

Медицинская

26 августа 2016 г.
пятница
№ 64 (7684)

газета®

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

Проекты

Врачей в школах заменяют медсёстры

Для них уже создан стандарт высшего образования



Пилотный проект по подготовке медицинских сестёр к работе в школах стартует с 1 сентября в Ростове-на-Дону, Пензе и Ямало-Ненецком автономном округе. Первые выпускники бакалавриата, готовящего медсестёр с высшим образованием, появятся через 4 года.

По словам заместителя министра здравоохранения РФ Татьяны Яковлевой, главной задачей постоянной работы школьных медсестёр должна стать профилактика. Школы – это «учреждения для здоровых детей», где лечить не надо, а вот много заниматься предупреждением болезней крайне необходимо, пояснила она. И именно эту функцию, по её мнению, могли бы успешно выполнять фельдшеры, медсёстры с высшим образованием.

Главной задачей школьных медсестёр должна стать профилактика

Этот шаг предпринимается Минздравом в рамках новой программы по снятию с врачей части их нагрузки. Для средних медработников уже создан стандарт высшего образования на основе 4-летнего бакалавриата. «Хотим сделать, чтобы они работали в школах как «две трети врача» со всей вытекающей отсюда ответственностью», – пояснила Т.Яковлева.

Между тем глава Комитета Совета Федерации по социальной политике, председатель Союза пенсионеров РФ Валерий Рязанский сообщил, что на обсуждение поступило предложение направлять «граждан старше определённого возраста» в первую очередь к медицинским специалистам среднего звена. Это означает, что, прежде чем попасть на приём к

врачу, пожилому человеку необходимо будет посетить медицинскую сестру, а в сельской местности – фельдшера.

Инициатива вызвала дискуссию в медицинском сообществе. Председатель Комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья, директор Московского НИИ глазных болезней им. Гельмгольца, член совета Общества врачей России Владимир Нероев заявил: «Моя позиция как врача с многолетним стажем – пациентов должны принимать квалифицированные врачи».

Сенатор подчеркнул, что пока речь идёт только об обсуждении поступающих предложений.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Современные технологии

Омский областной клинический медико-хирургический центр обзавёлся новейшим оборудованием, которое позволяет проводить хирургические операции без привычных полостных разрезов и почти без кровопотерь.

Этот сверхточный ультразвуковой диссектор (скальпель) с функцией биполярной коагуляции почти не повреждает ткани оперируемых, поскольку действует точно – через проколы. Причём это не единственное его достоинство. Применение этого аппа-

Операции будут не страшны

рата значительно сокращает время операции, уничтожая одновременно и бактерии, что почти исключает послеоперационные осложнения. К тому же с помощью него можно проводить вмешательства не только на сосудах до 7 мм, но и на желудке и толстой кишке.

А в ближайшее время, как сообщил главный врач этой медико-хирургической клиники Вадим Бережной,

ожидается поступление перкутанного нефроскопа, который позволит тоже без разрезов проводить операции на почках, а пребывание перенёсших такое оперативное вмешательство пациентов в клинике сократится до 1 суток.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Александр БАРАНОВ:
директор Научного центра
здоровья детей,
академик РАН:

Медицинская наука не стоит на месте – сегодня недостаточно пройти сертификацию один раз в пять лет.

Стр. 5



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

Число аборт в России за год больше населения Калужской или Ивановской областей.

Стр. 7

Елена АРХАНГЕЛЬСКАЯ,
президент «НПО Петровакс Фарм»

Доказано, что отечественные современные вакцины не уступают по качеству, эффективности и безопасности иностранным.

Стр. 11



Тенденции

Село прирастает докторами

За время реализации программы «Земский доктор» с 2011 г. в сельские больницы Ульяновской области трудоустроено 240 врачей.

В ходе недавнего форума сельских докторов очередные участники федерального проекта получили денежные сертификаты. Также состоялось вручение свидетельств на выплаты в рамках региональной программы «Земский фельдшер».

– За последние годы мы открыли десятки новых ФАПов и офисов врачей общей практики. В муниципальных образованиях внедрены проекты привлечения молодёжи на работу в медицинские учреждения. Мы активно включились в Федеральную программу «Земский доктор». В проекте принимают участие 30 лечебно-профилактических учреждений из 21 района. С этого года, который в Ульяновской области объявлен Годом здравоохранения, мы начали ещё и собственную программу «Земский фельдшер». До конца года мы хотим привлечь на село более 20 специалистов, – отметил исполняющий обязанности губернатора Сергей Морозов.

Инициатором программы «Земский доктор» реализованной Президентом РФ является Ульяновская область весьма успешно. За 5 лет укомплектованность

врачебными кадрами на селе повысилась в регионе на 16%.

– С начала года в сельские лечебные учреждения уже трудоустроено 23 врача. В районных больницах появились узкие специалисты: невролог, эндокринолог, рентгенолог, офтальмолог, дерматовенеролог, психиатр-нарколог, врач ультразвуковой диагностики, анестезиолог-реаниматолог. Всего в 2016 г. планируется привлечь в сельскую местность не менее 60 врачей, – пояснил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

– Мы с женой врачи: я невролог, она эндокринолог. Захотели себя попробовать в сельской медицине, для этого переехали и устроились в районную больницу. С супругой мы получим 2 млн руб., которые направим на улучшение жилищных условий, – поставил свою семью в пример Глеб Маркелов и призвал медиков принимать такие же решения.

В рамках региональной программы «Земский фельдшер», которая с 2016 г. внедрена в регионе, в ФАПы Ульяновской области трудоустроено 8 специалистов.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Новости

Акция «Министерский портфель»

Благотворительная акция для подготовки учеников 1-го класса к началу учебного года стартовала в Астраханской области. Она проходит в регионе уже более 10 лет. Цель её – помочь собрать в школу детей из семей, попавших в трудную жизненную ситуацию. В преддверии Дня знаний члены регионального правительства и представители коммерческих организаций приобретают портфели с набором канцелярских принадлежностей.

Нынешняя акция «Министерский портфель» прошла в администрации области. В подарок детям было куплено 22 портфеля. В очередной раз к мероприятию присоединилось Министерство здравоохранения региона.

Александра ЖВАЧКИНА.

Астраханская область.

Не дать себе заснуть....

Минтранс России внёс в перечень товаров для закупок специальный аппарат, использование которого не позволит водителям уснуть за рулём. Изделие российского производства работает на основе биоэлектрики.

Водитель экипируется специальным кольцом, которое должно надеваться на два пальца и касаться кожи через 8 датчиков. Принцип действия такой же, как у детектора лжи – устройство фиксирует изменение проводимости кожи. Биоэлектрические показатели меняются, если человек начинает засыпать, и аппарат улавливает происходящие перемены. Когда изменение проводимости произошло в первый раз, включается вибрация. При повторном срабатывании вибрация дополняется звуковыми сигналами – включается будильник.

В подобных устройствах используются различные принципы действия, и какое из них станет лучшей защитой водителя, покажет время. Но то, что по причине засыпания водителей за рулём происходит слишком много аварий – неоспоримый факт.

Григорий ГЕРБИНСКИЙ.

В борьбе с резистентностью

Порядка 10% инфекций, которыми заражаются пациенты реанимационных отделений, устойчивы ко всем существующим антибиотикам. Об этом сообщил профессор кафедры госпитальной терапии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Сергей Яковлев.

«Согласно нашим исследованиям, на сегодня в отделениях интенсивной терапии реанимаций российских больниц, где находятся тяжёлые, уязвимые для инфекции пациенты и где она передаётся моментально, 10% инфекций устойчиво ко всем существующим антибиотикам, фактически их нечем лечить. Врачи вынуждены назначать одновременно до 4 антибактериальных препаратов», – сказал С.Яковлев.

На сегодняшний день в России зарегистрировано порядка 100 антибактериальных препаратов, 40 из них значатся в Перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Кроме того, по словам эксперта, пациенты реанимаций часто болевают грибковыми инфекциями.

«Смертность, например, от грибкового сепсиса сегодня составляет более 50%, а в Перечне ЖНВЛП только 5 противогрибковых препаратов, и сейчас нам нужно включить шестой, чтобы снижать показатели смертности», – уверен С.Яковлев.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

Космические технологии
на службе СМП

ГЛОНАСС помогает оптимизировать работу скорой медицинской помощи Приморского края. Электронная система позволяет вести качественный контроль эксплуатационных расходов, а также в режиме реального времени отслеживает движение автомобилей, спешащих на вызовы.

По словам Дмитрия Чурилова, главного врача Станции скорой медицинской помощи Владивостока, на каждой машине «скорой» установлена навигационная система.

– Данные приборов отображаются в специальной программе на компьютере, – отмечает глава медучреждения. – Диспетчер в режиме реального времени видит, где какая машина находится. Вся эта информация хранится в базе данных. И потом мы можем проводить, например, учёт километража, который отображается в виде карты и таблицы.

Специалисты отмечают, что внедрение системы позволило значительно снизить топливные расходы. Также благодаря использованию этой космической технологии на станции скорой помощи проводится онлайн-мониторинг местоположения транспортных средств, осуществляется контроль выполнения вызовов. Это особенно актуально, когда все автомобили находятся в пути, а в службу поступает экстренный вызов. В этом случае диспетчер может в режиме реального времени посмотреть, какая из карет «скорой» находится наиболее близко к месту вызова, и перенаправить бригаду.

Напомним, что система ГЛОНАСС внедрена в службу скорой медицинской помощи Приморья в 2012 г. На эти цели из краевого бюджета было выделено 16 млн руб. В настоящее время навигаторы установлены на 339 каретах СМП.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Владивосток.

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

Решения

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев подписал подготовленное Минздравом распоряжение правительства «Об увеличении объёма субвенций на обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями и специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов».



Забота о детях-инвалидах остаётся в числе приоритетов государства

События

Алтай — для наркологов

Съезд в Барнауле – это не просто «смотр достижений»

На свой Всероссийский съезд наркологи в этом году собрались в Алтайском крае. Здесь более 150 специалистов из 30 регионов страны на протяжении 2 дней обсуждали актуальные вопросы организации наркологической службы в России.

Заместитель губернатора Алтайского края Даниил Бессарабов на открытии съезда отметил, что противодействие наркоугрозе, развитие наркологической службы края – важнейшие элементы обеспечения региональной безопасности и социальной политики.

– Комплекс управленческих, правоохранительных, социальных и профилактических мероприятий положительно сказался на изменении наркоситуации в регионе. Утверждены краевая и муниципальные антинаркотические программы, включаются все возможные социальные механизмы противодействию наркомании, в том числе привлечение некоммерческих организаций к социальной реабилитации и ресоциализации пациентов. На эти цели выделяются средства краевого бюджета, – подчеркнул Д.Бессарабов.

Он также отметил, что на протяжении последних 6 лет в регионе сохраняется стабильная тенденция к снижению темпа роста показателя распространённости наркомании и алкоголизма. Так, в 2015 г. показатель зарегистрированных больных наркоманией снизился от уровня 2014 г. на 6,6%, а уровень первичной заболеваемости алкоголизмом (включая алкогольные психозы) за 10 лет в Алтайском крае снизился на 50,8%.

– В регионе выстроена чёткая система межведомственного взаимодействия по пропаганде здорового образа жизни и отказа от вредных привычек, развитию волонтерского движения края, созданию условий для повышения физической и социальной активности школьников, проведению массовых профилактических акций, организации семейного медико-социального и медико-психологического консультирования, – отметила начальник Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Ирина Долгова.



