе (ПМФС) на лице. V.Milz и M.Peyronie (1976), а затем V.Bosse и V.Papillon (1981) провели многочисленные клинко-анатомические исследования строения ПМФС в различных областях лица.

С этого времени техника подтяжки элементов ПМФС стала постепенно совершенствоваться и в ограниченных масштабах использоваться в клиниках США и Европы. Изучение строения ПМФС позволило обнаружить прочные фиброзные перемычки, соединяющие её и кожу на вершине выступа скуловой кости. Эти фиброзные тяжи позднее были названы скуловыми связками.

В 1984 г. в Аргентине были описаны результаты изучения на трупах верхнескуловой части ПМФС и продемонстрирована её двухслойная структура в лобно-височной и париетальной зонах. В этом же году специалистами из Бразилии были опубликованы собственные исследования лобно-височной и париетальной структур, описаны фиброзные перемычки, идущие от лобной мышцы и круговой мышцы глаза к верхненаружному краю глазницы.

В 1989 г. D.Furaas описал третью точку фиксации ПМФС лица – мандибулярные (нижнечелюстные) связки. В то же время другие исследователи представили данные по изучению ПМФС в области носа, в зоне скуловой мышцы и носогубной складки.

Хирургическая анатомия

Поверхностную мышечно-фасциальную систему человека в настоящее время определяют как анатомический комплекс связанных между собой мышц и апоневрозов, лежащий отдельным слоем под кожей.

Согласно описанию P.Tessier, а также V.Mit и M.Peyronie, поверхностными мышцами, связанными апоневрозом между собой, являются лобная, круговые мышцы глаз и рта, мышца смеха, мышцы носа и платизма. Мышцы, входящие в ПМФС, в отличие от других мышц тела, не имеют анатомически чётких концов и точек фиксации. Однако вокруг них и происходит смещение кожи с изменением выражения лица. Некоторые анатомические образования (круговая мышца рта, мышца смеха и щёчная мышца) вообще не имеют точек прикрепления к костям.

С хирургической точки зрения, ПМФС можно рассматривать в двух её зонах: выше и ниже скуловой кости.

ПМФС надскуловой области

Верхнескуловая область состоит из височной, периорбитальной и лобной зон. В височно-париетальной зоне при рассечении кожи в первом слое находится поверхностная фасция, глубже – претемпоральная фасция, которые являются компонентами ПМФС.

В краниальном направлении эти структуры соединяются и становятся апоневрозом черепа. По верхненаружному краю орбиты находятся фиброзные перемычки, идущие к кости от лобной мышцы и верхнего края круговой мышцы глаза. Эти две анатомические структуры, фиксированные к орбите прочными связками, обозначаются как орбитальная точка фиксации ПМФС. Вокруг этой точки при сокращении указанных мышц собираются складки и со временем формируются постоянные морщины.

Над верхневнутренним краем орбиты расположены точки фиксации к лобной кости мышц, сморщивающих брови. Надблоковый нерв и артерия находятся между кожей и мышцей, однако нередко нерв можно обнаружить и в толще мышцы. Кнаружи расположена надорбитальная нейроваскулярная система, обеспечивающая чувствительность и кровоснабжение тканей лобно-париетальной зоны.

ПМФС подскуловой области

В предушной области сразу над скуловой дугой поверхностная фасция и лежащая под ней фасция слюнной железы сливаются в предвисочную фасцию. Эти два слоя апо-

невротического растяжения соединяются на переднем крае слюнной железы и далее вместе идут кпереди до границы большой скуловой мышцы, которую они окутывают на всём протяжении.

Хирург, выделяя фасциальный слой на уровне скуловой дуги, должен помнить о лобной ветви лицевого нерва, которая выходит из толщи слюнной железы недалеко от скуловой кости на глубине 6-9 мм.

Следовательно, безопасная толщина формируемого слоя ПМФС в этой области должна быть не более 3-4 мм. В верхнечелюстной зоне апоневротически-жировой слой ПМФС соединяется фиброзными перемычками с круговой мышцей глаза. На скуловом возвышении к надкостнице прикрепляются прочные фиброзные перемычки,

Омолаживающие операции на лице. История и классические примеры

которые проходят поперечно через ПМФС и фиксируются к коже.

Скуловая точка фиксации фактически является точкой ротации скуловых компонентов ПМФС, создающих на лице мимические линии складок и морщин. ПМФС также фиксирована отдельными фиброзными перемычками к переднему краю жевательной мышцы. Эта связка, получившая название жевательной, имеет определённое значение в создании вертикальной складки кожи в средней части щеки.

Кпереди от скуловой мышцы ПМФС становится более толстой и содержит значительное количество жировой ткани. Она также включает в себя множественные мышечные тяжи, идущие к коже в области носогубной борозды. Далее слой ПМФС продолжается в направлении к спинке носа, а ниже – в направлении круговой мышцы рта.

Нижняя часть ПМФС состоит из преимущественно мышечных элементов. Она содержит фасцию слюнной железы, которая смешивается с волокнами верхней части платизмы и далее следует в косом направлении к переднему отделу нижней челюсти, где имеет точку прикрепления к кости – мандибулярная точка фиксации ПМФС.

В переднешейной зоне мышца опускается вертикально от нижней челюсти к ключице. Кзади она пересекается с передним краем грудино-ключично-сосцевидной мышцы и переходит в апоневроз. Из всех точек фиксации ПМФС лишь одна – на нижней челюсти – является функционально независимой, поэтому кпереди от неё платизма фиксирована к кости.

Лицевой нерв и его взаимоотношения с ПМФС

Лобная ветвь лицевого нерва выходит из верхнего края слюнной железы на глубине 6-9 мм от наружной поверхности ПМФС и перекидывается поперечно через дугу скуловой кости в пределах участка между точками, расположенными на 18 и 30 мм кпереди от вершины козелка. Далее она идёт более поверхностно в вертикальном направлении и на расстоянии приблизительно 3-4 см от козелка достигает лобной мышцы по её внутренней поверхности. Нерв отдаёт ветви к круговой мышце глаза и далее по средней линии к мышце, сморщивающей бровь, и к мышце гордецов.

Приблизительно на 1 см ниже уровня скуловой дуги за пределами слюнной железы находятся скуловые ветви лицевого нерва, идущие вместе с сосудистым пучком. 8 в их составе — ветви к большой скуловой мышце, к малой скуловой и мышце, поднимающей верхнюю губу. Выше расположена конечная ветвь – к носовой мышце.

Здесь же и маленькая ветвь к скуловой порции края мышцы глаза. Участок мягких тканей, содержащий двигательные ветви лицевого нерва, расположен в зоне между нижним краем орбиты и нижней частью ску-

ловой дуги. В этом промежутке, имеющем ширину около 1,5 см, можно относительно безопасно рассекать и освобождать скуловую точку фиксации ПМФС.

В средней части щеки щёчные ветви лицевого нерва располагаются вместе со своими сосудами непосредственно ниже протока слюнной железы. Последний отдаляется от ветвей нерва в сторону слизистой оболочки на уровне 2-го моляра. Щёчные нервы разделяются на конечные ветви на уровне носогубной складки.

Самая нижняя ветвь лицевого нерва – нижнечелюстная – выходит из слюнной железы на уровне 1 см ниже угла нижней челюсти. Она отдаст шейные ветви к платизме и, следуя вдоль нижней челюсти, перекрещивается с лицевыми сосудами, а затем огибает снизу мандибулярную точку фиксации ПМФС, после чего интернирует мышцу, опускающую нижнюю губу, и мышцу, опускающую угол рта.

Техника подтяжки ПМФС

Хирург формирует кожно-жировой лоскут, который может распространяться до верхнечелюстной области (без обязательного прохождения носогубной складки). У дли-

тельно курящих пациентов и при повторной подтяжке величина отслойки кожи может быть ограничена прохождением лишь скуловой области и даже более коротким расстоянием. ПМФС рассекают вертикально на расстоянии 0,5 см от козелка и горизонтально вдоль скуловой дуги, где можно получить хороший фасциально-жировой лоскут.

С учётом того, что лобная ветвь лицевого нерва перекрещивается со скуловой дугой на глубине от 6 до 9 мм, толщина формируемого лоскута ПМФС не должна превышать 3-4 мм. Скуловую точку фиксации освобождают, двигаясь по скуловой кости. Ниже скуловой дуги лоскут ПМФС поднимают в виде фасции слюнной железы, которую выделяют до места выхода ветвей лицевого нерва из железы. Как правило, ветви нерва, лежащие на наружной поверхности жевательной мышцы, хорошо видны под фасцией вместе с сопутствующими им сосудами. У некоторых пациентов эта область прикрыта тонким жировым слоем, и нервы могут быть незаметны.

Большую скуловую мышцу освобождают от облегающей её фасции по передней поверхности путём точной препаровки ножницами. На внутреннем крае жевательной мышцы могут встретиться несколько вертикальных фиброзных перемычек, которые должны быть пересечены. Разделение тканей тупым путём может быть продолжено в медиальном направлении до уровня носогубной складки.

В нижнечелюстной области ПМФС, состоящую только из платизмы, рассекают в проекции переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы и отделяют мышечный лоскут от наружной яремной вены и медиальной фасции шеи. При этом может быть обнаружена и должна быть сохранена шейная ветвь лицевого нерва к платизме.

Можно выделить два варианта и два уровня выделения и подтяжки ПМФС: 1) ограниченный («безопасный») и 2) расширенный (требующий от хирурга непосредственного контакта с ветвями лицевого нерва). В первом случае формирование и подтяжка лоскутов ПМФС ограничены так называемой безопасной зоной, которая располагается в пределах границ слюнной железы.

Соответственно не пересекаются скуловая точка фиксации ПМФС и связки, идущие по краю жевательной мышцы. Подтяжка выделенного в этих пределах лоскута, а также различные варианты дубликатуры фасциального слоя не дают достаточного направления медиальных участков кожи лица. Основным недостатком такого подхода является неполная коррекция опущения мягких тканей щеки с сохранением заметной носогубной складки.

В противоположность этому формирование и натяжение обширных лоскутов ПМФС приводят к максимальному смещению тканей щеки и шеи в направлении кзади и вверх.

Субментальная пластика

Планирование операции

Выделяют 4 типа старения платизмы, которые требуют различного подхода к выполнению субментальной пластики.

Тип 1. Дряблость кожи шеи на поверхности выражена в минимальной степени, легко устраняется путём латеральной подтяжки ПМФС. У таких пациентов субментальная пластика не нужна.

Тип 2. Дряблость кожи латеральнее средней линии шеи более выражена и может быть устранена путём субментальной пластики (без латеральной подтяжки ПМФС) со сшиванием медиальных краёв платизмы.

Тип 3. Необходимо дополнительное продольное иссечение передних краёв вследствие их избыточной выраженности без латеральной подтяжки ПМФС.

Тип 4. Контур шеи могут быть восстановлены только при сочетании субментальной пластики с латеральной подтяжкой ПМФС.

Особое внимание необходимо уделять профилактике сдавления швами лобной ветви лицевого нерва и большого ушного нерва, которые могут либо захватываться

вместе с фасцией в шов, либо сдавливаться смещёнными тканями. По этой же причине в опасных для наложения швов зонах следует использовать рассасывающийся шовный материал (например, викрил № 3/0).

Данный этап операции завершают оценкой и (при необходимости) коррекцией рельефа поверхности жировой ткани, который может быть изменён в местах наложения швов.

Результатом натяжения ПМФС, кроме направления срединной части лица, является усиление напряжения лицевой мускулатуры как следствие прямого влияния на её периферические участки, связанные с кожей. В целом формирование и подтяжка лоскутов ПМФС позволяют существенно уменьшить протяжённость отслойки лоскутов кожи.

Важно отметить, что на выбор техники субментальной пластики влияет плохо выраженная линия края нижней челюсти, что может быть при толстой шее и узкой нижней челюсти. В этом случае требуется частичное латеральное или полное поперечное пересечение платизмы.

Техника операции

Операцию начинают с горизонтального разреза кожи длиной 3-4 см по ходу естественной подбородочной борозды. Удаление избытка жировой ткани в этой зоне чаще всего выполняют методом липосакции, однако при значительном объёме жировой клетчатки можно выполнять и её прямую резекцию.

Затем под визуальным контролем находят передние края платизмы и выделяют их в латеральном направлении на необходимое расстояние. На уровне щитовидного хряща по показаниям иссекают треугольные участки мышц и накладывают на их передние края узловые швы викрилом № 4/0.