Е.Брюн и Д.Бессарабов открывают съезд

Завершена модернизация наркологической службы края, которая обеспечила внедрение в регионе всех действующих стандартов оказания наркологической помощи, а также диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и расстройствами поведения. За последние годы из федерального и краевого бюджетов, а также из внебюджетной деятельности на развитие наркологической службы было выделено более 82 млн руб.

Внедрены основные технологии реабилитации: психотерапевтические, психокоррекционные, социотерапевтические, реабилитация средой, терапия занятостью, арт-терапия, организация досуга, духовно-ориентированные методы.

О ситуации в стране и перспективах развития наркологической службы России до 2020 г. рассказал главный психиатр-нарколог Мин-

здравы Федерации и города Байконура на такое финансирование было утверждено распоряжением в декабре 2015 г. Предусматривалось, что объём средств составит 30,654 млрд руб. Однако в I квартале 2016 г. в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, было дополнено 190 220 человек, и общая численность таких лиц составила 3 560 262 человека. В связи с этим объём бюджетных ассигнований увеличен, согласно новому распоряжению, на 1,442 млрд руб. – до 32,096 млрд руб.

Принятое решение направлено на своевременное обеспечение отдельных категорий граждан в рамках предоставления набора социальных услуг.

Иван САВРАНСКИЙ.
МИА Cito!

здрава России, президент Ассоциации наркологов РФ Евгений Брюн. Благодаря принимаемым мерам со стороны государства на протяжении ряда последних лет в России наблюдается позитивная тенденция стабилизации наркологической ситуации. На протяжении 3 последних лет отмечается развитие реабилитационного потенциала наркологической службы. Снизилось число зарегистрированных и впервые обратившихся больных алкогольными психозами, алкоголизмом, опийной наркоманией и увеличилось количество обращаемости с зависимостью от психостимуляторов и других синтетических наркотиков.

Опыт применения новых методов диагностики и лечения поделились специалисты из Ярославской и Калининградской областей.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».
Алтайский край.

Инициатива

«Выживаемость» знаний
снижает смертность населения

Специалисты Бурятского республиканского центра медицинской профилактики им. В.Р.Бояновой считают, что между этими явлениями существует прямая зависимость.

Главный врач РЦМП Ольга Мадасова выступила с докладом на заседании регионального отделения Общественного совета по защите прав пациентов при территориальном Управлении Росздравнадзора. Она рассказала о том, как влияет информирование населения на снижение смертности от основных причин, и о механизмах, определяющих эффективность этого информирования. Следует подчеркнуть, что выводы и рекомендации докладчика основаны исключительно на собственном опыте.

– За 3 года целенаправленной работы всей системы здравоохра-

нения Республики Бурятия отмечается снижение общей смертности населения на 8,5%. В сравнении с 2014 г. на 8,7% снизился и имеет хорошую положительную динамику показатель смертности от болезней системы кровообращения, – отметила О.Мадасова, подчеркнув, что значительную роль в этом успехе сыграло информирование населения.

Стратегия такой работы должна быть многоуровневой, подчеркнула главный врач центра. Это не только информирование населения напрямую через СМИ, Интернет или с помощью листовок, плакатов и буклетов, но также организация школ здоровья для разных целевых групп и обучение специалистов лечебной сети навыкам эффективного профилактического консультирования пациентов.

По словам О.Мадасовой, в центре сформирован план снижения

смертности от основных причин, в соответствии с которым и ведётся информационно-профилактическая работа. В этом перечне следующие направления: цереброваскулярные болезни, ишемическая болезнь сердца, онкологические заболевания, болезни органов дыхания и пищеварения, туберкулёз, несчастные случаи на дорогах. В зависимости от поставленной задачи и целевой аудитории выбираются наиболее эффективные каналы коммуникации.

– К разработке плакатов, буклетов, памяток помимо врачей привлекаются и психологи. Это повышает уровень усвоения и «выживаемость» знаний у пациента, – заключила Ольга Мадасова.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Улан-Удэ.

Перспективы

Готовятся «скорые»
специально для северных регионов

Президент РФ на недавней встрече с губернатором Магаданской области Владимиром Печёным поддержал его предложение о запуске серийного производства новой модели «скорой», адаптированной к климатическим условиям северных территорий.

Реализация соответствующего проекта на шасси «КамАЗа», но с дополнительным оснащением уже началась в декабре прошлого года.

«Всё-таки в серийном производстве нет автомобилей для наших дорог, для нашего сурового климата. И мы с КамАЗом разработали техническое задание

на производство автомобиля скорой помощи на базе высокопроходимого шасси «КамАЗа», но с дополнительным оснащением. Сегодняшний статус – шасси изготовлены, фургон изготовлен, идёт оборудование автомобиля. И я просил бы вас поддержать и поручить Минздраву вместе с Минпромторгом рассмотреть впоследствии, после испытаний в Магаданской области, возможность запуска в серию нашего российского высокопроходимого автомобиля скорой помощи, – сказал В.Печёный. – Мы просили у заводчан сделать их в северном исполнении. Они постарались поставить двойное остекление, вторые печки. И этот процесс до-

статочно хорошо идёт. Водителям машины понравились».

В.Печёный доложил также, что по поручению главы государства регионом в этом году за счёт бюджета приобретено 10 специальных автомобилей. Приобретены также реанимационный модуль на вертолёт МЧС, который может оказывать помощь, в том числе, в акватории Охотского моря, и вездеходная техника.

Согласно недавнему распоряжению Правительства РФ на закупку машин «скорой» и их поставку в регионы Минпромторг получил 3 млрд руб.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Однако

Увлечение игрой в покер может увеличить риск развития психических расстройств у детей до 14 лет, считают в Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков столичного Департамента здравоохранения.

Психика детей под угрозой

«Есть основания для беспокойства, потому что виртуальная реальность у детей до 13-14 лет способна полностью вытеснить реальность, и они могут вообще отказаться от общения, от обычных детских интересов. У детей до старшего подросткового возраста нет чувства меры, они склонны увлекаться целиком и полностью», – рассказала старший психолог центра Ольга Серебровская.

По её словам, в настоящее время большое количество детей имеют склонность к расстройствам и пограничное состояние психики. Из-за чрезмерного увлечения покером они могут не просто потерять интерес к реальной жизни, но и рискуют получить психические расстройства.

О.Серебровская сообщила, что на телефон доверия столичного Единого центра защиты детей начали поступать звонки от обеспокоенных родителей. Они отмечают, что после увлечения

игрой их дети потеряли интерес к тому, чем занимались раньше. Из-за этого многие взрослые волнуются, как ребята смогут вернуться к учёбе.

Главный детский психиатр Департамента здравоохранения Москвы Анна Портнова пояснила, что простой запрет играть в покер может привести к ссорам и обману в семье. По её мнению, родителям стоит предложить ребёнку интересную альтернативу игре. Это может быть спортивная секция, совместное времяпрепровождение, поездки по интересным местам, на природу.

К началу августа число увлекающихся мобильной игрой дополненной реальности «Покером», которая появилась в Москве в июле, достигло в столице 1,37 млн человек. Первыми странами, где было выпущено приложение, были Австралия, Новая Зеландия и США.

Иван МЕЖГИРСКИЙ,
МИА Cito!

Назначения

В Северной Осетии –
новый министр

Медицинскому сообществу Республики Северная Осетия – Алания представлен новый глава регионального Минздрава Михаил РАТМАНОВ, до этого назначенный руководителем Департамента здравоохранения Ивановской области.

Отвечая на вопросы журналистов, новоиспечённый врио министра здравоохранения республики пояснил, что его приезд инициирован правительством Северной Осетии, и за 2 недели пребывания здесь он успел посмотреть многие лечебные учреждения и оценил состояние республиканского здравоохранения как удовлетворительное.

На вопрос о перспективах развития здравоохранения в этой республике Северного Кавказа Михаил Александрович сказал следующее: «За время моей работы и в Ивановской, и в Московской областях был применён ряд медицинских технологий организации здравоохранения, которые позволили достаточно быстро получить хорошие результаты в виде снижения смер-

ности, заболеваемости, повышения удовлетворённости населения качеством оказания медпомощи. Хотелось бы, чтобы пациент, попадая в лечебное учреждение, чувствовал себя защищённо и комфортно. Всем этим мы будем заниматься в Северной Осетии».

Медицинское образование М.Ратманов получил в Ивановской государственной медицинской академии, по специализации – хирург.

Врио председателя правительства республики Таймураз Тускаев, который присутствовал на церемонии, поблагодарил экс-министра здравоохранения Таймураза Ревазова за хорошую работу и пожелал ему успехов на новом поприще. В должности директора Северо-Осетинского медицинского колледжа он «будет воспитывать новые поколения профессиональных кадров для здравоохранения».

От Михаила Ратманова правительство ждёт новых методов организации производства и новых технологий, которые повысят качество жизни граждан республики.

Соб. инф.

Конкурсы

Ждут победителей

Премия Национальной медицинской палаты уже несколько лет считается одной из престижных и авторитетных. В эти дни её рабочая группа приступила к рассмотрению присланных материалов. Уже получено более 150 заявок из 40 регионов Российской Федерации.

Лидером по числу представленных на конкурс номинантов стал Уральский федеральный округ. От него поступило уже около 50 заявок. В соревновании активно участвуют Ямало-Ненецкий и Ханты-Мансийский автономные округа, Челябинская, Свердловская и Тюменская области. Не отстают от них представители Центрального федерального округа, которые подали свыше 40 заявок. В борьбе

за премию участвуют номинанты из Москвы, Московской, Белгородской, Воронежской, Курской, Рязанской, Смоленской и других областей.

Из Приволжского федерального округа заявок от номинантов поступило поменьше, но желание победить у них огромное.

Организаторы конкурса считают, что его проведение – возможность не только вернуть доверие к медицинским работникам, но и привлечь внимание к необходимости решения проблем.

Выдвигать кандидатов и отбирать достойных будут медицинские работники, представители СМИ, территориальные и профессиональные объединения.

Соб. инф.

Здоровая жизнь

Лишние килограммы губительны

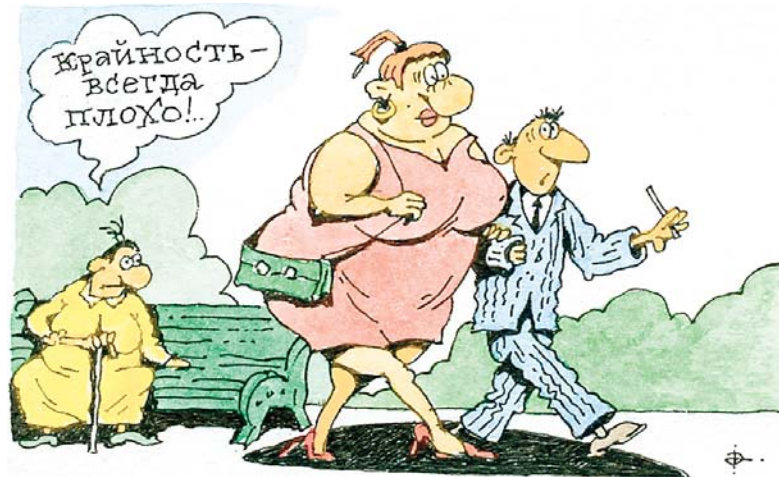
С уменьшением веса снижается риск смерти

Риск смерти до 70 лет увеличивается среди мужчин, страдающих ожирением, до 30%, среди женщин – до 15%. Об этом свидетельствуют результаты глобального исследования ВОЗ, в котором приняли участие около 4 млн человек из 189 стран.

Это люди в возрасте от 20 до 90 лет, наблюдения за которыми продолжались в течение 5 лет. С нормальным весом до 70 лет, согласно данным этого исследования, не доживают 19% мужчин и 11% женщин.

Ричард Пето из Оксфордского университета отмечает, что уменьшение веса на 10% позволяет снизить риск преждевременной смерти на 10% у женщин и на 20% у мужчин.

Пока исследователям не удалось понять, почему лишний вес в большей степени губителен для мужчин, чем для женщин. Хотя одно из предыдущих исследований показало, что риск развития диабета и инсулинорезистентности у мужчин выше, чем у женщин. Возможно, что это также влияет на продолжительность жизни.



Так или иначе, но избавление от лишних килограммов принесёт пользу представителям обоих полов. В то же время исследователи пришли к выводу, что и недостаток веса также ассоциирован с повышенным риском преждевременной смерти.

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, распространение ожирения в мире

приобретает характер эпидемии. В этом году ВОЗ сообщила, что количество живущих на планете толстых людей впервые превысило количество худых. Многочисленные исследования уже подтвердили, что лишний вес вызывает проблемы с сердцем, может спровоцировать развитие диабета и даже рака.

Валентина МАЛОВ,
МИА Cito!

На федеральном уровне сегодня вновь активно обсуждается вопрос о массовом строительстве доходных домов, призванных обеспечить доступным съёмным жильём людей с невысоким материальным достатком. При этом единого представления о том, каким должен быть этот проект, коммерческим или всё же социальным, нет.

При господдержке

Развивать рынок арендного жилья и сдавать его по социальным ценам строительные компании не хотят: возврат средств в этом случае будет длительным, а им нужны «быстрые» деньги. Поэтому федеральные власти заговорили о строительстве государственных доходных домов. И в качестве возмездного собственника такой недвижимости назвали ОАО «Агентство по ипотечному жилищному кредитованию». Но генеральный директор этой структуры господин Плутник в недавнем интервью «Российской газете» заявил, что цены на «доходное» жильё АИЖК также будут рыночными. В чём же тогда будет выражаться государственная поддержка малообеспеченных граждан? В том, что качество этого жилья будет несопоставимо с тем, что предлагает частный сектор? Но для многих арендаторов такие «нюансы» и сейчас – непозволительная роскошь...

В Кемеровской области начатое в 2009 г. строительство доходных домов сразу же стало социальным проектом. В 2011 г. его выделили в отдельную подпрограмму региональной программы «Жилище». В 2014-м он стал частью государственной программы «Жилищная и социальная инфраструктура Кузбасса».

Экономный старт

Сама идея проекта возникла потому, что надо было привлечь в города и районы области молодые квалифицированные кадры. Сегодня в Кузбассе действует уже 12 доходных домов. Три из них находятся в Новокузнецке, два – в Ленинске-Кузнецком, по одному – в Прокопьевске, Кемерово, Крапивинском районе, Юрге, Анжеро-Судженске, Мысках и Белово. В общей сложности здесь проживают 689 семей бюджетников: учёные, врачи, учителя, работники культуры, спорта, ЖКХ, а также студенческие семьи.

Ещё на старте проекта было заявлено, что снимать квартиры в доходном доме молодые люди смогут не более 5 лет. Стоимость аренды, доходы от которой по-

Кагры

Привлекают доходные дома

Этот принцип взят на вооружение в Кузбассе

ступают в местные бюджеты, была установлена в разы ниже рыночной. Плюс к этой сумме арендаторы вносят ещё коммунальные платежи. Но всё равно их расходы не сопоставимы с теми, которые несут люди, арендующие жильё у частных. Арендная плата за «двушку» в доходном доме Белово, например, сданном в начале 2016 г., не превышает сегодня 800 руб. в месяц. Тогда как на свободном рынке недвижимости она доходит до 8-12 тыс. руб. В Кемерово социальная аренда 2-комнатной квартиры обходится в районе 2,5 тыс. руб., тогда как коммерческая аренда – в районе 17-20 тыс. руб.

Идея проекта заключалась в том, чтобы позволить молодой семье за 5 лет накопить деньги если не на покупку собственного жилья, то хотя бы – на первый взнос по ипотеке. И выехать из доходного дома, освободив «стартовую» квартиру для других молодых специалистов.

В некоторых доходных домах срок льготной аренды уже истёк или закончится в ближайшее время. Удалось ли в принципе запустить процесс переездов и если да, насколько активно он идёт?

С поправкой на реалии жизни

В большинстве территорий Кузбасса проект «доходный дом» заработал так, как и предполагалось изначально: привлёк врачей, учителей и других представителей бюджетной сферы.

Своего рода сбой случился только в Новокузнецке. Весной этого года арендаторы, уже прожившие на льготных условиях 5 лет, возмутились резким повышением аренды. Администрация города вынуждена была создать комиссию по работе с жильцами, и выяснилось, что некоторые молодые семьи плохо знают свои права и обязанности. Были выявлены факты сдачи квартир в субаренду, а также факты накопления долгов по квартплате... В итоге с 11 семьями договоры аренды были расторгнуты, ещё 150 арендаторов уведомили о том, что они должны съехать до конца года.

Но в целом, повторимся, с поставленной задачей доходные



Доходный дом для бюджетников в Кемерово. Льготная аренда в таком доме – дополнительный стимул к рождению детей

дома справились. Причём заметнее всего они повлияли на решение кадровой проблемы в здравоохранении. В посёлке Зеленогорский Крапивинского района, например, в апреле 2012 г. в распоряжение медиков отдали весь 18-квартирный доходный дом. В городе Ленинск-Кузнецкий в 2013 г. – весь «24-квартирник»...

Однако перебраться отсюда на собственные «метры» смогли в основном лишь те, кому обстоятельства благоприятствовали. В Кемерово оформить ипотеку за 5 лет смогли только 3 семьи из 8 первоначальных арендаторов. Ещё 2 выехали из доходного дома благодаря беспроцентным жилищным займам. (В Кузбассе действует областная программа для талантливой молодёжи, работающей в бюджетной сфере: особо отличившиеся могут рассчитывать на льготные жилищные займы под 0,3 или 5% годовых сроком на 20 лет.)

Однако ещё два кемеровских доктора в настоящее время находятся в отпуске по уходу за ребёнком, а когда работает один муж, не до покупки квартиры... В Управлении здравоохранения Кемерово пояснили, что этим семьям, вероятно, предложат переехать во

временное жильё, предоставляемое на условиях социального найма. Оно менее комфортное, чем в доходном доме, но это лучше, чем снимать квартиру на коммерческих условиях.

В Прокопьевске доходный дом сдали в августе 2011 г. А уже через год город реконструировал здание бывшей женской консультации, превратив его в жилой фонд, и 8 семей медиков бесплатно переехали сюда из доходного дома с правом дальнейшей приватизации новых квартир. Двум семьям, которые так и не сумели решить жилищную проблему, администрация города просто продлила срок льготной аренды, приняв во внимание, что супруги моложе 35 лет.

В посёлке Зеленогорский счастливыми обладателями собственной 4-комнатной квартиры стала семья Халиулиных (Ирина – врач первичного звена, Вадим – рентгенолог Крапивинской ЦРБ). Но без материнского капитала на второго ребёнка и «земского» миллиона рублей, полученного матерью семейства, новоселье вряд ли состоялось бы... Стоматолог Дмитрий Никитин также стал собственником благодаря программе «Земский доктор». Однако большинство арендаторов «квадратов» в доход-

ных домах своего жилья так и не приобрели, хотя время «Ч» для них уже приближается. Среди них как получатели «земского» миллиона, потратившие деньги на другие нужды (ограничения на этот счёт законом не предусмотрены), так и врачи, не попавшие в программу «Земский доктор».

Заместитель главы Крапивинского района по ЖКХ Пётр Чебокинов признаёт, что ситуация непростая. Формально администрация должна будет или выселить медиков, освободив квартиры для новых специалистов, или повысить арендную плату. Но и в том, и в другом случае велика вероятность того, что врачи просто уедут из Зеленогорского. А это не в интересах жителей.

Главный врач Крапивинской ЦРБ Владимир Ермолаев напоминает, что и сейчас укомплектованность больницы врачами составляет 52%. А раньше этот показатель вообще был равен 30%. И правильнее было бы предоставлять медикам не квартиры в доходных домах, а жильё на условиях социального найма с последующей приватизацией (после 10 лет отработки)...

Такого же мнения придерживается и главный врач центра охраны здоровья шахтёров (Ленинск-Кузнецкий) Ваграм Агаджанян. Благодаря доходному дому, который был сдан в 2013 г., в центр пришли два десятка молодых врачей. Но смогут ли эти начинающие специалисты через 5 лет приобрести собственное жильё в обычную ипотеку? Вопрос.

Вот и получается, что при нынешнем уровне зарплат молодых медиков (которые вообще-то вполне соответствуют в Кузбассе требованиям майских указов президента РФ) доходные дома становятся не столько «палочкой-выручалочкой», сколько «костылём», без которого социальной сфере просто не выстоять. И это при том, что арендная плата здесь – социальная. А если бы она была рыночной?..

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото
Фёдора БАРАНОВА.

Работают мастера

Это операции на гепатобилиарной зоне – печени, желчном пузыре, поджелудочной железе и двенадцатиперстной кишке. Как правило, пациенты, которым требуются операции на этих органах, больны раком. Прежде амурчанам приходилось ездить для этого в Москву и Санкт-Петербург.

– Анатомически это очень сложная зона, так как там много жизненно важных сосудов, которые нельзя задеть, они очень крупные и ранимые, – объясняет Евгений Брегадзе, главный хирург Минздрава Амурской области, заместитель главного врача Амурской областной клинической больницы по хирургии. – Работа хирурга как раз идёт вокруг этих сосудов и рядом с ними, поэтому точность должна быть ювелирной! И сегодня хирурги областной клинической больницы успешно выполняют такие оперативные вмешательства практически ежедневно.

К сложным операциям врачи АОКБ шли 10 лет, первым шагом стало открытие в медучреждении отделения портальной гипертензии.

С ювелирной точностью

Амурские хирурги освоили операции, которые раньше здесь не выполнялись



– Создавая его, мы одними из первых на Дальнем Востоке начали осваивать подобные операции,

интересоваться у коллег из других регионов страны, как их правильно делать, как они выполнялись в

СССР, в России, на постсоветском пространстве, за границей. Мы детально исследовали эту тему и одновременно учились, – рассказывает Е.Брегадзе. – Нашими учителями были и остаются настоящие корифеи в области гепатологии, по сути, её основоположники в нашей стране – Владимир Александрович Вишневский и Эдуард Израилевич Гальперин. Мы вступили в Российское общество хирургов и гепатологов и теперь регулярно принимаем участие в работе хирургических съездов, форумов, которые они проводят. Для таких отдалённых регионов, как наш, это очень хорошая возможность пообщаться с коллегами, перенять передовой опыт, поучиться новым методам и технологиям. Со многими у нас сложились очень хорошие отношения. И сегодня, если возникает такая необходимость, мы советуемся с коллегами из Санкт-

Петербурга, Кирова, Воронежа, Москвы и других регионов.

Пациентов, которые нуждаются в операциях на печени, желчном пузыре, поджелудочной железе и двенадцатиперстной кишке, в Амурской области много. Это связано с улучшением в регионе диагностики болезней. В лечении таких больных применяются современные методики, в том числе и малоинвазивные (менее травматичные). Часть этих операций относится к разряду высокотехнологичных. Вместе с Е.Брегадзе их выполняют известные в регионе хирурги Владимир Омельченко, Дмитрий Пикиль, Геннадий Гончарук и Леонид Мушта.