При этом особое внимание обращают на отсутствие деформаций тканей в зоне мышечного шва и на равномерную толщину подкожного жирового слоя. В противном случае к послеоперационному периоду могут сформироваться видимые нарушения контуров. Важно также учесть, что при значительном смещении краёв подкожных мышц к срединной линии при последующей подтяжке кожи лица необходимо практически полное отслаивание кожи над мышцами в субмандибулярной и подбородочной областях.

Пластика тканей при каплевидном подбородке. Опущение мягких тканей подбородка и формирование его каплевидной формы могут создать значительный косметический дефект и требуют выполнения дополнительного вмешательства в субментальной области. Наиболее часто применяют два варианта техники этих операций.

Вариант 1. Описан R.Peterson в 1982 г. На уровне подбородочной борозды деэпителизируют небольшой участок кожи эллипсоидной формы размерами 3 x 1 см. По всей длине заднего края эллипса дерму пересекают, деэпителизированный лоскут

приподнимают над мышцами и смещают вместе с жировым слоем субментальной области кзади, где фиксируют к мышцам несколькими швами. В результате этого создаётся дубликатура кожи, маскирующая имевшееся углубление. По показаниям из этого же доступа может быть установлен подбородочный имплантат для увеличения выступания подбородка кпереди.

Вариант 2. По Burke (1982). Эллипсоидный по форме лоскут размерами 3 x 1 см после деэпителизации пересекают по краям до подкожного жирового слоя, а его края сшивают между собой, тем самым заполняя впадину в подбородочной области валиком из плотной ткани. Затем в подкожном слое разделяют ткани над подкожной мышцей и субментальным жиром кзади, а также на небольшое расстояние кпереди. После резекции жира или липосакции в субментальной и субмандибулярной областях, а также вмешательств на передних краях платизмы накладывают швы на жировой лоскут и на кожу.

Устранение глубоких морщин

Наличие вертикальных периоральных морщин может существенно ухудшать результаты омолаживающих операций на лице. В арсенале современной эстетической хирургии имеется несколько способов, позволяющих существенно уменьшить этот косметический дефект. Так, дермоабразия или сочетание её с химическим пилингом позволяют получить более гладкую кожу над верхней губой. Более глубокие борозды устраняют путём внутридермального введения различных гелей или химически чистого коллагена. Наконец, при особо глубоких морщинах может быть выполнено их прямое иссечение с наложением микрошвов на кожу.

Послеоперационный период

Пациента помещают в кровати с приподнятым головным концом. Для уменьшения послеоперационного отёка и внутрикожных кровоизлияний в течение 2 часов после операции показано местное применение холода в виде специальных охлаждающих гельсодержащих масок. Постельный режим необходимо соблюдать в течение 10-12 часов. Затем пациент может присаживаться в кровати, вставать и ходить. Через 18-20 часов с момента окончания операции повязку снимают.

При отсутствии гематом дренажи удаляют и ещё через 2 часа моют голову антисептическим шампунем. В дальнейшем повязку не накладывают. Пациента выписывают из стационара в этот или на следующий день, в зависимости от самочувствия. В связи с тем, что в ближайшие несколько дней после операции всё же сохраняется вероятность возникновения гематом, пациентам не рекомендуется наклоняться и делать резкие движения головой, а также выполнять работу, связанную со значительными физическими нагрузками.

В домашних условиях пациенты моют голову тёплой водой ежедневно до момента снятия последних швов с трёхкратной обработкой линии швов антисептиком в течение дня.

Во всех случаях после операции развивается отёк тканей, возникают кровоизлияния в кожу (синяки) и снижаются чувствительность кожи кпереди от ушной раковины и на шее. Отёчность на лице обычно максимально выражена на 2-3-й день после операции, а затем постепенно уменьшается в течение последующих 2-4 недель.

Кроме нарушения венозного оттока крови, являющегося основной причиной отёка, всегда имеется и частичная лимфатическая блокада. Для лечения выраженного отёка можно назначать мочегонные препараты и гормоны. Степень развития отёков и длительность их на лице зависят не только от выраженности подкожного жирового слоя, но и от протяжённости зоны отслойки лоскутов кожи. Чувствительность кожи щёк и шеи улучшается постепенно, в течение нескольких недель.

В послеоперационном периоде важное место отводится физиотерапевтическим и общеукрепляющим методам лечения, способствующим ускоренному восстановлению нормальной трофики тканей лица и шеи. Чаще всего используют следующие методики.

Общая оксигенотерапия может быть начата с первого дня после операции и позволяет уменьшить послеоперационный отёк, повысить сопротивляемость организма инфекции, а также улучшить питание периферических участков кожных лоскутов.

Лазеромагнитная терапия может применяться в ранние сроки, особенно в тех зонах, где наблюдается заметное снижение кровообращения в кожных лоскутах.

По показаниям в позднем послеоперационном периоде в ходе созревания кожных рубцов на их область можно применять

электрофорез лидазы, ронидазы, коллалезина или фонофорез 0,5%-ной эмульсии гидрокортизона.

Осложнения

Наиболее частые осложнения при выполнении подтяжки связаны с тремя основными факторами:

- 1) качеством остановки кровотечения, при снижении которого образуется гематома;
 - 2) точностью разъединения тканей, ошибки при котором ведут к повреждению нервов;
 - 3) сохранением достаточного кровоснабжения формируемых лоскутов.
- Типичными симптомами, указывающими на наличие гематомы под кожно-жировыми лоскутами, являются:
- появление боли;
 - увеличение объёма тканей кпереди от ушной раковины и в позаушной области (как правило, на одной стороне);
 - просачивание свежей крови через линию швов.

Своевременная диагностика этого осложнения основана на постоянном наблюдении за пациентом в течение первых 4-6 часов после вмешательства. При поздней диагностике нарастающей гематомы может развиваться некроз кожного лоскута с катастрофическими последствиями.

Если диагностирована напряжённая или нарастающая гематома, то пациента срочно доставляют в операционную. Рану на соответствующей стороне раскрывают, удаляют сгустки крови, находят источник кровотечения и останавливают его. Рану вновь ушивают с адекватным дренированием.

Небольшие гематомы при условии остановившегося кровотечения могут быть эвакуированы через линию швов или удалены путём аспирации. При необходимости последнюю процедуру повторяют.

Профилактика образования гематом начинается на стадии предоперационной подготовки пациентов, когда им запрещается в течение 3 недель до операции принимать препараты, содержащие ацетилсалициловую кислоту, по показаниям проводят лечение, направленное на стабилизацию уровня артериального давления. Непосредственно перед операцией проводят полноценное клиническое обследование. На его заключительной стадии пациента осматривает анестезиолог. Профилактика гематомы в ходе операции основана, прежде всего, на тщательной остановке кровотечения на всех участках раны. Она проводится в условиях хорошего освещения (использование волоконного лобного осветителя) с помощью биполярной коагуляции. Улучшить гемостатический эффект помогает и временное тампонирование полостей салфетками, смоченными 3%-ным раствором перекиси водорода.

Однако дальнейшие действия хирурга должны быть основаны на понимании того очевидного факта, что при любой технике операции полной уверенности в высоком качестве остановки кровотечения в ране нет и быть не может. Основания для иллюзии полного гемостаза могут возникнуть в момент, предшествующий закрытию раны, при тщательном осмотре которой признаки кровотечения отсутствуют. При этом сосуды находятся в нестабильном состоянии. Через несколько десятков минут, когда прекращается действие адреналина, кровотечение из мелких сосудов может возобновиться.

Понимание этого механизма привело к внедрению в практику метода повторного осмотра раны. Он заключается в том, что после выполнения всех манипуляций и тщательной остановки кровотечения на одной стороне лица рану тампонируют салфетками и не зашивают. На другой стороне лица вмешательство выполняют до такого же этапа. После этого хирург вновь возвращается на первую сторону и после удаления салфеток ещё раз осматривает поверхность раны, окончательно останавливая кровотечение. Затем рану ушивают и повторяют данную процедуру на второй стороне.

Однако и в данном случае гарантии остановки кровотечения далеко не абсолютны. Оно может возобновиться в момент выведения пациента из наркоза, когда артериальное давление может резко повыситься. Не менее опасны и первые часы после операции, когда у некоторых пациентов возникают тошнота и рвота.

С учётом всего сказанного максимальные гарантии профилактики образования гематомы даёт использование дренирующих трубок с активной аспирацией раневого содержимого. При их правильной установке под лоскутами в ране ещё до момента её закрытия создаётся отрицательное давление, в результате чего раневые поверхности прижимаются друг к другу, что способствует остановке кровотечения из мелких сосудов после прекращения действия адреналина.

Некроз кожи развивается при недостаточном питании кожного лоскута, чему

способствуют его истончение, чрезмерно обширная отслойка тканей и натяжение на линии швов. Чаще всего это происходит в заушной области, где проходит линия наибольшего натяжения тканей. Некроз тканей, возникающий в других областях (височная, предушная), как правило, является следствием технических ошибок.

Нагноение раны – весьма редкое осложнение, которое обычно развивается при неудалённой гематоме, а также вследствие некроза участков тканей. Этому может способствовать и попадание пучков волос в рану при наложении швов в пределах волосистой части головы.

Достаточно надёжная профилактика нагноения раны достигается следующими путями:

- деликатным обращением с тканями;
- сохранением достаточного кровоснабжения формируемых лоскутов;
- неоднократным промыванием раны по ходу операции растворами антисептиков;
- использованием (при обширной отслойке тканей) активных дренажных систем;
- профилактическим введением антибиотиков широкого спектра действия при продолжительных вмешательствах.

Гипертрофические рубцы возникают у 1-2% пациентов, наиболее часто в заушной области, где они могут быть болезненными. Основными причинами их возникновения являются натяжение на линии швов и индивидуальная склонность пациента к образованию грубых рубцов.

Несмотря на то, что в ходе закрытия раны натяжение тканей имеется лишь в зоне основного фиксирующего шва (и поддерживается им), в послеоперационном периоде после удаления этого шва некоторое натяжение может передаваться и на заушный шов. Направление этого натяжения может соответствовать линии шва. Это и приводит к гипертрофии рубца.

Предотвратить последнее позволяет изменение конфигурации шва путём формирования треугольного выступа в свободной от волос зоне. При гипертрофии рубца возможно введение в него гормонов. Можно применять и методику разгрузки с иссечением или сохранением рубца.

Деформация контуров. Локальные изменения контуров лица после подтяжки мягких тканей являются результатом образования малых гематом под кожно-жировыми лоскутами и (или) перемещения лоскутов, выкроенных в пределах ПМФС.

Значительные деформации контуров являются, как правило, результатом неточного пересечения платизмы, неадекватного удаления жира в подбородочной области, неравномерной липосакции и создания неровной дубликатуры краёв платизмы по передней линии шеи. Эти проблемы предупреждают тщательным предоперационным планированием и точной техникой работы с тканями. Во многих случаях коррекция этих нарушений может быть достигнута только во время повторной операции.

Пигментация кожи. Чаще всего пигментация видимых участков кожи возникает у пациентов с чувствительной и нежной кожей при внутрикожных кровоизлияниях. Исчезают пигментные пятна в течение года.

Выпадение волос встречается в двух основных формах: локальной и генерализованной. При локальной форме выпадение волос происходит в височной и заушной областях в результате формирования слишком тонких кожных лоскутов, когда хирург повреждает слой, в котором располагаются волосные луковицы.

В большинстве случаев потерянные волосы в височной области восстанавливаются в течение 3-4 месяцев. Если алоpecia в зоне рубца сохраняется, то она может быть устранена оперативным путём: от иссечения рубца до ротации лоскутов со скальпа.

Генерализованная форма выпадения волос возникает под влиянием той стрессовой ситуации, какой является перенесённая пациентом операция. Как правило, это происходит у женщин, у которых и до операции отмечались слабость волосных луковиц и склонность к выпадению волос.

Вот почему при первичном осмотре пациентов важно обращать их внимание на состояние волос и при наличии оснований для тревоги обсуждать возможность развития данного осложнения. Использование комплекса лечебных средств, направленных на укрепление волос, как правило, даёт хорошие результаты.

Ятрогенные повреждения нервов

Ятрогенные повреждения нервов являются наиболее частым, а в некоторых случаях – катастрофическим осложнением. Как правило, повреждаются чувствительные нервы (большой ушной и затылочный), реже – моторные (двигательные) ветви лицевого нерва (лобная и краевая нижнечелюстная). Повреждение моторных ветвей может

привести к параличу соответствующей мимической мускулатуры. Предупредить повреждение этих ветвей помогают детальное знание анатомии, использование биполярной коагуляции, операционной лупы с волоконным осветителем, а также точное формирование лоскутов ПМФС при их подтяжке. Использование последней методики в омолаживающей хирургии увеличивает риск повреждения чувствительных и двигательных нервов лица. В связи с этим вопросы анатомии и профилактики их повреждений рассматриваются ниже более детально.

Большой ушной нерв. Повреждение этого нерва происходит при выполнении отслойки кожи или при создании дубликатуры ПМФС в заушной области.

Ствол нерва появляется близко к поверхности кожи по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы на расстоянии около 6,5 см от наружного слухового прохода и идёт вертикально вверх в направлении к мочке уха. Первую половину этого пути ствол нерва проходит в непосредственной близости к наружной поверхности мышцы, и именно этот участок наиболее уязвим для его прямого повреждения.

Опущение правой брови при повреждении лобной области отграничить кругом с радиусом около 3 см. Под мочкой уха ветви нерва могут быть пережаты швами. Приблизительно в 1 см кпереди от ствола нерва проходит наружная яремная вена, которая может служить дополнительным ориентиром. В этой зоне рассечение и выделение кпереди лоскута ПМФС начинают именно в проекции вены и заднего края платизмы, а фиксацию лоскута после натяжения производят либо кпереди, либо кзади от линии проекции ствола нерва и его ветвей.

Повреждение большого ушного нерва ведёт к нарушению чувствительности двух нижних третей ушной раковины и нередко – к образованию болезненной невromы.

Поперечный срез пересечённого в ходе операции нерва хорошо заметен в ране, а наложение шва на нерв даст хорошие результаты восстановления чувствительности. Вот почему при достаточной технической подготовке хирурга ятрогенная травма данного нервного ствола с наложением в последующем шва на него обычно не приводит к ухудшению общих результатов операции. Если же шов на повреждённый нерв не был наложен, то в отдалённом послеоперационном периоде возможна ревизия зоны повреждения с удалением болезненной невromы и аутопластикой ствола нерва.

Малый затылочный нерв повреждается редко, так как он располагается выше и проходит вблизи заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

Лобная ветвь лицевого нерва. Нервный ствол выходит из толщи слюнной железы, перекрещивается с височно-парietальным слоем ПМФС и далее иннервирует лобную мышцу, мышцу, сморщивающую бровь, верхнюю часть круговой мышцы глаза.

Повреждение лобной ветви лицевого нерва приводит к параличу лобной мышцы и к нависанию брови. Круговая мышца глаза страдает в меньшей степени, так как имеет дополнительную иннервацию.

Опасная зона расположена в секторе, ограниченном линиями, проведёнными от точки, расположенной на 0,5 см ниже козелка, в сторону лба (на 2 см выше уровня брови) и по ходу дуги скуловой кости. Эти линии образуют треугольник, в котором нерв наиболее уязвим.

При выполнении супрапериостальной подтяжки верхних двух третей лица хирург рассекает поверхностную фасцию и следует по поверхностному слою глубокой височной фасции, после чего идентифицирует тонкий слой жировой клетчатки, над которым он и проходит опасную зону. Затем препаровка может быть продолжена на этом уровне вниз и кпереди на скуловое возвышение.

Краевая нижнечелюстная ветвь лицевого нерва. Эта ветвь лицевого нерва, иннервирующая мышцу, опускающую нижнюю губу, довольно легко уязвима, так как прикрыта лишь тонким слоем ПМФС. Её повреждение приводит к смещению угла рта и нижней губы и обнаруживается в основном при улыбке, когда нижняя губа с повреждённой стороны остаётся неподвижной, а вместо улыбки на лице пациента появляется недовольная гримаса.

(Окончание следует.)

Сергей ШВЫРЁВ,
пластический хирург,
врач высшей категории,
действительный член
Российского общества пластических,
реконструктивных и эстетических
хирургов России,
Международного общества эстетических
пластических хирургов.

Этот форум проводится ежегодно в разных городах США и считается одним из наиболее авторитетных не только среди американских гематологов, но и их зарубежных коллег. В нём приняли участие более 20 тыс. учёных со всего мира. Как всегда, ASH-конгресс этого года был познавательным и насыщенным, в течение 4 дней было сделано более 3 тыс. докладов.

Больше жизни

Среди главных вопросов, которые рассматривались на форуме, была борьба с онкологическими заболеваниями крови. Ещё два-три десятилетия назад такие больные были обречены на гибель, а сегодня уже говорят о том, что некоторые из этих болезней в ближайшем будущем могут перейти в разряд хронических.

Прогресс в онкогематологии действительно колоссален. Развитие радикально новых взглядов на опухоли кроветворной системы, нашедшие отражение в новой классификации ВОЗ; разработка некоторых новых классов препаратов – иммуномодуляторов, ингибиторов протеасом; детальное изучение механизмов иммунного ответа – вот лишь некоторые значимые страницы этого пути.

Участие в работе конгресса позволяет специалистам не только познакомиться с самыми последними достижениями и разработками, но и даёт уникальную возможность неформального общения до и после сессий, а также во время мероприятий, которые проходят вне рамок официальной программы. Одно из них было организовано Международным фондом по борьбе с миеломой (IMF), Альянсом миелодиспластического синдрома, Фондом исследования лимфомы и Национальным фондом защиты пациентов (США).

Основной целью современного подхода к терапии рака крови является увеличение периода полной ремиссии и общей продолжительности жизни пациентов. Тем не менее ещё остаётся много нерешённых вопросов, требующих изучения.

– Точная причина возникновения множественной миеломы (ММ) неизвестна по сей день, – отметил профессор Брайан Дьюри, председатель и соучредитель IMF, практикующий врач из Медицинского центра Седар-Синай (США). – К факторам риска относится частое воздействие на организм химикатов – пестицидов, бензола, аэрозольных красок. И если раньше миелома преимущественно считалась болезнью пожилых, то сегодня она всё чаще диагностируется у людей среднего и молодого возраста, есть случаи заболеваемости среди детей и подростков.

За последние 15 лет появились инновационные препараты, способные воздействовать на это заболевание. По словам Б.Дьюри, сейчас проходит большое количество клинических исследований, направленных на изучение наиболее эффективных схем лечения в различных лекарственных комбинациях. Одним из ожидаемых на конгрессе стал доклад о результатах исследования длительной терапии иммуномодулятором леналидомидом в комбинации с низкими дозами дексаметазона в качестве первой линии терапии пациентов с ММ, которым не показана трансплантация костного мозга (ММ-020, 623 пациента). Эту схему лечения сравнивали с терапией леналидомидом в течение 18 циклов или 3-компонентной терапией, включающей мелфалан и преднизолон в течение 12 циклов. Показано, что длительная терапия

Деловые встречи

За гранью возможного

Спецкор «МГ» – из Сан-Франциско с 56-го конгресса Американского общества гематологов (ASH)



Одна из главных достопримечательностей Сан-Франциско – мост «Золотые Ворота»

леналидомидом в комбинации с дексаметазоном в первой линии достоверно увеличивает выживаемость таких больных по сравнению с лечением 3-компонентной схемой.

Особое внимание учёных было приковано к таким важным вопросам, как влияние возраста пациентов и наличия у них почечной недостаточности на результат терапии. Исследование продемонстрировало, что вне зависимости от этих факторов период ремиссии и общая выживаемость у пациентов, получавших длительную терапию по леналидомидсодержащей схеме, были выше, чем у тех, которые получали другие схемы лечения. Эти данные послужили основанием для подачи заявки на одобрение леналидомид в комбинации с низкими дозами дексаметазона в качестве первой линии терапии ММ в регулирующие органы США и Европейского союза. В условиях применения современных терапевтических стратегий жизнь с ММ в течение 10 и более лет становится реальностью. На мероприятии также выступил Терри Бартер, он болен миеломой с 2001 г. «Это был как гром среди ясного неба. Мы с женой собрались в путешествие по Италии, купили автомобиль, но нашим планам не суждено было осуществиться. Все деньги ушли на оплату лечения», – вспоминает он. Терри стал одним из первых пациентов, который принял участие в клиническом исследовании леналидомидом. Сегодня у него новый автомобиль, он стал счастливым дедушкой 7 прекрасных внуков, и скоро родится ещё один. «Я продолжаю жить, радуюсь каждому дню, и это настоящее чудо», – сказал Терри.

Наука не стоит на месте. На конгрессе были показаны результаты исследований новых поколений иммуномодуляторов (помалидомид) и ингибиторов протеасом (карфилозомиб), которые помогают преодолевать рефрактерность к существующим лекарственным средствам. Так, результаты изучения помалидомидом с низкими дозами дексаметазона позволили специалистам назвать его новым стандартом терапии у пациентов с рефрактерной миеломой, которые уже принимали бортезомиб и

леналидомид. Комбинированная схема леналидомид с низкими дозами дексаметазона (Rd) и карфилозомибом статистически достоверно улучшает 2-летнюю выживаемость, что и является целью терапии, у 73,3% больных; достигнут высокий общий ответ у 87,1% пациентов.

В поисках «мишени»

Много докладов на конгрессе было посвящено терапии крайне агрессивного заболевания – острого миелоидного лейкоза (ОМЛ). Эта болезнь разрушает человека в считанные дни и с трудом поддается лечению. Изучение азацитидина по сравнению со стандартной терапией у пациентов с ОМЛ показало, что его применение в 2 раза увеличивает общую выживаемость независимо от характера цитогенетических аномалий.

Также были предложены результаты применения иммуномодуляторов для терапии других гемобластозов – лимфом. По словам д-ра Томаса Хабермана из клиники Майо, Скоттланд (США), существует так называемый «парадокс лимфомы», над решением которого учёные бьются уже около 30 лет. Есть агрессивные формы лимфом, которые быстро прогрессируют и плохо лечатся, индолентные (вялотекущие) лимфомы, например, фолликулярные. Они пока неизлечимы с помощью традиционных схем лечения, но пациенты, получающие поддерживающую терапию, могут жить с этой болезнью долго. А вот агрессивные лимфомы, такие как диффузная В-крупноклеточная лимфома, хотя и имеют неблагоприятный прогноз, потенциально излечимы, если начать терапию на ранней стадии.

Весьма оптимистичные результаты были получены в исследовании леналидомидом в сравнении с терапией, выбранной самими исследователями (были использованы разные схемы) у пациентов с рецидивирующей рефрактерной диффузной В-крупноклеточной лимфомой. Общий уровень ответа на терапию был сопоставим, при этом продолжительность ремиссии и общий уровень выживаемости при лечении леналидомидом был значительно выше, чем при стандартной терапии.

Т.Хаберман подчеркнул, что исследования в этом направлении продолжатся. На следующем этапе учёные планируют сравнить эффективность терапии иммуномодулятором в комбинации с ритуксимабом, циклофосфамидом, доксорубицином, преднизолоном и винкристином (R-CHOP) с плацебо + R-CHOP. «Наши знания в области онкогеномики меняются очень быстро, и именно они будут определять новые подходы к терапии этих заболеваний в будущем», – заключил учёный.

На форуме также были представлены обнадёживающие данные о лечении пациентов с миелодиспластическим синдромом (МДС). Как отметил д-р Луис Сильверман из Нью-Йоркского центра по изучению МДС (США), ещё 8-10 лет назад не существовало стандартной терапии для лечения МДС. Как и в случае миеломы, точная причина МДС в большинстве случаев неизвестна. Для наиболее тяжёлых форм МДС общая выживаемость составляет менее года, нередко заболевание прогрессирует в острый лейкоз, и прогноз в отношении таких пациентов крайне неутешительный.

В основном больные МДС – люди пожилого возраста, которые, как правило, имеют массу сопутствующих заболеваний, и это серьёзно осложняет выбор терапии. По словам Л.Сильвермана, с 2006 г. не было утверждено ни одного нового лекарственного средства для лечения МДС. «Мы ищем новые пути, потенциальные агенты, и есть надежда, что в отношении МДС будут сделаны значительные шаги вперёд», – подчеркнул учёный. В настоящее время ведутся клинические исследования 2-й фазы некоторых иммуномодуляторов (ACE-536, SGI-110), определяются их эффективность и конкретная роль в лечении МДС.

Одна из основных целей, которые ставят исследователи, – независимость от гемотрансфузий. В частности, результаты исследования леналидомидом в сравнении с плацебо у пациентов с МДС низкого риска, резистентных к эритропоэтину с делецией хромосомы 5q, показали, что терапия иммуномодулятором позволяет увеличить период независимости от переливания эритроцитарной массы до 8,2 месяца.