Сейчас врачи АОКБ начали сотрудничество по выполнению операций на гепатобилиарной зоне с коллегами из областного онкологического диспансера. Специалисты этих медучреждений уже провели несколько совместных операций и в дальнейшем планируют продолжать эту работу.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

От сибирской язвы в Ямало-Ненецком автономном округе уже иммунизированы более 11 тыс. человек и свыше 200 тыс. голов северных оленей. Из инфекционного отделения Салехардской ОКБ выписаны 76 человек, в том числе 46 детей, готовятся к выписке ещё 20 человек, 9 из которых – дети.

Эти данные приводит Департамент здравоохранения ЯНАО, который рассчитывает полностью снять карантин по сибирской язве до 1 сентября. Тундровики переправлены вертолётами из окружной столицы в Ямальский район, где кочевники вернулись к традиционным местам проживания на чистой территории.

В больнице Салехарда ещё находятся 22 тундровика из Ямальского района, в том числе 11 детей. Один человек скончался от болезни.

Вспышка сибирской язвы была зафиксирована в конце июля, и вскоре в Ямальском районе ЯНАО был введён карантин. Из карантинной зоны были вывезены 63 кочевника, 40 человек госпитализированы. Для ликвидации последствий заболевания в регион было направлено более 200 военнослужащих, около 30 единиц техники, а также армейский комплекс аэрозольной дезинфекции «Орлан», способный обрабатывать дезинфицирующим раствором до 50 единиц техники в час. Привиты и олени – более 200 тыс. голов.

МЧС и Минобороны России уже ликвидировали последствия вспышки: с 29 июля по 15 августа уничтожены туши заражённых животных, проведена дезинфек-

Санитарная зона

Суровое время для Ямала

Карантин здесь могут снять на днях



ция мест их сжигания, население поражённых районов временно вывезено в тундру, сообщил губернатор округа Дмитрий Кобылкин.

«На сегодня уже проведена реэвакуация местного населения в места традиционного проживания, в чистую тундру, люди выписываются здоровыми из Салехардской больницы и возвращаются домой», – проинформировал глава арктического региона.

Чтобы убедиться в полном отсутствии трупов павших животных, инициирована контрольная

авиаразведка. Общее количество уничтоженных оленей достигло 2349. «Контрольные пробы земель подтверждают отсутствие инфекции в очаге», – отметили в Минобороны России.

Вместе с тем из-за сибирской язвы на карантин закрыт ещё один район Ямала – Тазовский, где подтверждено заболевание сибирской язвой у погибшего в районе месторождения оленя. Речь идёт о нефтегазоконденсатном месторождении «Паяхинское». Погибшее животное там нашли в начале августа, но известно о нём стало значительно

позже. Эта территория находится вне карантинной зоны. В правительстве автономного округа отрицают версию, что это новый очаг. Предполагается, что в гибели животного виновата вакцина.

В Тазовском районе ЯНАО не зафиксировано случаев заболевания людей сибирской язвой, вспышка которой произошла в соседнем Ямальском районе, сообщил главный врач Тазовской ЦРБ Эльдар Фараджев. Тем не менее 19 августа здесь вступило в силу распоряжение губернатора автономного округа «Об установлении ограничительных мероприятий (карантина) на территории выпаса северных оленей в районе НГКМ «Пяхинское» Тазовского района».

Около 6 тыс. сотрудников ПАО «Лукойл» и АО «Транснефть» были привиты против сибирской язвы, сообщили в окружном Управлении Роспотребнадзора.

«Потенциально опасных природных очагов сибирской язвы много и у нас в стране, и в Европе, – заявил Михаил Лебедев, врач-консультант по лабораторной диагностике Центра молекулярной диагностики Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора. – Источником инфекции может стать любой старый скотомогильник, покой

которого каким-либо образом был нарушен».

Учитывая это, в Пензенской области, например, решено усилить профилактику сибирской язвы. Медицинские организации региона должны находиться в постоянной готовности к выявлению больных и проведению комплекса противоэпидемических мероприятий в очагах инфекции.

Вакцинация оленеводов пройдёт в конце августа и в Инте. В свете трагических событий на Ямале местной санитарно-противоэпидемической комиссией принято решение усилить работу по обеспечению безопасности животных и людей, работающих с ними.

Проверки захоронений скота, заражённого сибирской язвой, начались в Крыму, сообщила официальный представитель Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору Юлия Мелано.

В Тамбовской области существует риск возникновения сибирской язвы, сказал и главный государственный санитарный врач региона Владимир Агафонов. В связи с этим уже закуплено 1,7 доз вакцин, тамбовчан начали прививать против сибирской язвы.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Проекты

Союз педиатров России разработал профессиональный стандарт для участковых педиатров. В документе подробно описаны знания и умения, которыми должны обладать эти специалисты. В частности, указано, что детские врачи обязаны находить контакт с ребёнком и его родителями и составлять генеалогическое древо в пределах трёх поколений родственников, начиная с больного ребёнка.

В профессиональном стандарте детально описано 5 трудовых функций участковых педиатров: диагностическая, лечебная, реабилитационная, профилактическая и организационная. А в разделе необходимых умений, например, подробно описано, как нужно оценивать состояние и самочувствие ребёнка: осмотреть и оценить кожные покровы, выраженность подкожно-жировой клетчатки, ногти, волосы, видимые слизистые, лимфатические узлы, органы и системы организма ребёнка, физическое и психомоторное развитие детей.

«Как известно, в прошлом году был утверждён «корневой» стандарт «Специалист по педиатрии». В соответствии с документом педиатр может занимать 34 должности, в том числе трудиться в должности участкового педиатра, – прокомментировал новый стандарт председатель исполкома Союза педиатров России, главный педиатр Минздрава России, директор Научного центра здоровья детей, академик РАН Александр Баранов. – Актуальность разработки профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» в том, что, с одной стороны, современная отраслевая модель делает больший акцент не на стационар,

Новый стандарт педиатра

Детские врачи обязаны находить контакт с ребёнком

а на амбулаторно-поликлиническое звено, и в нём участковый педиатр (как и участковый терапевт для взрослых пациентов. – **Я.Я.**) является центральной фигурой. С другой стороны, уже в будущем году вступает в силу первичная аккредитация выпускников педиатрических факультетов. Большая часть из них сразу после окончания вуза пойдёт работать в первичное звено в связи с упразднением интернатуры. Трудовые функции, умения и знания, предусмотренные разработанным профстандартом, лягут в основу подготовки оценочных критериев для аккредитации выпускников».

Эксперт выразил уверенность, что новый стандарт систематизирует базовый алгоритм деятельности уже работающих специалистов. Также на основании профессионального стандарта врачи смогут сами планировать свой профессиональный рост. «Участковые педиатры просто обязаны повышать свою профессиональную квалификацию по всем узким направлениям в педиатрии на регулярной основе. Ведь они занимаются детьми с острыми и хроническими патологиями, а также с отклонениями в состоянии здоровья. Медицинская наука не стоит на месте – сегодня недостаточно пройти сертификацию один раз в 5 лет», – подчеркнул главный педиатр страны, отметив, что профессиональный стандарт имеет



большое значение и для работодателей – главные врачи детских поликлиник смогут планировать мероприятия по профессиональному росту участкового педиатра, а также более систематизировано контролировать его работу.

Примечательно, что новый профессиональный стандарт будет находиться в открытом доступе, и родители смогут узнать, какие конкретно функции должен выполнять участковый педиатр. Это, в свою очередь, станет дополнительным стимулом для

врачей ещё лучше выполнять свои обязанности.

С академиком не совсем согласна руководитель отделения нейрохирургии и нейротравмы НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения Москвы Жанна Семёнова, которая заметила, что аналогичная практика разработки профессиональных стандартов в педиатрии уже много лет существует на Западе, в экономических развитых странах. В то же время она считает, что

внедрение стандартов предполагает рациональный подход к лечению с максимально возможным хорошим результатом. Тем не менее, по мнению специалиста, новые стандарты вызывают определённые опасения с точки зрения инструмента контроля за лечением.

«Полагаю, что разработанные стандарты не должны стать инструментом давления на врачей. Важно помнить, что качество лечения – это не только следование стандартам. Пациент, особенно маленький, – это целый мир, и вопрос персонализированного подхода к каждому больному никто не отменял. Стандарты – это своего рода «путеводитель», помогающий выбрать наиболее оптимальный объём лечения, а искусство врачевания остаётся вечным», – говорит Ж.Семёнова.

В свою очередь, директор по развитию системы профессиональных стандартов НИИ труда и социального страхования Ирина Волошина заявила, что профессиональный стандарт «Врач-педиатр участковый» положительно будет принят до конца нынешнего года. После общественного обсуждения и внесения правок Минтруда направила проект в Национальный совет по профессиональным квалификациям, после чего последует официальная регистрация в Минюсте.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!

Проекты

Доноры нужны всегда

Они получают государственную поддержку

В России за год заготавливается около 2 тыс. т донорской крови. Пресс-конференция по итогам реализации проекта «Права донора и реципиента. Развитие системы общественного контроля в сфере донорства крови» прошла в Москве.

«Проект по развитию системы общественного контроля в сфере донорства крови реализован Национальным фондом развития здравоохранения в 2015-2016 гг., – рассказала директор Национального фонда развития здравоохранения, заместитель руководителя Координационного центра донорства крови при Общественной палате Российской Федерации Елена Стефанюк. – Мы работали по нескольким направлениям: совершенствование нормативной правовой базы в сфере донорства крови и её компонентов; создание бесконфликтной среды в сфере донорства крови, информационно-разъяснительная, консультативная работа с донорами, с медицинским сообществом, в том числе о рациональном использовании донорской крови и её компонентов в клинической практике».

Проект был реализован на средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ и на основании конкурса, проведённого движением



«Гражданское достоинство». Также Е.Стефанюк выразила надежду, что работа по развитию безвозмездного регулярного донорства в стране будет сохранена.

Как сообщила начальник Управления организации службы крови ФМБА России Ольга Эйхлер, все станции переливания крови в нашей стране заготавливают свыше 1800 тыс. т донорской крови и её компонентов в год. Существует также и небольшой запас свежезамороженной плазмы крови, которая имеет срок хранения до 3 лет. Необходимо помнить, что во время чрезвычайных происшествий потребность в донорской крови увеличивается, поэтому в таких ситуациях неравнодушным людям стоит иногда посещать станции переливания. Также спикер сообщи-

ла, что Правительство РФ планирует индексировать в 2017 г. ежегодную выплату почётным донорам крови и её компонентов по инфляции сразу за 2015-2016 гг. В настоящее время ежегодная выплата почётному донору составляет 12 473 руб., право на которую сегодня имеют более 583 тыс. человек.

В то же время, акцентировали участники встречи, ставится задача минимизировать потребности в крови, поскольку возникает ряд осложнений после её переливания. Развитие получают такие направления, как программа бескровной хирургии, использование кровосберегающих технологий, а также аутодонорство, когда во время операции пациент получает компоненты собственной крови. Успехом донорства выступают также рациональную трансфузию, при условии снижения рисков, связанных с этим видом донорской помощи.

Все участники пресс-конференции отметили, что в настоящее время донорство в России вышло на такой уровень, который позволяет в целом обеспечивать потребности операционных, но подчеркнули, что его нужно сохранить.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

События

Новое звено

На страже мужского здоровья

В Южно-Сахалинске на базе Консультативно-диагностического центра открывается центр мужского здоровья. Этот шаг, считают в Минздраве региона, поможет комплексно обследовать и лечить мужское население острова.

Новое звено расположится на 5-м этаже учреждения. Пока приём будут осуществлять в 4 кабинетах. Представители сильной половины смогут проконсультироваться как у обычного уролога, так и у специализированных специалистов: уролога-андролога и уролога-онколога. Также приём будет вести ещё и врач-сексолог. На стражу мужского здоровья планируют привлечь кардиологов и эндокринологов. Для центра организуют кабинет приёма спермы для диагностики, задействуют лабораторию и соседние отделения.