Парадокс инноваций

Новейшие современные противоопухолевые средства меняют само понятие «лечение онкологического заболевания». «На ASH-конгрессе были продемонстрированы впечатляющие результаты, но все эти усилия будут тщетны без их внедрения в реальную клиническую практику», – считает Чарльз Балч, профессор Техасского медицинского университета, президент Национального фонда защиты пациентов.

По его словам, с 2010 г. государственное финансирование научных исследований в области онкологии в США снизилось на 20%. Лишь 2–5% американских пациентов с онкологическим диагнозом имеют доступ к новым технологиям. Многие из них вынуждены оплачивать своё участие в клинических исследованиях.

Создание нового лекарственного препарата – процесс долгий и крайне дорогостоящий. Инвестиции для этого требуются огромные – до 1,5 млрд долл. Но высокая стоимость самих лекарств – лишь малая часть проблем. Основные сложности возникают на этапе их регистрации и вывода на рынок.

«На получение одобрения регуляторных органов уходят месяцы, а порой и годы. В перечни страховых компаний новые ЛС попадают также не сразу, а потом ещё месяцы уходят на исследование в клиниках, – посетовал учёный. – В итоге теряется драгоценное время. Каждый час в США от рака умирает 64 человека. И многие из этих людей могли бы остаться живыми, если бы получили своевременное лечение препаратами, которые «застряли» на стадии испытаний и получения разрешения на применение».

Вместе с тем внедрение новых лекарственных средств в практическое здравоохранение позволяет экономить значительные средства. Инновационный и, соответственно, более дорогой препарат может оказаться гораздо более эффективным и поэтому более экономически оправданным.

По данным профессора Балча, в США каждый доллар, инвестируемый в медицинские инновации, позволяет снизить расходы в национальной системе здравоохранения на 7,2 долл., в том числе за счёт уменьшения числа осложнений и инвалидизации среди пациентов. Кроме того, и на конгрессе это было убедительно продемонстрировано, многие инновационные онкологические препараты позволяют свести заболевание к низкому остаточному, а затем и нулевому уровню.

До недавнего времени в качестве критериев излечения в мировой онкологической практике повсеместно применялись показатели 3-, 5- и 10-летней выживаемости, характеризующие длительность сохранения противоопухолевого эффекта от терапии. Теперь излечением стали считать отсутствие признаков болезни на клеточном и молекулярном уровне.

– Уже сейчас с помощью инновационных средств лечения мы можем добиться длительной ремиссии у 15–20% пациентов с миеломой, – сообщил Дьюри.

В 2013 г. Международный фонд по борьбе с миеломой запустил исследовательскую программу «Чёрный лебедь», в рамках которой учёные из крупнейших медицинских институтов Европы и США планируют выработать единую методологию и стандартизировать сравнительные исследования для определения излечивающих химиотерапевтических комбинаций. По мнению профессора Балча, реализация этого грандиозного исследовательского проекта позволит впоследствии ускорить выявление наиболее эффективных препаратов и схем терапии не только множественной миеломы, но и других онкогематологических заболеваний, а также их внедрение в клиническую практику.

Ирина СТЕПАНОВА,
спец. корр. «МГ».

Сан-Франциско – Москва.

Узкая специализация врачей, помимо блага, имеет и отрицательные моменты: подрывает философское достижение отечественной терапии – лечить больного, а не болезнь. В медицинских учреждениях, несмотря на давние разговоры о необходимости включения в штат психологов, такие специалисты практически отсутствуют, хотя они очень нужны, особенно в столь драматичных областях медицины, как, например, онкология. К счастью, в последние годы ситуация пусть медленно, но начала меняться к лучшему. Мультидисциплинарный подход к пациенту стараются реализовать в Федеральном научно-клиническом центре детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва, в частности в его структурном подразделении – Лечебно-реабилитационном научном центре «Русское поле». Об этом сегодня наша беседа с сотрудником ФНЦ ДГОИ, детским онкологом, доктором медицинских наук Григорием ЦЕЙТЛИНЫМ, последовательным приверженцем комплексной помощи детям, включающей медицинскую, психологическую и социальную составляющие.

– Григорий Янкелевич, вы по специальности детский онколог, а выступаете за создание психолого-социальной службы в клиниках. Почему?

– К сожалению, российские врачи в основном работают в старой, тормозящей развитие медицины биологической парадигме, пользуясь категориями «болезнь» и «здоровье». А на самом деле любой человек – это существо, которое имеет биологический субстрат, социальное содержание, психологические особенности. Поэтому врач должен лечить больного в соответствии с биопсихосоциальной парадигмой, а не только решая узко медицинскую задачу – ликвидировать патологические симптомы.

– Какова роль психолога в детской онкологической клинике?

– Она невероятно высока. Есть несколько обстоятельств, которые делают её чрезвычайно значимой. Во-первых, онкологическое заболевание выбивает и семью, и самого ребёнка из привычной колеи, из сложившегося уклада. Когда у ребёнка диагностируется онкологическое заболевание, семья переживает своего рода Беслан. То есть полностью разрушаются планы, жизненные перспективы, все испытывают глубокий эмоциональный стресс из-за реальной угрозы жизни ребёнка.

Понятно, что в такой ситуации ребёнку и семье должна быть оказана многосторонняя, как принято говорить, междисциплинарная помощь. В первую очередь требуется в кратчайшие сроки начать лечение, что само по себе является проблемой, так как, к сожалению, не в каждом регионе нашей страны для этого созданы необходимые условия на современном уровне. Поэтому нередко мама с ребёнком уезжает в клинику, расположенную далеко от дома. Отырыв от родных, от других детей, от супруга самым негативным образом сказывается на жизни семьи (почти в 30% случаев они распадаются). Совершенно очевидно, что семья находится в критической жизненной ситуации и нуждается в этот период в помощи со стороны социальных служб, в постоянной психологической поддержке.

Болезнь и её лечение травматичны не только для организма ребёнка, но и для психики пациента, нарушается естественный ход развития, ребёнок испытывает множественную психическую травму, фактически попадает в ситуацию насилия. Он вопреки своей воле перенесён из привычной среды (из дома, детского сада, школы, коллектива сверстников – из всего того, что называлось его жизнь) в медицинское учреждение, где его лечат, где очень высокий уровень медицинской агрессии. Он не хочет быть в клинике, а его насильно там держат. Он не хочет лечиться – его лечат, делают ему больно, ограничивают в общении и многом другом. Налицо психолого-социальная депривация,

чекис, морально он не готов к этой роли. Она ему навязана, и он её выполняет.

В нашей практике есть много таких сиблинговых пар. Например, болеет старший брат, а младшая сестра с 7-летнего возраста (сейчас ей 15 лет) является ему функциональной мамой (тем более что семья многодетная). Внешне эта девочка здорова, но психологически у неё очень серьёзные проблемы, которые требуют специального сопровождения и реабилитации. Таким образом, когда мы говорим о психологической реабилитации в детской онкологии, то долж-

жизни и до 4 лет. Нам нужны специалисты в области перинатальной психологии, которые бы занимались проблемами, возникающими на стыке пре- и постнатальной жизни, имеющими огромное значение для дальнейшего личностного, психологического, эмоционального становления ребёнка.

– Как строится взаимодействие между врачами и психологами?

– Конечно, в разных клиниках по-разному. К счастью, в последние годы многие врачи уже осознали необходимость психологического сопровождения па-

ности врача присутствуют ещё две фигуры немедицинского плана, заинтересованные в судьбе ребёнка, – психолог и социальный работник.

– Если задача психолога более или менее ясна, то социального работника – честно говоря, не очень. Зачем он нужен в клинике? Почему вы его встраиваете в орбиту, вращающуюся вокруг пациента?

– Специалисты социальной работы в центре решают много задач: консультируют родителей по юридическим вопросам (льготы, права ребёнка-инвалида и пр.), оказывают помощь в оформ-

Авторитетное мнение

Психолог в клинике

Он должен сопровождать пациента и работать в одной команде с докторами



ны иметь в виду больного ребёнка, сиблингов, внутрисемейные отношения, семью как систему.

Нужно сказать ещё об одном очень важном аспекте психологической реабилитации. Есть очень веские основания считать, что излечение онкологического больного зависит не только от эффективности метода терапии, но и от его морального и эмоционального состояния.

– Ощутима ли роль психолога в вашем учреждении? Достаточно ли таких специалистов? Активна ли их деятельность?

– С одной стороны, мы видим пользу, эффект от работы психологов. Его ощущают не только врачи, но и родители, дети. С другой стороны, служба пока до конца не выстроена. Нынешняя штатная обеспеченность не позволяет полностью реализовать задуманное. Сейчас в Лечебно-реабилитационном научном центре – 6 психологов, при том, что детских коек – 200, плюс ещё родители. Оптимальной штатной обеспеченностью нужно считать 1 ставку психолога на 15 коек. Конечно же, таких специалистов не хватает. Для российской действительности это беда. В нашем центре пусть мало, но всё-таки есть ставки. Нам удалось в каждом отделении (у нас их 5) выделить комнату для работы психолога. А в других учреждениях психологу приходится общаться с пациентами и родителями в боксе, в палате, где разговаривать сложно.

Надо развивать психологическую помощь в стране, наращивать ресурсы, количество психологов, их подготовку. Кстати, Институт практической психологии и психоанализа, с которым мы сотрудничаем с 1998 г., очень качественно готовит практических психологов, консультантов, семейных психологов, в частности, практических психологов для педиатрии, для таких тяжёлых отделений, как онкологическое, неврологическое, трансплантации, челюстно-лицевой хирургии и пр., то есть самых драматичных областей медицины.

У нас в «Русском поле» есть отделение раннего возраста, где находятся дети первых месяцев

циентов. В нашей клинике врачи и психологи находятся в хорошем контакте, и человеческом и профессиональном. У нас, кроме психологов, имеется 3 специалиста по социальной работе (а должно быть не менее 7). Мы создаём единую психолого-социальную службу, чтобы это была не просто группа психологов и группа социальных работников, а единая структура, нацеленная на общий результат.

Безусловно, междисциплинарные взаимоотношения во всех сферах складываются непросто, а особенно когда встречаются такие разные специалисты, как медики, психологи, социальные работники. Каждый с высшим образованием, у каждого свои амбиции, взгляды, область ответственности. Поэтому возникают определённые коллизии, иногда даже драматические. Организация единой психолого-социальной службы, кроме всего прочего, способствует и налаживанию междисциплинарных взаимодействий. В каждом отделении должны быть прикрепленный психолог и специалист социальной работы. И тогда они, так сказать, на производственном уровне начинают взаимодействовать. Настороженность, подозрительность, носящие, как правило, чисто умозрительный характер, исчезают, когда все эти специалисты не административно (не потому что начальство приказало), а уже в технологическом плане занимаются одним и тем же ребёнком в одном и том же пространстве отделения; когда психолог и социальный работник участвуют в обходах, врачебных конференциях (они у нас присутствуют на пятиминутках, к ним обращается главный врач с вопросами, касающимися конкретных пациентов). Мы сделали так, чтобы специалист по социальной работе сидел в ординаторской вместе с врачами. Они находятся в постоянном контакте, даже чай пьют вместе. Таким образом, в ежедневной рутинной деятель-

ности инвалидности, решении материальных проблем, проводят санпросветработу (приобщение родителей и детей к культуре здорового образа жизни и пр.), организуют досуг.

Я уже говорил, что очень часто, чтобы лечить ребёнка, родители переезжают из одного места в другое, иногда очень удалённое от дома, где остаются проблемы и социального плана, и психологического. Выявив их, специалист социальной работы связывается с регионом, подключает те или иные службы (здравоохранения, образования, социальной защиты и т.д.) для решения насущных задач. Нам, например, удалось помочь одной семье из Нижегородской области в получении квартиры, несколькими детям оформлена инвалидность заочно, по месту жительства. Этот список можно продолжить.

Получается, наша социальная служба функционирует как бы на двух уровнях: в клинике и в регионах. То, о чём я говорю, называется «психолого-социальная реабилитация ребёнка». Социальный работник и психолог должны работать вместе. К сожалению, специалисты социальной работы в клиниках страны практически отсутствуют.

– А они обязательно должны быть?

– Конечно. Когда к нам приходит ребёнок с психологическими проблемами, он же их «тащит» из той среды, в которой жил. Фактически они имеют комбинированный характер – психолого-социальный. Уже в силу этого психолог и врач не могут обходиться без специалиста социальной работы. Они должны знать всю социальную «подноготную» пациента, что без тесного взаимодействия невозможно. Именно поэтому создание психолого-социальной службы в клинике необходимо.

Беседу вела
Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Кстати

Найти ключик к пациенту

В Российской детской клинической больнице состоялась научно-практическая конференция, посвящённая специфике работы психолога в клинике. В ходе этого мероприятия обсуждались такие вопросы, как сотрудничество медиков и психологов, особенности взаимодействия с пациентами, эффективность применения различных психологических методов в клинической практике. Прозвучали сообщения об опыте работы психологов в Российской детской клинической больнице, Федеральном научно-клиническом центре детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва, НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ им. Н.Н.Блохина.

Завершилась конференция заседанием «круглого стола».

Соб. инф.

Формальное отношение к пациентам – одна из наиболее актуальных отраслевых проблем на современном этапе. Конечно, такое распространённое явление среди врачей сформировалось отчасти вследствие существующей системы проверки медицинских учреждений – проверяющий первым делом смотрит на медицинскую документацию, и доктора, в свою очередь, зачастую с большей ответственностью относятся именно к работе с бумагами, нежели непосредственно к своим обязанностям. Следствием такого отношения в ряде случаев становятся всевозможные нарушения здоровья больных вплоть до летальных исходов. С целью повышения качества медицинской помощи, а также компетенции городских докторов столичными властями была инициирована городская клиничко-анатомическая конференция, собравшая всех главных врачей и их заместителей по медицинской части, а также главных внештатных специалистов Департамента здравоохранения Москвы.

Вместо предисловия

– Уважаемые коллеги! Сегодня мы с вами разберём клинический случай пациента 30 лет, умершего вследствие панкреонекроза в одной из столичных больниц, – открыл мероприятие заместитель мэра по социальным вопросам профессор Леонид Печатников. – Проблема панкреатитов чрезвычайно актуальна для нашей страны. Наши западные коллеги не имеют понятия о первичном остром панкреатите. В их понимании это заболевание является исключительно осложнением желчнокаменной болезни. Я не раз общался с западными врачами, практикующими в нашей стране. Встречаясь с первичным панкреатитом и панкреонекрозом, они, мягко говоря, приходят в недоумение. На западе такие клинические ситуации являются казуистикой. Для нас же с вами это – серьёзная проблема, – резюмировал чиновник, который, к слову, является опытным клиницистом в области внутренней медицины.

Прогностически трудные и клинически неясные пациенты – наиболее сложный и в то же время интересный аспект в работе практического врача. Ведь в такой ситуации не обойтись шаблонными принципами повседневной работы – приходится включать клиническое мышление, проводить дифференциальный диагноз, вовлекать в лечебный и диагностический процессы коллег по другим специальностям. Одним словом, работы в подобных случаях предстоит немало. Однако именно после достаточного количества таких «нестандартных» больных специалист может называть себя опытным и компетентным.

История болезни

...Итак: столичный житель, 30 лет, в октябре 2011 г. обратился к эндокринологу по месту жительства с жалобами на общую слабость, обильное мочеиспускание, сухость во рту и увеличение массы тела на 20 кг (при росте 175 см вес больного составлял 125 кг) в городскую поликлинику № 23. При оценке уровня глюкозы в крови был выявлен её уровень – 15 ммоль/л (в норме 3,3–5,5 ммоль/л), после чего больному был выставлен диагноз «сахарный диабет 2-го типа, впервые выявленный» и назначена сахароснижающая таблетированная терапия. Наряду с этим пациенту был предписан ряд обследований: общий анализ крови и мочи, биохимия крови, гликированный гемоглобин, а также ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Он был взят на диспансерный учёт, а также внесён в список льготников по сахарному диабету.

При повторной явке в ноябре того же года пациент жалоб не предъявлял. Кроме того, что примечательно, назначенные ему исследования в полном объёме не выполнял. Уровень глюкозы в крови, несмотря на проводимую терапию, остался прежним – 15 ммоль/л, после чего районной эндокринолог изменил схему сахароснижающей медикаментозной терапии, не подключив инсулин. Также врач повторно повторил разъяснения о вреде сладких и мучных продуктов питания и не-

за последние два десятка лет. Но ведь дыма-то без огня не бывает...

Теперь вновь вернёмся к больному. Итак, в приёмном отделении стационара ему был выставлен диагноз «Острый панкреатит тяжёлой степени. Сахарный диабет 2-го типа в стадии декомпенсации (уровень глюкозы в крови – 30 ммоль/л), ожирение III степени». По степени тяжести состояния больной был направлен в отделение реанимации, где ему была назначена вся необходимая терапия, в том числе инсулин. На фоне проводимого лечения состояние пациента

брюшной полости, результаты которой отнюдь не обрадовали докторов – в брюшной полости было много гноя, определялись кишечные свищи, скопления жидкости и другие весьма неблагоприятные для жизни явления. И вновь был созван консилиум. И вновь было принято решение об оперативном лечении. Что характерно, впервые хирургическое вмешательство проводилось не «вслепую», а с учётом данных КТ.

Послеоперационный период, по обыкновению, проходил в отделении реанимации. Пациенту была

такие частые переводы пациента в хирургическое отделение клинически оправданы, – уверенно сказал главный анестезиолог-реаниматолог Департамента здравоохранения Москвы Денис Проценко.

– Действительно, мы выбрали очень полезный и интересный случай для нашей сегодняшней встречи. ГКБ № 70 – один из крупнейших столичных больничных комплексов на сегодняшний день. Панкреонекроз же является своего рода лакмусовой бумажкой, по которой мы можем судить о том, насколько всё состоятельно

Врач и пациент

Типичный случай

В Москве прошла клиничко-анатомическая конференция, заставившая докторов о многом задуматься



Л. Печатников

обходимости кардинального изменения образа жизни, назначив очередной приём через месяц.

Но пациент то ли был ассоциальным в некоторой степени, то ли врач не вызвал у него столь необходимого для эффективного лечения человеческого доверия – в дальнейшем за какой-либо медицинской помощью в поликлинику по месту регистрации не обращался, несмотря на то, что регулярно приглашался на приём. А при очередном посещении медицинской сестрой эндокринологического профиля мать пациента сообщила, что сын по данному адресу несколько недель не проживает.

По прошествии же небольшого отрезка времени упоминаемый выше гражданин дал о себе знать столичной медицинской общественности. Так, стало известно, что 3 июля 2012 г. по скорой помощи в городскую клиническую больницу № 70 поступил пациент 1981 г.р. с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, головокружение, слабость и сухость во рту, отмечаемые им после злоупотребления алкоголем и жирной пищей. Со слов больного в 2010 г. ему выполнялось лапароскопическое дренирование брюшной полости по поводу панкреонекроза.

Здесь хочется ненадолго оторваться от рассказа о пациенте и задуматься над тем, почему же в поликлинике об этом ничего не знали. Очевидно, что осмотр пациента на амбулаторном этапе оказания медпомощи был в значительной степени формальным – не увидеть лапароскопические «проколы» на теле человека невозможно. Вывод напрашивается сам собой – мужчине просто-напросто не раздвали. А между тем медицинская общественность буквально бьёт в набат, на каждом углу заявляя о том, что отношение к докторам в обществе кардинально изменилось

стабилизировалось, и спустя 5 дней он был переведён в хирургическое отделение, где продолжил получать консервативную терапию. Учитывая массу тела больного, проведение ему компьютерной томографии не представлялось возможным, так как томографы, находящиеся в больнице на тот момент, со слов главного врача стационара, не имели возможность «принимать» людей, вес которых превышал 100 кг.

Казалось бы, пациент пошёл на улучшение, однако радость докторов по этому поводу была преждевременной. Уже на второй день нахождения в хирургии у больного стала нарастать температура тела, снова появились боли в эпигастриальной области – одним словом развилась классическая картина острого панкреатита. На УЗИ было выявлено гнойное образование в брюшной полости. Был созван консилиум, «приговором» которого было хирургическое вмешательство – дренирование образования. После операции пациент был снова переведён в реанимацию.

В последующем состояние больного не улучшалось. Появилось гнойное отделяемое по дренажу, и после очередного консилиума было принято решение о лапаротомии, в ходе которой было произведено вскрытие и санация абсцессов сальниковой сумки. Послеоперационный период у больного протекал тяжело – развилась полиорганная недостаточность, вследствие чего реаниматологам пришлось пускать в ход самую «тяжёлую артиллерию» – искусственную вентиляцию лёгких и обильную антибактериальную терапию. На фоне этих мероприятий у пациента отмечалась положительная динамика состояния – купировалась дыхательная недостаточность, восстанавливалась моторика кишечника. Спустя 2,5 недели в реанимации больной был снова переведён в хирургическое отделение, где проводились ежедневные перевязки, дренаж и другие необходимые мероприятия.

Порядком намучавшемуся человеку неоднократно делали УЗИ брюшной полости – картина панкреонекроза сохранялась. Примечательно, что за месяц нахождения в стационаре больной «сбросил» порядка 25–30 кг, и ему (накоонец-таки!) была проведена КТ органов

назначена массивная антибиотикотерапия, диффузная терапия и пр. Спустя 10 дней по привычному маршруту больной был переведён в хирургию, где лечение продолжалось, но было не особо эффективным, и больной был направлен обратно – в реанимацию.

«Продержавшись» ещё 2 недели, пациент стал резко «ухудшаться». Несмотря на активные реанимационные мероприятия, у него нарастали явления полиорганной недостаточности. 16 сентября 2012 г. мужчина скончался. По смертному диагнозу «распространённый крупноочаговый геморрагический панкреонекроз с субтотальным поражением, полиорганная недостаточность, сахарный диабет 2-го типа, ожирение» полностью совпал с заключением патологоанатомов после вскрытия.

Оценки экспертов

– В данном случае я бы хотел отметить прекрасно собранный анамнез со слов пациента в приёмном отделении ГКБ № 70, – высказал своё мнение главный эндокринолог столицы Михаил Анциферов. (А ведь правильно собранный анамнез – как минимум половина диагноза. – **Д.В.**) Но почему на амбулаторном этапе оказания медпомощи при втором обращении пациенту не была назначена инсулинотерапия – вопрос. Это просто безобразия – при таких «сахарах» не назначить инсулин, тем паче что у пациента отмечался панкреатит. Поликлинический эндокринолог совершенно несерьёзно отнёсся к сбору анамнеза. Это и повлекло за собой такой финал, – заключил эксперт.

– За последние 5 лет в столичном регионе панкреатит уверенно вышел на второе место по распространённости хирургических патологий. Лидирует аппендицит. Летальность при острых панкреатитах превышает 60%. По этим показателям мы являемся чемпионами Европы, и количество таких пациентов в нашей стране неуклонно растёт, – отметил главный хирург Департамента здравоохранения Москвы Алексей Шабунин. – В данной ситуации я не вижу грубых нарушений в тактике своих коллег. Да, есть недочёты, но они, по моему мнению, не явились причиной смерти обсуждаемого пациента, – подчеркнул он.

– В свою очередь, и я не вижу серьёзных ошибок в действиях уважаемых коллег. Все реанимационные мероприятия и ведение пациента за время его нахождения в отделении реанимации проходили так, как и должны проходить. Принимая во внимание невозможность проведения КТ и действия докторов фактически «вслепую»

в каком-либо медучреждении с хирургической точки зрения, – заметил руководитель столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун. – Будучи хирургом по основной специальности, я не склонен считать, что всё уж так безоблачно в столичном сегменте отрасли. Я посмею не согласиться с оценкой моего коллеги А.Шабунина и назову ошибки хирургов грубыми. То же самое могу сказать и о реаниматологах. У пациента не был диагностирован инфекционно-токсический шок. Как следствие, это состояние и не лечилось. Что касается КТ, то в 2012 г. мы уже закупили томографы, способные выдержать пациентов с массой тела до 180 кг. Я полагаю, что для лечения панкреатитов нам нужно создать несколько профильных отделений по городу, консолидируя всех пациентов с этой патологией там. Одним словом, чтобы «скорая» знала, куда конкретно вести пациента с панкреатитом или подозрением на него, – резюмировал он.

– Коллеги, мы рассматриваем смерть 32-летнего человека. Конечно, при таком поражении поджелудочной железы выжить очень непросто. Однако, на мой взгляд, если бы мы сделали всё то, что, по заключению главного хирурга и главы департамента, сделано не было, мы бы имели право говорить о том, что сделали всё возможное и зависящее от нас. Поскольку этого не произошло, говорить о том, что мы абсолютно правы, не следует. Даже для меня – терапевта – это очевидно. Я хочу сейчас обратиться к руководителям поликлиник и попросить их донести до своих подчинённых, что хотя бы один раз больного надо раздеть. То, что в поликлинике не увидели «проколов» после лапароскопии на животе больного, – трагично. А ведь если бы это заметили, то, что было потом, имело бы совершенно иную трактовку. А рассуждать о том, что пациент был настолько болен, что не выжил бы и в случае проведения КТ сразу, неверно. Мы обязаны делать всё от нас зависящее. Только в таком случае наша совесть может быть чистой. Отныне мы будем ежемесячно проводить подобного рода мероприятия с целью повышения компетенции наших коллег, – подвёл итоги мероприятия Л.Печатников.