В планах наладить приём семейных пар по вопросам деторождения. Руководством консультативно-диагностического центра уже налажен контакт с Институтом урологии Москвы. Столичные медики будут принимать сахалинских пациентов. Причём, возможно, улететь с острова не придётся. Сейчас в КДЦ прорабатывают

возможность проводить с коллегами телеконсультации.

Все обследования мужчины смогут получать в рамках ОМС. Записаться на приём к специалистам можно будет через администратора, который расположится здесь же – на 5-м этаже КДЦ.

На этом приятные новости для сахалинцев, которые привыкли следить за здоровьем, не заканчиваются. В сентябре на базе КДЦ откроют ещё один, уже шестой по счёту, центр профилактики и диагностики первичных и вторичных заболеваний сердечно-сосудистой системы. В новом отделении соберут команду кардиологов, которые займутся обследованием пациентов, выявлением факторов риска и консультацией тех, кто уже пережил инфаркт или инсульт.

Два новых центра, которые откроются в сентябре, встанут в одну линейку с уже существующим квартетом центров, работающих на базе КДЦ. Такую глобальную централизацию медицинского обслуживания в этом медучреждении Южно-Сахалинска проводят уже несколько лет.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

Новости

Попечителя поддержали единогласно

В Омском государственном медицинском университете состоялось заседание попечительского совета, на котором были заслушаны отчёты руководителей вуза о результатах проделанной в его стенах работы в минувшем учебном году. Речь шла и о показателях выпуска студентов в отчётный период. Последнее было особенно интересно попечителям. Они, например, узнали, что государственную аккредитацию в 2015-2016 гг. успешно прошли выпускники стоматологического и фармацевтического факультетов.

Но на этом заседание попечительского совета не завершилось. Речь зашла и о проблемах, которые испытывает медуниверситет в последнее время. Одна из самых болевых – дополнительный целевой набор студентов, что вызвало бурную дискуссию, завершившуюся решением попечителей обратиться к губернатору Омской области Виктору Назарову с просьбой о дальнейшей совместной проработке модели по расширению целевых мест.

Исполняющий обязанности ректора Омского ГМУ профессор Виталий Охлопков рассказал о перспективах развития университета. Это и разработка стратегии и технологии реализации сетевых образовательных программ с вузами-партнёрами по научно-образовательным кластерам, и развитие взаимодействия с Сибирским кластером медицинских вузов, и повышение академической мобильности преподавателей и обучающихся за счёт расширения международных обменов с вузами-партнёрами, а также внутри кластеров, и создание ресурсных центров. Наконец, развитие колледжа Омского ГМУ. Как, впрочем, и доступной среды для лиц с ограниченными возможностями здоровья...

Заседание попечительского совета длилось не один час, а закончилось решением всех его членов поддержать кандидатуру Виталия Охлопкова на предстоящих выборах ректора Омского государственного медицинского университета.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Продолжаем разговор

В «Медицинской газете» № 54 от 22.07.2016 вышло интервью «Нынешняя траектория образования слишком жёсткая», в котором директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова отвечает на вопросы обозревателя «МГ» Елены Буш.

Убедён, медицинское хирургическое сообщество должно включиться в обсуждение данного вопроса и вынести своё, сугубо профессиональное мнение. Давайте разберём логику грядущих перемен. А они обязательно будут.

Нас убеждают, что после вузовское образование изменяется под сегодняшние реалии. С позиции заведующего хирургическим отделением центральной районной больницы главные сегодняшние реалии заключаются в том, что резко сократился приток врачей в хирургическую специальность. В руководимом мною отделении старшему врачу 75 лет, следующему 64 года, мне – 54, ещё двоим коллегам по 40 лет. И ни одного врача моложе! Хотя рядом четыре медицинских вуза: в Белгороде, Курске, Воронеже и Орле. Правда, был у нас один молодой врач, отработал 4 года и... ушёл в бизнес.

Следующее положение статьи: «один год в интернатуре и два года в ординатуре – недостаточный срок в части освоения всего спектра мануальных навыков, чтобы стать самостоятельными оперирующими хирургами». И нам в пример опять приводят образование в Европе, где 13 лет готовят торакального хирурга. Нужна ли нам Европа как пример для подражания? Думаю, нет. Известно, что качество подготовки врачей за последние годы резко снизилось, и прежде всего благодаря «оптимизации и модернизации», внедрению тестовой системы контроля знаний, а также отдалению студентов от работы у постели больного и в операционной. Неужели врачи-

Где же молодые специалисты?

В поисках путей повышения качества подготовки врачей



Какие врачи придут к нам завтра?

хирурги, получившие образование в СССР, так уж плохи? Я так не думаю. В моём отделении таких большинство, и только на них держится служба.

Давайте вспомним преимущества отечественного медицинского образования. Шестой год – субординатура: мы работаем в отделении, у нас палаты, мы уже врачи. Истории болезней, обходы, клинические разборы, дежурства. Мы бывали в операционных больниц скорой помощи, работали санитарями и медсёстрами, и нас шатало от усталости после дежурства. Зато в интернатуру мы приходили с хорошим багажом знаний и навыков, а после интернатуры все работали врачами, кроме тех, кто начинал заниматься наукой.

Сейчас департамент затевает очередной виток перемен. Но, может, вначале уточним, какой процент выпускников медицинских вузов остаётся в специальности? Нельзя повысить качество образования путём неоправданного удлинения сроков обучения. Надо просто хорошо учить! Учить и требовать! Как сказал один хороший хирург, если не давать студенту ничего делать руками, можно и 20 лет

его учить, а всё равно ничему не научишь.

Одной из лучших практических школ для хирургов является работа в ЦРБ. Молодого врача здесь учат и строго спрашивают с него, для того чтобы он лишней раз не вызывал «старших» по простым клиническим случаям. Зато вокруг сложных пациентов собираются все врачи отделения, и начинается настоящая битва за жизнь человека. Это ли не школа?

И последнее. В статье сказано: «Реализовать желание специализироваться в нынешней жёсткой траектории образования невозможно, потому что мало «смычек». О каких ещё «смычках» идёт речь, если за время обучения будущий врач осваивает все дисциплины, сдаёт по ним экзамены, а затем на 6-м курсе повторяет пройденный материал: хирургия, терапия, акушерство-гинекология по месяцу в осеннем семестре и по месяцу в весеннем. И всё это в ущерб специализации, но в угоду Болонской системе, идеология которой – подготовка семейного врача. Кто-то знает точно, сколько таких врачей нужно нашей стране? Готовы ли районы,

города и областные центры их принять? Давайте сначала посчитаем реальную потребность, зачем же сразу рушить лучшее образование и лучшее здравоохранение?

Что нужно сделать, чтобы повысить качество подготовки врачей? Каждый из нас может высказать свою точку зрения, а Российское общество хирургов затем должно сформулировать наше коллективное мнение и представить его в Минздрав. Что касается моей точки зрения, она такова. Первое: необходимо возобновить государственное распределение выпускников. Второе: будущий врач должен обязательно учиться, работать санитаром или медбратом (медсестрой) и заниматься наукой. Третье: нужно повысить зарплату преподавателей. Недопустимо, когда доцент-хирург и профессор травматолог-ортопед получают 17-18 и 22-25 тыс. руб. соответственно. И, наконец, четвёртое: следует повышать качество медицинского образования в рамках привычных, проверенных годами и испытаниями (в частности, Великой Отечественной войны) сроков обучения.

Если Минздрав России будет проводить голосование по изменениям в системе образования в том виде, как это представлено в интервью, я скажу «нет». Потому что, на мой взгляд, подобные изменения резко ухудшат состояние хирургической службы здравоохранения.

Вячеслав БИЛИЧЕНКО,
заведующий хирургическим
отделением
Прохоровской ЦРБ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Белгородская область.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Отрадно заметить, что «Медицинская газета» часто публикует содержательные материалы правовой и биоэтической направленности, посвящённые теме искусственного прерывания беременности. Дискуссия касается действительно очень сложной проблемы, имеющей две непримиримые точки зрения – консервативную и либеральную. Масло в огонь подливает острота вопроса: жёсткий демографический кризис, уязвимое социальное положение людей, юридическая неопределённость прав, свобод и обязанностей... Всё это мы обсуждали со студентами-медиками на занятиях по пренатальной педагогике и психологии, проходивших в течение 18 лет в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова. Продолжим этот разговор.

Беречь и воспитывать будущую мать

Несомненный авторитет в данной области – заместитель директора Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, заведующая кафедрой репродуктивной медицины и хирургии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, главный акушер-гинеколог Минздрава России, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ Лейла Адамян. В своём глубоком интервью «Женщин надо беречь» (см. «МГ» № 40 от 03.06.2016) она искренне высказывается о достижениях и недоработках нашей акушерско-гинекологической службы.

Лейла Владимировна убеждена, что морально-нравственные моменты всегда и во всём обязаны стоять во главе угла. Любые новшества следует вводить в жизнь, отвечив на вопросы, насколько это этично, необходимо, безвредно для тела и души. Подход к здоровью не может быть чисто гинекологическим, онкологическим, андрологическим, но – обязательно мультидисциплинарным, комплексным. «Уже яйцеклетка должна быть под охраной государства, поэтому плод рассматривается нами сегодня в качестве полноценного пациента... Наша цель – донести до вступающей на путь беременности женщины, что она ответственна за здоровье будущего ребёнка. Вот когда главным нашим пациентом становится плод».

«Мне всегда больно, – признаётся Л.Адамян, – когда я вижу, как женщина собственными руками рушит своё здоровье, например, когда беременная курит да ещё пьёт пиво или другие спиртные напитки. Но опять же я не воспитываю этих женщин, читая им или их лечащим врачам лекции. Я просто констатирую факт, что это сопряжено с огромным процентом уродств. Хочешь уродливого ребёнка? Хочешь, чтобы любимое дитя уже в утробе стало наркоманом или пьяницей? Хочешь, чтобы твой наследник был бесплодным? Тогда кури, пей, гуляй!»

Но много ли тех, кто прислушивается к этому крику души? К сожалению, из учебных программ медицинских вузов и колледжей безжалостно сокращают образовательные модули, посвящённые духовным и психологическим основам здоровья и здорового образа жизни, нравственно-просветительской деятельности врача по профилактике заболеваний и реабилитации пациентов. Конечно, уменьшение учебных планов проводится не от хорошей жизни и обусловлено острым бюджетным дефицитом.

На мой взгляд, даже в наших вопиюще кризисных условиях необходимо изыскать резервы и усилить такие образовательные программы. Их цель чрезвычайно важна – формирование безопасной модели сексуального и репродуктивного поведения студентов, которые впоследствии будут работать с пациентами и передавать им свой опыт. Уверен, что в каждом медицинском вузе нужно создать

Продолжаем разговор

Аборт: откровенно о спорном

Можно ли сойтись консерваторам и либералам?



особую кафедру, занимающуюся проблемами нравственного воспитания, биоэтики и деонтологии. На это грешно жалеть финансовые средства и учебные часы! Это окупится сторицей!

И как тут не вспомнить знаменитые сатирические монологи Аркадия Райкина о воспитании ребёнка, который «родителей не видел, но он про них знал». Мать вынуждена идти на работу и просит знакомого милиционера: «Товарищ сержант, если Славик вяжется в драку, вы уж свистните, напугайте ребятешек!» Она просит участкового врача: «Мимо Славика проходить будете, пощупайте ему лобик, не горячий ли. В случае чего на работу мне звякните!» А затем народный артист произносит свою коронную фразу о значении материнского воспитания. Её смысл не устарел и сегодня. Вместо всех этих «свистните» и «пощупайте» дали бы женщине чуть больше побыть матерью. Тогда и денег на перевоспитание не потребовалось бы!