* * *

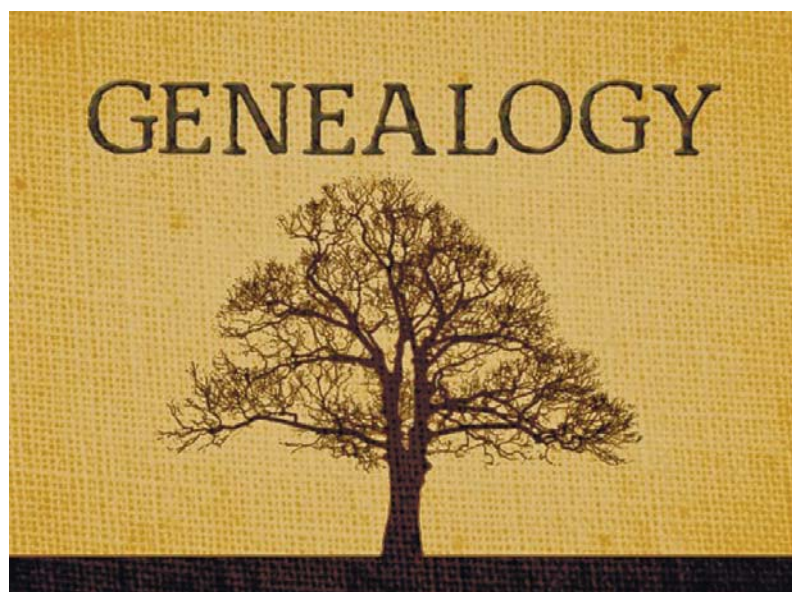
...Случай довольно типичный как для Москвы, так и для России в целом. Формально всё более или менее верно, а в результате – фиаско.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Исследования

Яблоко от яблони...

Учить с учётом генетической предрасположенности



Хорошая учёба в школе и вузе, высокие результаты на экзаменах и лёгкое преодоление всех трудностей, связанных с обучением, во многом зависят от наследственности. К этому выводу пришли учёные из Великобритании. Результаты нового исследования, в котором были задействованы тысячи пар близнецов, продемонстрировали, что на показатели академической успеваемости очень существенно влияют, помимо уровня интеллекта, такие индивидуальные особенности, как характер, уровень личной мотивации, уверенность в себе и др. То есть черты, в значительной степени определяемые генами.

Люди издревле отмечали, что уровень интеллектуальных способностей – во многом наследственный фактор, передающийся из поколения в поколение. Результаты недавних исследований подтвердили эту народную мудрость.

Так, в июне 2012 г. группа британских учёных сообщила о выявлении целой генетической сети, от которой зависит уровень IQ. Исследователями были найдены 24 точечные мутации в 6 генах.

Все эти генетические изменения специалисты связывают с индивидуальными различиями в структуре ключевых сигнальных путей в головном мозгу и опре-

деляют скорость прохождения нервных импульсов из одной его области в другую.

Эти структурные особенности головного мозга, определяющие способность к работе с новой информацией, объём кратковременной памяти, скорость реакции и т.д., то есть всё то, что входит в понятие «интеллект», и передаются по наследству.

Однако, как известно, высокий IQ и отличная академическая успеваемость – отнюдь не синонимы. Ведь для успешного обучения в школе требуется сочетание других личностных качеств. В какой же степени пятёрки по всем предметам зависят от генетического профиля учащегося, было до сих пор не ясно.

Пытаясь разобраться в этом предмете, исследователи из King's College London (Великобритания) привлекли к участию в своём исследовании более 11 тыс. пар идентичных и неидентичных близнецов, появившихся на свет в Соединённом Королевстве с 1994 по 1996 г.

Вместо того чтобы сфокусироваться на уровне IQ участников, эксперты провели анализ 83 других индивидуальных показателей. Для этого на момент исследования 16-летние подростки и их родители отвечали на множество вопросов самого разного свойства, например, насколько счастливыми себя ощущают

молодые люди, насколько они любят школу, насколько старательно делают уроки и т.д. Затем исследователи совместили все эти данные с результатами, показанными каждым из участников во время экзамена на получение сертификата о неполном среднем образовании.

Этот экзамен, включающий в себя обязательные предметы – математику, английский язык и научный блок – сдают абсолютно все британские школьники.

В итоге авторам исследования удалось выявить 8 групп личностных психологических характеристик, которые в значительной степени определяются наследственностью и в совокупности играют не меньшую роль в академической успеваемости, чем интеллект.

Речь идёт о таких чертах, как уверенность в себе, эмоциональное равновесие, особенности характера и поведения в различных обстоятельствах, уровень личной мотивации, способность к концентрации и т.д.

Авторы оценили вклад полученных с генами особенностей психики и результаты школьной учёбы в 62%. А вместе с уровнем IQ генетический базис отличной успеваемости достигает 75%.

«Полученные нами данные позволяют понять, почему академические успехи детей столь различаются, – отметила Кайли Римфелд, один из авторов работы. – Оказывается, в том, насколько легко дети проходят процесс обучения, ключевую роль играют генетические факторы, причём не только уровень интеллекта, но и личностные особенности», – подчеркнула она.

Осознание этого факта, как заявила К.Римфелд, ещё раз указывает на важность персонализированного, а не обобщённого подхода к обучению. В идеале ученики должны расходиться по классам в соответствии с личными особенностями, где их будут учить, используя совершенно различные приёмы, кому что больше подходит. Кого-то – с помощью компьютерных программ, а кого-то – через игру.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам журнала Science.

Гипотезы

Рак предпочитает ночь

Израильские учёные выяснили, что злокачественные клетки интенсивнее всего делятся в ночное время, поэтому применение препаратов для лечения онкологических заболеваний в ночное время может быть гораздо более эффективным.

Исследователи из Института имени Вейцмана детально изучили работу двух клеточных рецепторов – рецептора эпидермального фактора роста (ЭФР) и глюкокортикоидного рецептора. Эти структуры представляют собой белковые молекулы, которые расположены на поверхности клетки или внутри неё и задействованы в передаче биохимических посланий между клетками.

Рецепторы ЭФР способствуют росту и миграции клеток, в том числе злокачественных, а глюкокортикоидный рецептор связывает соответствующий стероидный гормон, играющий важную роль в поддержании энергии организма в течение дня.

Исследования проводились на лабораторных мышах, которых разделили на четыре группы: первой группе животных противораковый препарат давали утром, второй – днём, третьей – вечером, а четвёртой – ночью.

Как показали результаты исследования, размеры опухолей у тех мышей, которые получали лекарственное средство в период сна, были значительно меньше.

Это связано с тем, что в течение дня миграция клеток, несмотря на влияние эпидермального

фактора роста, сдерживается под воздействием глюкокортикоидного гормона.

А ночью во время сна и в период бодрствования в состоянии покоя активность рецептора ЭФР значительно повышается, соответственно, повышается рост и миграция опухолевых клеток.

«В дневное время организм пациента, судя по всему, сам подавляет развитие опухоли, – отметил один из авторов исследования Йосеф Ярден. – В связи с этим мы предлагаем изменить график введения пациентам лекарственных препаратов», – подчеркнул он.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Cito!

По материалам журнала Nature Communications.



СОВИГРИПП

**НОВАЯ РОССИЙСКАЯ
ГРИППОЗНАЯ ИНАКТИВИРОВАННАЯ
СУБЪЕДИНИЧНАЯ ВАКЦИНА**



✓ формирует устойчивый и продолжительный иммунитет против гриппа

✓ доказанная клиническими испытаниями безопасность

✓ содержит иммуномодулятор

✓ российская разработка от производителя вакцин №1 в России

www.sovigripp.ru

ФГУП «НПО «Микроген» Минздрава России

www.microgen.ru

Рег. удостоверение №ЛС-001049

Лицензия №12226 ЛС-П от 19.02.2013

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ С ВРАЧОМ

реклама

Исследования

С ног на голову

Йога помогает снизить риск болезней сердца

Занятия йогой могут оказаться хорошим способом предотвратить болезни сердца, особенно при нехватке возможностей для более активных занятий физкультурой и спортом, свидетельствуют проведенные в Голландии исследования.

Этот вывод был сделан медиками на основе обработки результатов 37 исследований, в которых принимали участие почти 3 тыс. человек. Они свидетельствуют, что занятия йогой снижают риск сердечных заболеваний. Хотя йога не входит в рекомендованный врачами перечень минимальной физической активности, тем не менее, считают эксперты, она может быть полезной.

Это древняя система упражнений, направленная на укрепление силы, гибкости и улучшение дыхания, которые способствуют физическому и душевному здоровью. Существует множество видов – от хатха-йоги для новичков до аштанга виньяса йоги для людей, физически более развитых. Но большинство их не представляет собой интенсивную физическую нагрузку. При этом она эквивалентна 150 минутам аэробных нагрузок умеренной интенсивности, которые британский Минздрав рекомендует в качестве еженедельного минимума.

Йога считается системой упражнений, способствующей укреплению мышц. Те же рекомендации Минздрава говорят, что таким видом упражнений необходимо заниматься минимум 2 раза в неделю.

Профессор Мириам Хунинк из медицинского центра Университета имени Эразма Роттердамского ре-



шила проверить, оказывает ли йога какое-нибудь влияние на здоровье сердечно-сосудистой системы.

По сравнению с другими упражнениями у неё есть заметное преимущество. Замечено, что йога снижает риск ожирения, повышенного давления и высокого уровня холестерина.

Вместе с тем для поддержания здоровой сердечной деятельности йога оказалась не хуже и не лучше, чем другие виды упражнений, такие как бег трусцой или активная ходьба.

«Эти результаты говорят о том, что потенциально йога очень полезна, ею можно заниматься для снижения риска сердечных заболеваний», – говорит профессор Хунинк.

Не совсем понятно, почему она приносит пользу, но эксперты счита-

ют, что причина в её успокаивающем эффекте. Известно, что болезни сердца и повышенное давление связаны со стрессом.

«Пользу, возможно, приносят мышечная нагрузка и работа с дыханием. Это может стимулировать приток кислорода в организм, что снижает артериальное давление», – говорит старшая медсестра Британского кардиологического фонда Морин Тэлбот.

Однако, по её мнению, необходимы более широкие исследования, чтобы лучше понять влияние йоги на организм. При этом, как отмерила Морин Тэлбот, польза йоги для душевного здоровья хорошо известна и подтверждена.

Юрий БОРИСОВ.

По материалам BBC News.

Однако

С любовью к себе

Согласно данным последних исследований, мужчины чаще делают и публикуют селфи, чем представительницы прекрасного пола.

Так, в одном из исследований на этот счёт приняли участие около 2 тыс. человек в возрасте от 18 до 30 лет. Оказалось, что мужчины размещают в социальных сетях примерно 3 селфи в неделю, а женщины – в 2 раза меньше. Кроме того, что

характерно, четверть опрошенных мужчин признались, что результаты самофотографирования они выкладывают в соцсети, чтобы заставить свою бывшую или нынешнюю партнёршу ревновать.

Около 76% мужчин фотографируют своё тело. Среди женщин этот показатель достиг 45%. Наряду с этим 20% представительниц сильного пола делают фото своей груди, а 17% – торса или пресса. Многие мужчины сообщили, что делают

селфи для того, чтобы казаться соблазнительнее.

Что касается женщин, то заставить своего партнёра ревновать с помощью селфи пытаются 13%, а чтобы выглядеть соблазнительнее фотографируют себя 7%; 35% представительниц прекрасного пола делают селфи с целью показать друзьям, чем они занимаются, а 26% фотографируются на память.

Ну и наконец, в одном аспекте отмечается равенство: по 19% мужчин и женщин делают селфи, чтобы произвести впечатление на других.

Алина КРАЗУЭ.

По сообщению Meddaily.

Мани и фобии

Уже появилось племя, представители которого носят с одного спортивного занятия на другое и доводят количество тренировок до двух или более в день, пишет американская пресса. Ради этого люди, несмотря на то, что испытывают большую усталость, с которой борются, поглощая литрами кофе, урезают другие занятия, например встречи с друзьями.

Многочасовое пребывание в тренажёрном зале может быть симптомом зависимости от тренировок, которая характеризуется классическими признаками пристрастия: потребность в большем объёме для достижения прежнего эффекта, невыполнение запланированного, проблемы при попытке сократить объём и симптомы ломки, такие как депрессия и раздражительность, когда вы пропускаете день или два. Это не официальный диагноз психиатра, но ряд специалистов в области психического здоровья пришли к выводу, что зависимость

Не весь фитнес полезен

Зависимость от тренировок тревожит психиатров

от тренировок – это такая же форма поведенческой зависимости, как азартная игра.

Женщины испытывают беспрецедентное давление, побуждающее их стремиться к безупречной внешности – пытаться добиться такого же стройного и мускулистого тела, как у знаменитостей, моделей и спортсменов, – объясняют психиатры этот бум к чрезмерным тренировкам. Даже если вы не страдаете зависимостью от тренировок, злоупотребление ими может иметь финансовые последствия, предупреждает автор статьи. Многие тратят на спортивные занятия кучу денег – около 1400 долл. в месяц, хотя говорят, что оно того стоит.

Необязательно быть отчаянной спортсменкой, чтобы иметь

представление о чувстве кайфа, возникающего после тренировки. В особенности аэробика вызывает выброс поднимающих настроение, успокаивающих тревогу нейротрансмиттеров, таких как эндорфины, цитирует журналист доктора медицины Джона Рэйти из Гарвардской медицинской школы. Использование тренировок для того, чтобы справиться с эмоциональной проблемой, будь то депрессия, низкая самооценка или тревога, является фактором риска для возникновения зависимости.

Особенность зависимости от тренировок в том, что она всеми считается чем-то положительным. Если человек начинает слишком много пить или курить, окружающие его люди начинают беспоко-

Особый случай

Матан Лори увидел мир заново

Врачи медицинского центра (МЦ) «Рамбам» в Хайфе, считающейся северной столицей Израиля, провели уникальную операцию по спасению зрения 2-летнему пациенту.

Когда Матан Лори поступил в приёмное отделение МЦ «Рамбам», его правый глаз ничего не видел, и мальчик совершенно не мог им двигать. Проведённое обследование выявило наличие опухоли типа гистиоцитомы, сдавившей нервы, которые отвечают за движение глазных мышц. Опухоль продолжала расти, поэтому в опасности оказался и второй глаз. Ребёнку грозила полная слепота.

Медицинский консилиум принял решение о немедленной операции. В данном случае ввиду малого рабочего пространства для операционного вмешательства был использован эндоскопический метод, требующий, как известно, вы-

сочайшей квалификации хирургов.

Через носовую полость ввели катетер с инструментами и миниатюрной камерой. Подведя эту систему к основанию черепа, медики нашли и удалили опухоль, не повредив при этом ни сосуды, ни нервы маленького пациента.

Образовавшееся после удаления опухоли отверстие закрыли трансплантатом из собственной слизистой оболочки ребёнка, которую позаимствовали на его носовой перегородке.

Уже на следующий день после операции, длившейся более 4 часов, малыш начал двигать глазами, а ещё через день зрение в правом глазу восстановилось. После 3 суток наблюдения в условиях стационара маленького Матана Лори выписали домой.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим – Хайфа.

Почему бы и нет?

Дело — орехи

Ежедневное употребление горсти грецких орехов или масла из них защищает от развития рака простаты. Таков позитивный вывод учёных Калифорнийского университета (США).

В ходе эксперимента на мышах на протяжении 5 месяцев животных кормили исключительно грецкими орехами и их маслом. В результате выяснилось, что орехи обладают не только противораковым эффектом, но и повышают чувствительность к инсулину, что позволяет значительно снизить риск развития диабета.

Борис БЕРКУТ.

По сообщению ВВС.



второе занятие вслед за первым или вообще пропускаю день или два тренировок?» Если у вас из-за этого появляется чувство тревоги, стресс, депрессия, чувство вины и самоосуждения, если вам нужно потренироваться в два раза больше на следующий день, чтобы возместить пропущенные дни, или если вы не можете притормозить в случае усталости, болезни или повреждений – это сигналы проблемы, – говорит доктор.

Также подумайте над следующими вопросами: нравятся ли вам ходить на занятия? Живёте ли вы с улыбкой, чувствуете ли себя сильным, здоровым, удовлетворены и в хорошей форме? Получаете ли вы удовольствие? Если вы приходите в ужас от тренировок, но всё равно заставляете себя выкладываться на полную катушку, вам нужно сделать переоценку ситуации.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель МГ».

По материалам
The Washington Post.

Идея создания музея медицины в России витает в научных кругах уже более века. Недавно можно было бы отметить 120-летие.

18-28 августа 1883 г. в Одессе проходил VII съезд русских естествоиспытателей и врачей. В материалах съезда есть протокол объединённого заседания медицинской секции и её подсекции от 19 августа 1883 г. Третьим пунктом повестки дня было предложение профессора Н.Склифосовского основать русский исторический музей медицины, идею которого предложил профессор В.Манассеин.

Благая идея

Вячеслав Манассеин был русским терапевтом и общественным деятелем, выпускником Петербургской медико-хирургической академии (1856), а 1876-1892 гг. – профессором кафедры частной патологии и терапии внутренних болезней этой академии. Известен тем, что выдвинул и обосновал роль статистики в клинической медицине, выступал за индивидуализацию лечения, подчёркивая роль гидротерапии, массажа, воздوخоления и других физических методов, указывал на важность диетотерапии. Основатель (1880) и редактор газеты «Врач». Активно участвовал в организации и проведении многих съездов врачей.

Затрагивается в протоколе заседания и вопрос материальной поддержки, а точнее средств, на которые должен был создаваться и существовать российский медицинский музей. В частности, к участию и поддержке приглашались все русские медицинские общества и персонально врачи России. Предлагалось читать лекции, а сборы за них передавать в пользу музея. Рассчитывали и на вклады от университетов, которые были важны «не суммой, а выражением сочувствия». Шла речь о господдержке – субсидии, которую «может быть, удастся выхлопотать от медицинского департамента».

В газете «Врач» (№ 35, 1883) в материале «С одесского съезда» опубликован доклад Н.Склифосовского. Есть и интересное примечание редактора В.Манассеина: «Как только откроется музей, редактор «Врача» обязуется высылать бесплатно всё, что будет печатать, доставить небольшое собрание диссертаций, журналов, книг и брошюр, открыть, если признаётся нужным, сбор пожертвований для музея при «Враче» и высылать ежегодно, пока позволят средства, в кассу музея по 25 рублей».

Однако идея так и осталась на бумаге. В одном из протоколов общего собрания, после 19 августа, отмечается, что на рассмотрение общего собрания съезда было представлено два заявления медицинской секции (содержание этих заявлений не известно), но из-за недостатка времени они не рассматривались; предполагалось отложить их рассмотрение до очередного съезда. Может быть, одним из этих заявлений был проект о музее? Но и в материалах VIII съезда (состоялся в 1889 г.) ни одного слова не упоминается о музее. Кстати сказать, ни на одном из трёх Пироговских съездов, которые прошли в этот период, вопрос возобновлён не был.

Реальное воплощение

В дальнейшем тема медицинских музеев получила некоторую реализацию в большинстве медицинских вузов и учреждений, которые, выйдя из университетов царской России или создаваясь для нужд растущей страны, начали делать собственные экспозиции. Так, нам известно, что в 30-е годы существовал великолепный учебный музей в Государственном научно-исследовательском институте стоматологии и одонтологии (ГНИИСО, ныне Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова).

По воспоминаниям профессора Г.Троянского, в музее было много анатомических препаратов, книг и таблиц, фотографий. Впоследствии музей закрыли, а воссоздали лишь в 1987 г. Более счастливые судьбы были у музеев 1-го Московского ордена Ленина медицинского института им. И.М.Сеченова (ныне Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова), Военно-медицинского музея в Санкт-Петербурге (основан в 1942 г.) и др.

Заметным событием в истории музейного дела стало открытие в 1957 г. Музея истории медицины им. П.И.Страдыня в Риге.

идею Манассеина. Но увы с 1991 г. мы больше не можем называть этот музей «нашим». Да, он гостеприимен и всегда ждёт нас, его двери открыты для российских врачей и знания, сохранённые в нём, будут очень важны для реализации нашей идеи, но музея медицины России как не было так и нет.

В сочетании красок, музыки и манекенов

В апреле 1962 г. видные учёные Украинской ССР, академик Н.Амосов, В.Братусь, М.Коломийченко, Б.Маньковский. Л.Медведь и другие обратились к медицинской общественности респу-

ционального воздействия на посетителей», – пишет в своих воспоминаниях директор и создатель музея А.Грандо. Впоследствии, как известно, именно эмоциональное воздействие станет главной «фишкой» музея. Сочетание красок и света, музыки и диорам, муляжей и манекенов и сегодня потрясает посетителей музея. В 1983 г. создателям музея присуждается Государственная премия УССР в области науки и техники.

Таким образом, Национальный музей Украины в Киеве стал вторым значительным шагом в реализации идеи создания большого музея. Но всё это тоже осталось в СССР, а сейчас в Киеве, как и

медицины. Существенное развитие музея – экспозиционные площади увеличиваются в 2 раза, музей получает помещения под фонды и начинается сбор источников, предметов медицины для будущего Музея истории стоматологии России (такой статус даст ему Стоматологическая ассоциация России в 2012 г.) – связано с ректором университета, главным стоматологом Минздрав России О.Янушевичем. Именно Янушевич поставил задачу собрать полноценную коллекцию по истории зубопротезирования и стоматологии. По мнению зарубежных экспертов это удалось. Сегодня зубопротезная коллекция МГМСУ им. А.И.Евдокимова входит в пятёрку мировых собраний. На 1 января 2013 г. музей располагал более чем 20 коллекциями инструментов, библиотекой, фото-, фоно-, кино-, видео архивами, на учёте более 15 тыс. единиц хранения.

Имеется уникальная, пятая в мире по масштабу (по оценке профессоров Ф.Лоринга, Р.Кондратос, Ю.Салакса) коллекция по зубопротезированию и стоматологии. Тогдашний ректор ММА им. И.М.Сеченова академик РАН и РАМН Михаил Пальцев передаёт здание ректората – прекрасный особняк на Большой Пироговской улице – Музею медицины академии. Ректор Саратовского медицинского университета член-корреспондент РАМН Пётр Глыбочко создаёт прекрасный музей университета и т.д. Важной основой для начала работы по созданию Музея медицины России стало восстановление курсов по медицинской музеологии в МГМСУ им. А.И.Евдокимова (профессор Г.Троянский), которые, как и музейную работу, поддержал ректор университета профессор Олег Янушевич.

В декабре 2011 г. кафедрой истории медицины МГМСУ им. А.И.Евдокимова был подготовлен первый вариант концепции музея медицины России, основные положения которой, вместе с демонстрацией обновлённого по замыслу профессора О.Янушевича музея Университета, были доложены на 572-м выездном заседании Общества историков медицины Москвы в июне 2012 г.

В июне 2012 г. состоялась встреча с министром здравоохранения РФ В.Скворцовой, в ходе которой была проведена презентация концепции. О позиции министра говорит приказ № 527 от 05.08.2012 «О создании совета по развитию историко-медицинских музеев при Министерстве здравоохранения Российской Федерации». Возглавил совет заместитель министра И.Каграманян. На совет возложены следующие функции: определение стратегии развития историко-медицинских музеев; согласование проектов документов, связанных с развитием историко-медицинских музеев; оказание необходимой помощи и содействия в вопросах создания историко-медицинских музеев. Организационно-техническое обеспечение совета осуществляет МГМСУ им. А.И.Евдокимова.

Опять напрашиваются исторические параллели. Именно с такого решения и начинался музей А.Грандо. Создание совета – событие историческое. Многим, наверное, неизвестно, что в нашей стране насчитывается свыше 100 малых медицинских музеев. Причём это те, чей голос так или иначе слышен. А если посчитать все многочисленные собрания, которые находятся в лечебных, научных и учебных учреждениях, то их будет гораздо больше. Раньше Минздрав никогда не уделял внимание этому вопросу, но сейчас настало время поставить всё на серьёзную научную и организационную основу.

Константин ПАШКОВ, председатель Российского общества историков медицины, заведующий кафедрой истории медицины МГМСУ им. А.И.Евдокимова, доктор медицинских наук, профессор.

Наследие

Как укрепить связь времён?