Именно с таких позиций следует анализировать колоссальные усилия врачей по диагностике, лечению и реабилитации пациентов, недуги которых вызваны нездоровым образом жизни родителей. Так что же разумнее и проще: выделять огромные государственные средства для медицинских манипуляций или своевременно заниматься профилактической и нравственно-просветительской деятельностью, образованием и воспитанием подрастающего поколения, особенно из групп риска? Ответ очевиден. Но дело не движется!

Вопрос ребром

Лейла Адамян – категоричный противник абортов. Это душегубство и серьёзный вред организму женщины в виде инфекций, кровотечений, бесплодия, нарушения чувствительности, опухолей и т.д. Аборт – «ураган», разрушающий организм. Иногда слышны настоятельные призывы запретить аборты. Однако опыт показывает, что одними карательными мерами проблемы не решить. «Куда важнее философия мотивации, поощрение, создание условий для повышения рождаемости и ухода за детьми. Половое просвещение, профилактика абортов – насущная задача репродуктологов, всего врачебного сообщества, семьи, общества, государства».

Отношение к абортам кардинально менялось в разные исторические эпохи, в зависимости от религиозных верований, государственных интересов, идеологических установок, экономического положения и т.п. Следовательно, нормы законодательства, экономическая и политическая ситуация, общественные процессы и частные мнения не могут служить объективным критерием правомерности аборта.

Когда на наших семинарских занятиях со студентами-медиками мы подходили к этому заключению, неизбежно вставал вопрос: а где же выход? Что является тем единственным объективным критерием, который не зависит ни от чего постороннего? Существует ли он вообще (при отсутствии медицинских и социальных показаний)?

Специалисты по теологии и биомедицинской этике полагают, что это моральный статус плода. С какого срока внутриутробного развития эмбрион становится человеком, с такого срока аборт делать нельзя. С моральной точки зрения, это недопустимо, с юридической – преступно. Вот критерий: запрещено убивать человека, тем более ни в чём не повинного.

Но тут начинаются активные дискуссии. Одни авторы предлагают считать моментом зарождения человека имплантацию (приживание) эмбриона в матку, другие – формирование первичной полоски, первое сердцебиение или шевеление, закладку нервной системы, начало мозговой деятельности. Например, на 12-й неделе завершается органогенез – полностью заложены и сформированы плацента, все органы и ткани плода. Далее ничего принципиально нового не появляется и продолжается не развитие, но только рост плода. Чем не поворотный момент, от которого можно вести отсчёт времени? А по убеждению некоторых людей, человек существует лишь с момента рождения на свет. До этого он – просто биомасса. Видите, сколько полярных, противоречивых точек зрения!

Современная генетика, эмбриология, психогенетика, пренатальная психология и педагогика опровергают все эти доводы. В момент слияния двух половых клеток образуется зигота. Она обладает полным набором генетической информации, контролирующей рост и развитие морфофункциональных структур организма. В генах заложена информация о биохимической индивидуальности, соматических процессах, психических реакциях, свойствах темперамента, природных задатках и т.п. Значит, эмбрион является человеком с момента оплодотворения.

Однако нерождённый младенец и тем более зигота – это не личность. Потому что личностью не рождаются, а становятся. Ведь не наследуется то, что воспитывается обществом (например, характер), а также высшие духовно-психологические феномены: сознание, самосознание, свобода воли, совесть, нравственные чувства, потребность в смысле жизни...

Зигота – начало человеческой личности и соотносится с взрослым человеком так же, как семечко яблоны с самой яблоней. Это не одно и то же, хотя, по сути, в семечке заключена вся яблоня, вплоть до

пыльцы на цветках. Окружающая среда создаёт условия для развития и роста того, что уже есть.

Конечно, женщина вправе распоряжаться своим телом и решать проблемы, касающиеся её здоровья, сексуальной и репродуктивной функции. Однако в эмбрионе (плоде) 50% отцовских генов и хромосом. Поэтому он не является собственным органом матери вроде зуба или аппендикса, которые можно удалить или оставить по собственному желанию. Позиция и права отца – ещё один сложный биоэтический и юридический аспект.

Помимо него нужно учитывать позицию и права врача. В 1983 г. Всемирная медицинская ассоциация приняла специальную декларацию – «О медицинских абортах». В частности, там сказано: «Основополагающий моральный принцип врача – уважение к человеческой жизни с момента её зачатия... Если личные убеждения не позволяют врачу рекомендовать или сделать медицинский аборт, он должен перепоручить пациентку компетентному коллеге».

Заведующая кафедрой биомедицинской этики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, член этического комитета Минздрава России, профессор И.Силуанова утверждает: «Отечественное законодательство должно привести в соответствие закон и моральные принципы врачевания и легализовать право врача отказаться от производства аборта по нравственным убеждениям или вероисповеданию, кроме случаев проведения аборта по медицинским показаниям, когда замена врача невозможна».

Лёд тронулся

По данным ООН, сегодня Россия занимает первое место в мире по числу абортов, печально лидируя на фоне развитых стран! Так, согласно официальной статистике, в 2010 г. зарегистрирован 1 млн 186 тыс. абортов. Реальное же число – от 5 до 12 млн. При рождаемости 1 млн 790 тыс. детей в год количество абортов в 3 раза превышает количество новорождённых. Число абортов в России за год больше населения Калужской (1040,9 тыс. человек) или Ивановской (1148,9 тыс.) областей и приблизительно равно населению таких регионов, как Вологодская (1270 тыс.) и Рязанская (1228 тыс.) области.

По мнению ряда учёных, если бы количество абортов удалось сократить в 2 раза, у нас был бы устойчивый и мощный демографический рост. А иначе демографический кризис только усугубляется. И спрашивается, кому это выгодно? Неужели нам самим?

К сожалению, наши парламентарии не поддержали призыва Русской православной церкви и лично Патриарха Московского и всея Руси Кирилла о выведении абортов из перечня госуслуг, оплачиваемых из госбюджета, то есть системой обязательного медицинского страхования. А ведь она поддерживается за счёт налогоплательщиков, включая категорических противников аборта.

И всё-таки лёд тронулся! В конце 2015 г. Минздрав России, наконец-то (!), разработал проекты приказов, изменяющих оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Теперь «основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является сохранение беременности, предупреждение искусственного прерывания беременности при отсутствии медицинских и социальных показаний, профилактика и ранняя

диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорождённых». Согласно проекту приказа, до начала процедуры аборта предлагается проводить УЗИ для визуализации эмбриона и его сердцебиения.

Кроме того, утверждается новый образец информированного добровольного согласия на проведение аборта по желанию женщины. Врач должен разъяснить пациентке «смысл искусственного прерывания беременности», действие назначаемых лекарств, этапы обезболивания, возможные осложнения для здоровья и т.д.

Конечно, это лучше, чем ничего, но – далеко не всё! К тому же я очень боюсь, что благие намерения на деле сведутся к формальной процедуре: по просьбе доктора пациентка подпишет очередную «бумажку», особо не глядя и не задумываясь...

В июне 2016 г. Государственная Дума РФ приняла, а Совет Федерации одобрил Федеральный закон «О биомедицинских клеточных продуктах», разработанный и внесённый Минздравом России. Данный закон вызвал немало споров и активно обсуждался профессиональным сообществом. Впервые на законодательном уровне определён ряд принципиальных понятий: «биомедицинский клеточный продукт», «клеточная линия», «дифференцировка клеток», «донор биологического материала», «безопасность биомедицинского клеточного продукта», «эффективность биомедицинского клеточного продукта».

Чрезвычайно важно, что отныне для производства биомедицинских клеточных продуктов запрещается создавать и использовать эмбрионы человека. А «для разработки, производства и применения биомедицинских клеточных продуктов запрещается использовать биоматериалы, полученные с прерыванием или нарушением процесса развития эмбриона или плода человека».

Итак, вне зависимости от стадии внутриутробного развития человеческий зародыш охраняется государством. Не означает ли это, что юридический статус эмбриона и плода человека наконец-то уравнил? Хотя ещё неизвестно, как будут реализовываться на практике сложные положения, касающиеся инновационных технологий? Как это отразится на работе медицинского персонала и здоровье пациентов?

Здесь много профессиональных тонкостей. Возьмём, к примеру, применение стволовых клеток. Это весьма перспективное направление медицины XXI столетия, однако не требующее обязательного аборта. Ведь стволовые клетки получают также из плаценты, пуповинной крови, грудного молока и даже эпидермиса взрослого человека. Лечение такими стволовыми клетками не вызывает этических дискуссий, более безопасно и даёт меньше негативных побочных эффектов. Хотя считается, что стволовые клетки из абортивных материалов действуют эффективнее.

Как видим, проблема аборта (особенно медицинских и социальных показаний к нему) – одна из самых острых в общественном сознании, юридическом поле и биомедицинской этике. Вопросов по-прежнему больше, чем ответов... Но жизнь заставляет нас искать правильные ответы!

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры общей психологии,
кандидат медицинских наук.
**Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова,**
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 60 (1999)

В структуре болезней печени важное место занимают лекарственно-индуцированные поражения (ЛИПП). Многие исследователи понимают под этим повреждением печени, вызванные прямым или опосредованным воздействием традиционных лекарственных препаратов, растительных лекарственных средств, биологически активных добавок к пище или их метаболитов на клетки печени. В настоящее время фармакопея включает более тысячи препаратов, способных вызывать ЛИПП. Учитывая роль печени в метаболизме химических веществ, можно с большой степенью достоверности утверждать, что не существует лекарств, которые в определённых условиях не вызывали бы повреждение печени.

ЛИПП составляют более 10% от всех побочных реакций организма, связанных с применением лекарств. В последние годы значение ЛИПП существенно возросло, что объясняется повышением количества лекарственных средств на фармацевтическом рынке, отпускаемых без рецепта, несоблюдением способов и режимов приёма препаратов, высоким распространением среди населения других хронических диффузных заболеваний печени, ростом популярности не прошедших клинической апробации «натуральных», растительных и других средств альтернативной терапии, включая пищевые добавки. Доказано, что при одновременном приёме 5 препаратов вероятность развития побочных эффектов составляет около 4%, 5-10 препаратов – 10%, 10-16 препаратов – 28%, а 16-20 лекарственных средств – 54%. Лекарственные поражения являются одной из основных причин острой печёночной недостаточности в большинстве развитых стран мира.

По данным зарубежных исследователей, побочные эффекты лекарственных препаратов выступают в роли причинного фактора желтухи у 2-5% стационарных больных, 40% гепатитов у пациентов старше 40 лет и 25% случаев фульминантной (острой) печёночной недостаточности. В России опубликован ряд исследований по лекарственно-индуцированным поражениям печени противотуберкулёзными препаратами, нестероидными противовоспалительными средствами.

Острые медикаментозные поражения печени выявляются почти у 3% госпитализированных больных. Чаще всего ЛИПП связаны с применением противотуберкулёзных, антибактериальных препаратов, анальгетиков, гормональных, цитостатических, гипотензивных и антиаритмических лекарственных средств. Во фтизиатрии частота медикаментозных поражений печени составляет от 15 до 20%.

Патогенез

При рассмотрении патогенеза лекарственно-индуцированных поражений печени выделяют следующие механизмы действия лекарств:

- прямое гепатотоксическое действие препарата на клетки печени;
- не прямое гепатотоксическое действие лекарств: токсическое действие метаболитов лекарственных средств;
- иммуноаллергические поражения печени.

Прямое гепатотоксическое действие

Препараты, в определённых дозах оказывающие непосредственное повреждающее воздействие на печень, называют препаратами с облигатным гепатотоксическим действием. Для прямого гепатотоксического действия характерны зависимость риска повреждения от дозы и воспроизводимость токсического эффекта.

Латентный период между введением препарата и развитием поражения печени относительно короткий и имеет известную продолжительность.

Развитие поражения печени при приёме облигатных гепатотоксинов объясняется нарушением процесса обезвреживания вещества в организме. Это может наблюдаться, в частности, при превышении терапевтической дозы препарата с узким терапевтическим действием, а также при снижении скорости детоксикации или выведения препарата (например, к препаратам, обладающим прямым гепатотоксическим действием, относят: изониазид, меркаптоприн, метотрексат, парацетамол, тетрациклин).

Механизм действия прямых гепатоток-

синов – непосредственное повреждение клеточных структур, денатурация белков, активация перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Для повреждения печени под действием прямых гепатотоксинов характерны гистологические изменения в виде некроза гепатоцитов и/или жировой дистрофии печени.

Прямое гепатотоксическое действие препаратов на гепатоциты в настоящее время встречается крайне редко, вследствие уже сточения контроля за побочным действием лекарственных препаратов. В качестве такого примера можно привести препарат

Лекарственно-индуцированные поражения печени

галотан, который был запрещён к применению из-за токсического действия на печень.

Непрямое гепатотоксическое действие

Препараты, способные оказывать не прямое повреждающее действие на печень, называют препаратами с факультативным гепатотоксическим действием. Для непрямого гепатотоксического действия характерно отсутствие зависимости риска повреждения от дозы и невозможность его воспроизведения в эксперименте. Непрямое гепатотоксическое действие лекарств можно наблюдать лишь у небольшой части принимающих их пациентов.

Латентный период между введением препарата и развитием гепатопатии имеет разную, непрогнозируемую продолжительность и обычно составляет от нескольких недель до нескольких месяцев.

Развитие поражения печени – гепатопатии при приёме факультативных гепатотоксинов объясняется образованием токсичных метаболитов или реакцией гиперчувствительности к препарату. Подобные реакции индивидуальной непереносимости называют идиосинক্রазией.

Повреждение печени вследствие реакций идиосинক্রазии (под действием не прямых гепатотоксинов) может развиваться по иммунологическому или метаболическому типу.

Метаболический тип повреждений связан с вмешательством необычных побочных продуктов метаболизма в клеточный обмен. Под их действием может наблюдаться, например, алкилирование или ацетилирование клеточных белков, дефицит синтеза АТФ, связывание рецепторов и сульфгидрильных групп, взаимодействие с нуклеопротеинами (пример: амиодарон, обладающий большим периодом полувыведения).

Иммуноаллергические поражения печени

Иммунологический тип поражения печени связывают с метаболитом, который может оказаться гаптеном для белков клеток печени и вызвать их иммунное повреждение. При наличии генетического дефекта в печени лекарство превращается в токсический метаболит, ковалентно связывается с клеточным белком (глутатионом), приводя к некрозу гепатоцита, а также стимулирует образование антигена (гаптена) и сенсибилизирует Т-лимфоцит, который запускает иммунную гепатотоксичность. Повторная экспозиция (назначение лекарственного препарата) приводит к усилению иммунной реакции.

В этом процессе могут участвовать ферменты системы Р450. На мембране гепатоцитов имеется несколько изоферментов Р450, индукция которых может привести к образованию специфических антител к иммунному повреждению гепатоцита.

Идиосинক্রазия к диуретикам и тиениловой кислоте сопровождается появлением аутоантител, взаимодействующих с органеллами гепатоцита.

Характерными проявлениями иммунологически опосредованного повреждения служат наличие сопутствующих проявлений аллергии, таких как экзантема, зуд, артралгия, эозинофилия.

Для повреждения печени под действием не прямых гепатотоксинов характерны гистологические изменения в виде некроза, стеатоза, холестаза или опухолевой трансформации клеток печени, вторичной воспалительной инфильтрации. При иммунологическом типе повреждения нередко

выявляются гранулёмы и эозинофильная инфильтрация.

В части случаев патогенез повреждения печени можно рассматривать как комбинированный: например, на фоне уже имеющегося токсического поражения печени образуются побочные «конечные продукты» с высоким повреждающим потенциалом.

Метаболизм лекарственных средств в клетках печени (гепатоцитах) можно представить следующей последовательностью (см. рис. 1):

Фаза 1. Основная система, метаболизирующая лекарства, расположена в микросомальной фракции гепатоцитов (гладкой эндоплазматической сети, см. рис. 1). К ней относятся монооксигеназы со смешанной функцией, цитохром С-редуктаза, цитохром Р450. Кофактором служит восстановленный НАДФ в цитозоле. Лекарства подвергаются гидроксилированию или окислению, которые обеспечивают усиление их полярности.

Фаза 2. Главными реакциями этой фазы являются нейтрализация, дезактивация,

Фаза 3. Продукты биотрансформации лекарств могут выделяться с желчью или с мочой. Способ выделения определяется многими факторами, некоторые из них ещё не изучены. Высокополярные вещества, а также метаболиты, ставшие полярными после конъюгации, выделяются с желчью в неизменённом виде.

Метаболизм лекарств происходит не только в гепатоцитах, но и в синусоидальных эндотелиальных клетках (ряд лекарственных препаратов проявляет селективную токсичность по отношению к этим клеткам).

Механизм лекарственных поражений печени

Выделяют несколько универсальных механизмов лекарственного повреждения клеток печени:

1. Воздействие на митохондрии, блокада дыхательной цепи и активация ПОЛ за счёт продукции избыточного количества свободных радикалов. Гепатотоксические

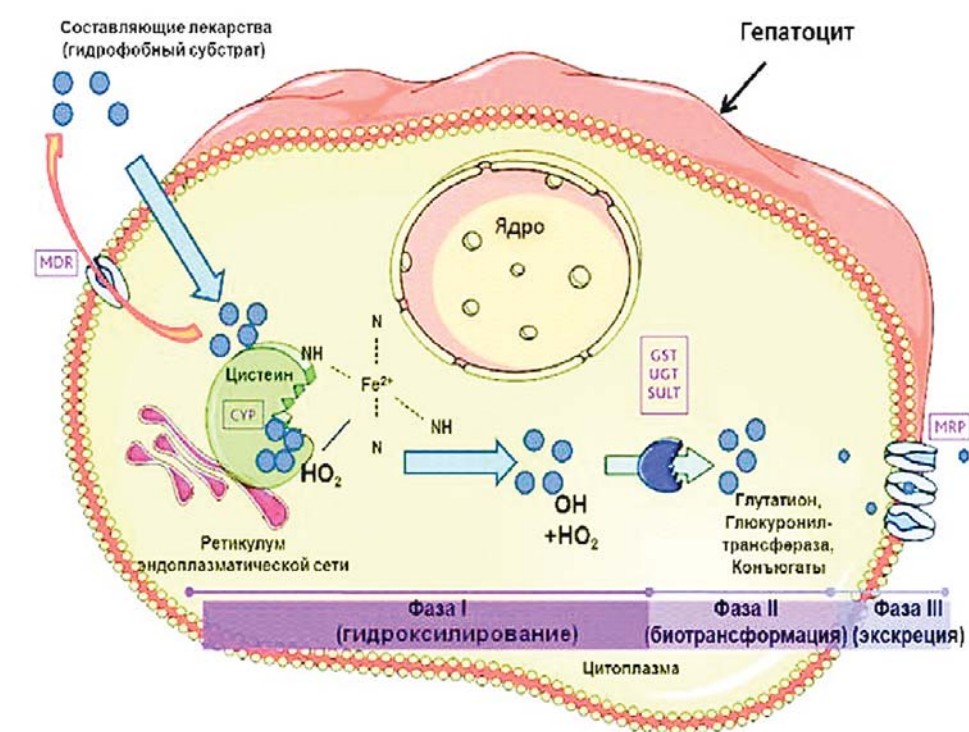


Рис. 1. Фазы метаболизма лекарственных средств в печени

детоксикация гидрофильных и зачастую токсичных продуктов фазы 1 при помощи различных гидролаз и трансфераз. Промежуточные метаболиты с помощью ферментов семейств глутатион-S-трансферазы (GST), уридин-дифосфат-глюкуронозилтрансферазы (UGT), N-ацетилтрансферазы (NAT) превращаются в водорастворимые нетоксические продукты и выводятся из организма. Ферменты фазы 2 функционируют при любых путях поступления лекарств, осуществляя или завершая детоксикацию.

лекарственные препараты снижают митохондриальное окисление, это ведёт к производству реактивных кислородных разновидностей (ROS), экспрессии ФАС лиганда рецептора смерти и индукции цитокинов. Перекисное окисление липидов разрушает мембраны гепатоцитов, что приводит к гибели клеток, активации звёздчатых клеток и развитию фиброза. (см. рис. 2). Таким свойством обладают тетрациклины, нестероидные противовоспалительные препараты, противоопухолевые средства.

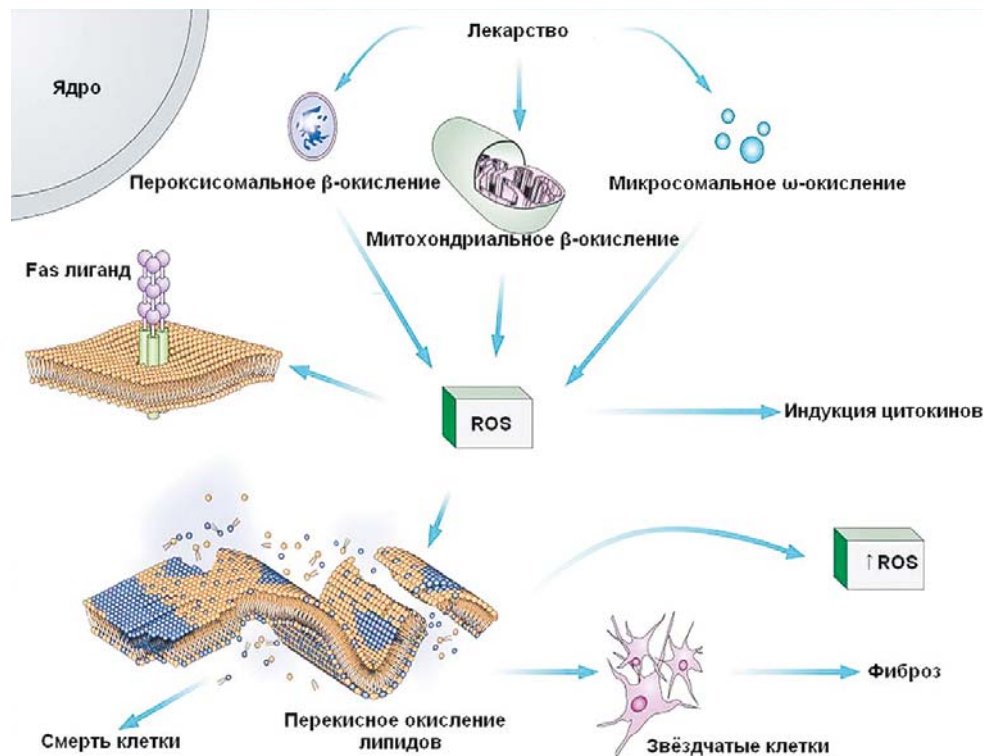


Рис. 2. Механизм цитотоксического повреждения печени

2. Провокация окислительного стресса за счёт снижения запасов антиоксиданта глутатиона. Нарушение равновесия в антиоксидантной системе ведёт к преобладанию окислительных процессов в клетке и повреждению её структур (например, превышение терапевтической дозы парацетамола).