От этого во многом зависит качество работы музеев



Музей истории медицины в Риге. Жаль не в Москве

Паулс Страдыньш был одержимым коллекционером... Вы можете себе представить, что в запасах, или, как правильно говорить, в фондах Музея медицины в Риге лежат десятки предметов, которые до сих пор не описаны должным образом. Более того, предметное назначение многих экспонатов件 известно.

Лучшие художники и оформители той эпохи творили для него. Он мечтал сделать прошлое достоянием современности. Макеты и муляжи, инсталляции и диорамы – всё это он. Мы знаем также, что Павел Иванович (так звали его на русский лад) не дожидаясь дня открытия музея, который обесмертил его и сделал всемирно известным. Но главное не в этом. Он сохранил наследие эпохи для будущих поколений, ибо сегодня научное собрание Музея истории медицины им. Паула Страдыня – это крупнейшая в мире коллекция по медицине.

Свыше 240 тыс. единиц хранения разместились в роскошном особняке (бывший Институт благородных девиц) в самом центре латвийской столицы. Пройдите по пяти этажам и вы поймёте, откуда есть пошла медицина в мире. Такого больше точно нет нигде.

В 1970-1980-е годы на музей, в хорошем смысле слова, работал весь СССР. И сегодня в музее собрана уникальная коллекция, главным образом по медицине советского периода.

На наш взгляд, это первая успешно реализованная идея создания музея медицины в нашей стране. Страдыня вполне можно считать человеком, претворившим в жизнь

блики за поддержкой в создании Музея медицины в Киеве.

Идея была поддержана Министерством здравоохранения УССР, и был создан музейный совет. Приказом Минздрава УССР от 1965 г. предусматривалось создание музея на общественных началах при Киевском медицинском институте. На призыв принять участие в подготовке музея откликнулись многие медицинские общества. Как всегда, острейшей была тема здания музея, тем более что стремились создать новый, современный музей, не похожий ни на какой другой. Вполне естественным была передача музею исторического здания бывшего анатомического театра, построенного в 1853 г. по проекту архитектора А.Беретти. История этого дома, в стенах которого профессором В.Бецом были открыты гигантские пирамидальные клетки коры головного мозга, одно из первых описаний митоза профессором П.Пережежко заслуживает отдельного повествования. О нём упоминает и выпускник Киевского университета М.Булгаков в романе «Белая гвардия»: «...как дрова в штабелях, один на других, лежали голые, источающие несносный, душный человек, несмотря на нашатырь, смрад, человеческие тела...».

Л.Межирова (главный хранитель), А.Крыжапольский (главный художник будущего музея) объезжали десятки музеев, смотрели, как устроены экспозиции, как воспринимает их посетитель, какие удачные экспозиционные решения есть у коллег. «Особое внимание уделяли вопросу эмо-

в Риге, нет ни одного слова на русском языке под экспонатами, повествующими о российской истории.

Планы останутся планами

Создали музей и в Москве (в 1986 г.). Это был Центральный музей медицины Академии медицинских наук СССР. Научные фонды и экспозиция насчитывали свыше 100 тыс. единиц хранения. Коллекция сформировалась уникальная. В созданный музей были переданы архивы, личные вещи учёных, бюсты и раритетные картины практически из всех академических институтов СССР. В 1991 г. музей вошёл в состав Научно-исследовательского центра «Медицинский музей» Российской академии медицинских наук. В нём работал диссертационный Совет. Но в 1998 г. он закрылся. Главная причина – потеря здания. До этого момента он размещался в Странноприимном доме графа Шереметьева (Сухаревская площадь, д. 3, стр. 1-5). Те, кто помнят эту экспозицию, говорят о том, что музей был создан достойный. Команда собранная профессором Б.Нуваховым (директор музея) – профессор Ю.Шилинис, М.Поддубный и другие – поработала на славу.

30 декабря 1998 г. вышло распоряжение Правительства РФ № 1899-р, согласно которому вышеупомянутое здание было передано НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, а медицинскому музею предоставили помещение по ул. Садовая-Сухаревская, д. 14, стр. 1 (бывшее здание кинотеатра «Форум»). Правительство Москвы при этом взяло на себя полное финансирование перемещения экспозиции, ремонт нового помещения, о чём 8 июня 1999 г. было подписано соответствующее постановление № 496. Но все эти благие намерения остались на бумаге. Реально ничего сделано не было. Многолетняя переписка с московскими властями также не дала никаких результатов.

Каковы перспективы?

О музее медицины России вновь заговорили в 2000-х. Ректор МГМСУ академик Н.Юшук (2002-2007) принимает в 2003 г. решение о передаче отдельного здания по ул. Долгоруковской д. 4, стр. 7 музею истории медицины и создаёт Центр истории

Племяннице моего студенческого приятеля Игоря недавно исполнилось 5 лет. Что подарить Юле – так зовут виновницу торжества – заботливый дядя решил сразу. А чего тут выдумывать? Плюшевая игрушка, – самый подходящий подарок для любого ребёнка, тем более пятилетнего.

С этой целью Игорь прочесал множество супермаркетов и лотков на улицах Твери, но не нашел того, что его устраивало бы. В «Детский мир» не попал из-за учётного дня. Напоследок решил попытать удачу на одном из городских мини-рынков.

Когда Игорь там оказался, торговый день стремительно подходил к своему завершению. Он пробежал парочку рядов и наконец наткнулся на долгожданную палатку с игрушками.

Продавщица, пожилая женщина южной национальности, обладающая удивительной способностью плохо, но очень быстро говорить по-русски, уже упаковывала своих плюшевых питомцев в громадную сумку. Увидев подошедшего к ней молодого человека, она бросила прежнее занятие и оживлённо затараторила на сильно ломаном русском:

– О, мужчин! Эй, игрушка подбирать приходишь? Какой тебе, скажи! Сейчас покажу. Говори, ну!

– Если б я знал! – выдохнул Игорь и принялся придирчиво рассматривать предлагаемый ассортимент.

– Кому выбирать пришёл, ну? Девушка, дочка, бабушка, мама? – не унималась продавщица.

– Бабушке моей только игрушек не хватало! Девчонке пятилетней ищущей. Племяннице...

– Эй-э-эй! – протянула собеседница. – А какой зверь надо? Говори, а! Собак, ёжик, поросёнок, покемонка, телепузик, вертолёт? Кто понравился, говори, ну! Какой показать?

Назойливая продавщица тем не менее продолжала активно тараторить, хаотично перебирая свой разношёрстный ассортимент и нахваливая его на все

А ещё был случай

Неприличная игрушка



лады. Таким образом, смотрины могли бы продолжаться бесконечно, если бы сам Игорь не прервал неумённую женщину:

– А вот этого телепузика мне напоследок покажите... Да-да, этого.

Женщина тут же подала ему салатowego мутанта со слегка покосившимся шпилем на голове. «Возьму этого – и делу конец, – решил измученный приятель. – Хотя, нет! У неё уже есть такой, только розовый. Да ещё два поменьше». Игорь отдал игрушку обратно и с досадой протянул:

– Неа, не пойдёт! Блин... Не понос, так золотуха...

– Кто понос? – заверещала неожиданно женщина. – У неё понос? Эээээ! Ты что болтаешь? Какой, золотой, понос? Этот телепузик здоровый вся, чистый, как в амбулаторий. Точно говорю... Ты что, эй! Здоровый совсем, не говори зря!

– Да не у него понос, – раздра-

жённо плюнул в сторону Игоря. – Это я так... Не обращайтесь внимание. Я о своём...

– Э-э-эй! – прищурилась продавщица. – Ай-яй-яй! Бедный парень! Такой молодой, а уже кишка страдать. Подожди, говорю, я могу подсказать, как помочь, послушай, ну!

– Спасибо, не надо! – отрезал Игорь и, чтобы унять разговорчивую тётку, попросил её показать очередную игрушку. Он указал пальцем на бесформенную морду с большими глазами и длинными неодинаковыми ушами.

– Какой? Вот этот? – бесполоково тыкала пальцем продавщица.

– Да нет же, вон... Эта, с большими ушами...

– Этот? – опять не попадала в цель женщина.

– Да нет, вот та, что рядом с собакой висит. Ну, вон та... Синяя шняжка! – вылетело ненароком у Игоря не совсем приличное молодёжное выражение.

Поистине, велик и могуч русский язык, особенно в современных вариациях! Одним, даже малопонятным словом можно назвать совершенно разные вещи. И даже, как оказалось, безымянную игрушку.

...Самое интересное, что после этих слов продавщица мгновенно схватила ту самую мохнатую физиономию с длинными ушами, которую и требовал Игорь. Игрушка, действительно, оказалась ему весьма симпатичной и представляла собой нечто, похожее на слона, поросёнка и осла, вместе взятых. Эдакий непонятный гибрид. При этом ничего уродливого в игрушке не было, и Игорю, в принципе, она понравилась.

– И сколько же стоит эта ваша шняжка? – опять неумышленно вырвалось у Игоря неоднозначное определение.

Продавщица назвала вполне приемлемую сумму. Обрадовавшись этому, довольный покупатель незамедлительно расплатился, облегчённо вздохнул и поспешил быстрее откланяться, чтобы отбывчивая женщина не вспомнила про виртуальную диспепсию Игоря.

День рождения Юли прошёл прекрасно. Подарок понравился всем, равно как и увлекательный рассказ Игоря о своих злоключениях в поисках подходящего презента. Больше всего ушастый гермафродит понравился самой имениннице. Девочка назвала его в честь детсадовского друга Гошей.

Самое любопытное произошло потом, когда двумя неделями позже мы с Игорем оказались на том самом рынке, где был приобретён подарок для его племянницы. Мне, естественно, захотелось посмотреть на игрушку,

о которой так много говорилось. Игорь тяжело вздохнул, предчувствуя очередную встречу с назойливой продавщицей, и повёл меня к злополучной палатке.

Всё та же неутомимая кавказская дама, завидев нас, широко разулыбалась, щедро оголив самое приятное в её внешности – золотые зубы. Явно узнав Игоря, женщина начала активно тараторить. Но что именно она говорила, я не запомнил, ибо увиденное мной на прилавке всецело заняло моё внимание. Под самым потолком неуклюжей брезентовой палатки на стальном ржавом крючке висело нечто плюшевое, непонятное, симпатичное и ушастое, а снизу под игрушкой болталась самодельная табличка. На куске серого картона жирным сиреневым маркером было выведено следующее: «Шняжка. Цена – 120 рублэй».

Мы с Игорем расхохотались в голос, чем сначала сильно напугали, а потом разозлили сердобольную продавщицу. Затем, раскланявшись и поблагодарив женщину за беседу, мы в приподнятом настроении разбежались по своим делам.

Вечером, когда мы рассказали друзьям-студентам эту историю про многострадальную игрушку и её теперешнее официальное имя, в общежитии медакадемии долго стоял хохот. История эта моментально полетела по этажам и комнатам общаги, на ходу приобретая новые подробности. Мы же с Игорем сделали вполне логичный вывод – неправильно Юля назвала своего нового плюшевого друга. Но менять имя было уже поздно.

Максим СТРАХОВ,
врач,
член Союза российских писателей.

СКАНВОРД									
Царь	Областной центр	Япон. писатель	Овощ	Селегилин	Вязкий битум	Декокт	Сев. созвездие	"Таинственный остров", перс.	Омепразол
Кустарниковая крыса	Удар кулаком	Вояка, "Маугли"	Волшебник	Карбомер	Тундра, тайга	Заповедник, Тыва	Родственница чистика	Фасоль золотистая	Самолет
Бодяк	Греч. буква	Выводы	Мать Гектора	Роман Проскурина	Смерч в США	Бей-сингер, фильм	Болтовня		
Часть поршня	Без ... неделя	Скирда	Колчан (стар.)	Система управления	Пачино	Электр. сопровождение			
Период, мезозой	"Полноночный ковбой", актер	Внутр. побуждение	Хим. элемент	Овраг					
Автор Валерий Шаршуков	Монета, Лаос	Фенил, нафтил							

А	Р	Г	У	С	К	О	Д	А	Р	Д	У	М
О	К	О	Л	Е	Н	О	И	З	А	Р	С	Л
С	З	П	Ю	Р	Е	А	С	Т	М	А	А	С
О	Р	Л	Ы	О	Ю	Л	И	Й	Ь	Г	А	З
Л	Ю	Г	Р	А	Ч	С	Т	В	М	Ф	А	С
И	С	Т	Р	А	Л	И	Ф	Т	Р	И	Д	И
Н	Н	Т	В	Е	Н	О	Х	О	Т	Н	И	К
Я	В	Ь	А	У	Д	И	Т	У	Р	А	Н	

Ответы на сканворд, опубликованный в № 9 от 11.02.2015.