3. Подавление β -окисления жирных кислот в митохондриях. Происходит накопление жирных кислот в клетке (стеатоз), наблюдается вторичная активация ПОЛ. При хроническом воздействии происходит развитие фиброза и цирроза печени (например, метаболит вальпроата натрия-2 – пропиленпентановая кислота).

4. Подавление синтеза белка в клетке. Некоторые препараты подавляют синтез структурных белков и ферментов за счёт угнетения РНК-полимеразы II и III. При этом наблюдается развитие стеатоза и некротических изменений (например, цитостатические препараты).

5. Нарушение синтеза гема. Подавление печёночной копропорфириноген-оксидазы и уропорфириноген-декарбоксилазы ведёт к проявлению вторичной копро- и уропорфирурии или поздней кожной порфирии.

6. Подавление транспорта желчных кислот за счёт нарушения каналикулярных транспортных механизмов. Развивается внутрипечёночный холестаз, в клетках накапливаются токсичные желчные кислоты, провоцирующие деструкцию органелл и запуск программированной гибели клетки. Этот тип нарушения вызывает более 100 видов лекарственных препаратов. В качестве примера можно привести эстрогенсодержащие контрацептивы, препараты андрогенов.

7. Иммуноаллергические реакции. Неоантигены, образовавшиеся в результате химического повреждения белков клеток, вызывают активацию цитотоксического звена иммунитета. Атака цитотоксических лимфоцитов сопровождается апоптозом и некрозом клеток печени (например, воздействие галотана, сульфаниламидов).

8. Мутагенное, проопухолевое действие. Активные метаболиты препарата повреждают молекулы ДНК клеток печени (например, контрацептивы, содержащие повышенные дозы эстрогенов, анаболические стероиды могут провоцировать развитие аденомы печени и, возможно, гепатоцеллюлярной карциномы).

Нередко наблюдается комбинация этих механизмов действия.

Захват большинства лекарственных препаратов и их метаболитов в печени

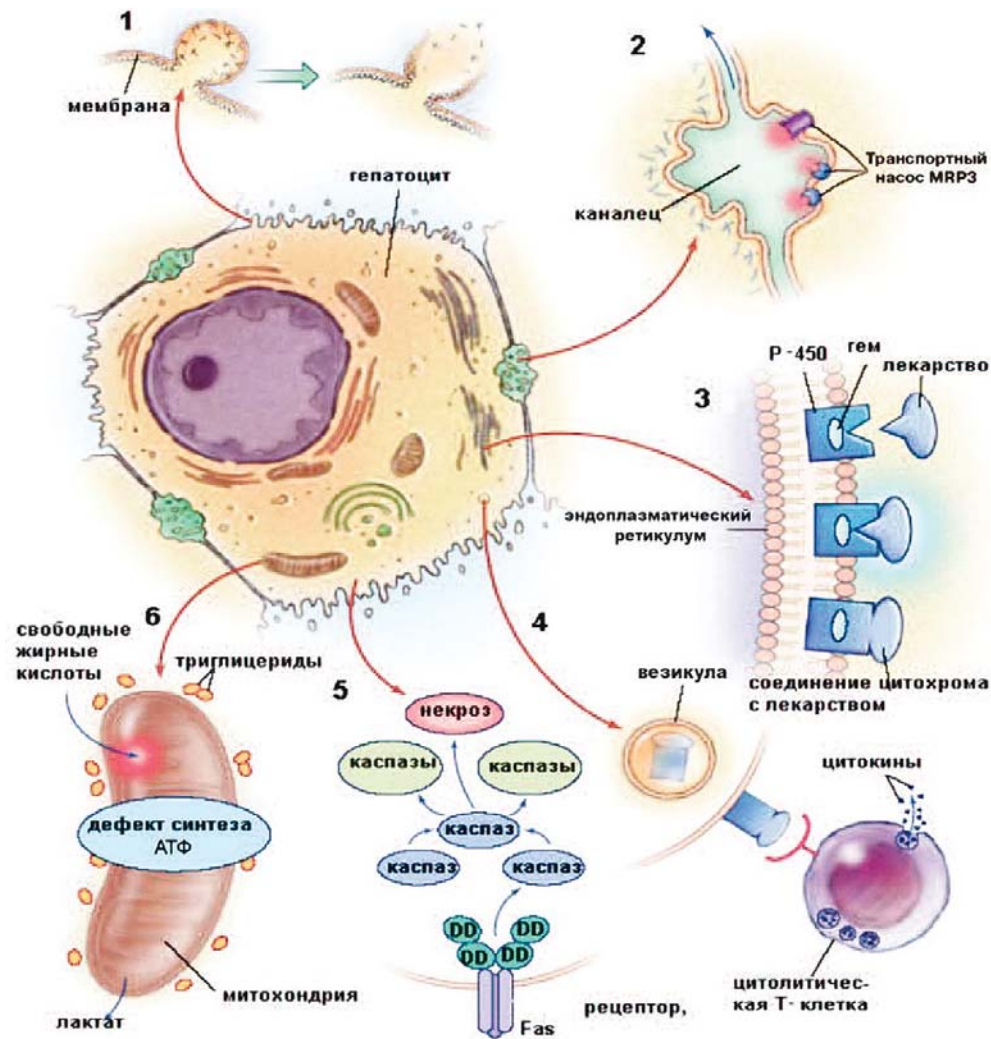


Рис. 3. Механизмы поражения клеток печени

осуществляется неспецифическим путём: посредством их диффузии из синусоидов через мембрану гепатоцитов. Обратная их диффузия затруднена ввиду связывания со специфическими внутриклеточными белками, осуществляющими перенос лекарственных препаратов в эндоплазматический ретикулум, где протекают основные процессы метаболизма.

Выведение печенью принятых внутрь препаратов определяется активностью разрушающих их ферментов, печёночным клиренсом, печёночным кровотоком и степенью связывания с белками плазмы.

Повреждение клеток печени происходит в специфических структурах поражённых внутриклеточных органелл. Нормальный гепатоцит, показанный в центре рис. 3, может быть повреждён шестью способами, обозначенными цифрами от 1 до 6. Нарушение внутриклеточного гомеостаза кальция приводит к разрушению фибрилл актина на поверхности гепатоцита. Это приводит к вздутию мембраны клетки (1), а в дальнейшем к её разрушению и лизису. При холестатических заболеваниях разрушение ворсинок актина (2) может происходить рядом с канальцем специфической части клетки, ответственной за

желчную экскрецию. Нарушение передачи в ворсинках актина мультирезистентного белка (MRP3) предотвращает экскрецию в билирубин органических соединений лекарственного препарата.

Многие гепатоцеллюлярные реакции активируют гемм-содержащий цитохром P-450 (3), производя при этом высокоэнергетические реакции, которые могут привести к ковалентной связи лекарственного средства к ферменту, таким образом создавая неактивные продукты метаболизма. Эти неактивные продукты метаболизма в виде пузырьков (4) мигрируют к поверхности клетки и могут быть причинами многогранного иммунного ответа, включающего цитолитические Т-лимфоциты и цитокины. Активация фактора некроза опухоли α (ФНО- α) является триггерным фактором для запуска каскад межклеточных каспаз (5), который заканчивается программированным апоптозом клеток с потерей ядерного хроматина.

Определённые препараты ингибируют функцию митохондрий гепатоцита двойным эффектом, снижая продукцию АТФ и ферментов дыхательной цепи (6). Свободные жирные кислоты не метаболизируются из-за нехватки аэробного дыхания в накоплении лактата и реактивных продуктов окисления. Их накопление приводит к повреждению митохондриальной ДНК. Эта структура повреждения характерна для множества средств, включая ингибиторы обратной транскриптазы нуклеозиды, вальпроевой кислоты, тетрациклина, аспирина. Они экскретируются в желчь и могут повредить эпителий желчного протока. DD обозначает смертельный домен.

Лекарственно-индуцированные поражения печени зависят от свойств лекарственного препарата, особенностей больного и прочих факторов. Известно, что вероятность побочных реакций возрастает с увеличением количества одновременно принимаемых лекарств. Установлено, что если больной принимает одновременно 6 или более препаратов, вероятность побочного действия у него достигает 80%.

(Продолжение следует.)

Татьяна ПОЛУНИНА,
профессор.

Кафедра пропедевтики внутренних болезней
и гастроэнтерологии
Московского государственного медико-
стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова.

(Окончание. Начало в № 61 от 17.08.2016.)

Лечение гигантоклеточного артериита

Монотерапия ГК также позволяет достигать ремиссии ГКА и поддерживать её. Рекомендовано раннее назначение ГК, очень быстрый ответ на применение ГК может рассматриваться как диагностический признак ГКА.

ПЗ внутрь 20-30 мг/кг/сут до достижения эффекта, как правило, не менее месяца. По мнению некоторых исследователей, при наличии ограничений для применения ГК, при ГКА без нарушения зрения или поражения крупных сосудов начальная доза ПЗ может быть 20 мг/сут. В отсутствие эффекта в течение 2-3 недель первоначальную дозу ГК постепенно увеличивают. После достижения эффекта, под контролем клинического состояния, уровня СОЭ и С-РБ постепенно снижают дозу ПЗ (по 1,25 мг) на 20-25% в месяц до достижения дозы 20 мг/сут, затем на 10% – каждые 2 недели до 10 мг/сут. В дальнейшем возможно снижение дозы ПЗ на 1,25 мг каждые 4 недели. Больным ГКА не следует назначать ГК в альтернирующем режиме, поскольку это может повышать риск рецидива. Длительность лечения оценивают индивидуально у каждого больного. Если в течение 6 месяцев на фоне приёма ПЗ 2,5 мг/сут клинические проявления ГКА отсутствуют, то лечение может быть прекращено.

В процессе снижения дозы ПЗ тщательно наблюдают за динамикой клинических симптомов, контролируют СОЭ и С-РБ каждые 4 недели в течение первых 2-3 месяцев, затем каждые 8-12 недель в течение 12 месяцев после завершения лечения.

В случае рецидива ГКА после отмены ГК, при отсутствии симптомов поражения органа зрения или нервной системы могут быть эффективны редуцированные дозы ПЗ (5-10 мг/сут).

Низкие дозы аспирина рекомендуются назначать всем больным ГКА для снижения риска развития цереброваскулярных и кардиоваскулярных катастроф.

(Уровень доказательности С): аспирин

Диагностика и лечение системных васкулитов

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

75-150 мг/сут длительно снижает риск развития слепоты, цереброваскулярных и сосудистых катастроф (ИБС) у больных ГКА.

При тяжёлом течении ГКА (офтальмологические осложнения, коронарит):

(Уровень доказательности С): назначают высокие дозы ПЗ или применяют внутривенные пульсовые введения МП.

ПЗ внутрь 1 мг/кг/сут (не более 80 мг) однократно утром (после еды) до достижения эффекта, как правило, не менее месяца.

Или МП внутривенно 0,5-1 г/сут (разовая доза не более 1 г) 3 дня подряд с последующим назначением преднизолона однократно утром внутрь 0,5-1 мг/кг/сут (не более 80 мг) до достижения эффекта, как правило, не менее месяца с дальнейшим снижением дозы. Неотложное внутривенное пульсовое введение МП рекомендовано при поражении органа зрения, поскольку при раннем активном лечении возможно полное или частичное восстановление зрения.

(Уровень доказательности В): применение иммунодепрессантов рассматривают в качестве дополнительной терапии при тяжёлом или рефрактерном течении ГКА:

МТ 10-25 мг в неделю. Сочетают с назначением стандартной дозы ПЗ и фолиевой кислоты. Применение МТ при ГКА снижает риск рецидива заболевания и уменьшает кумулятивную дозу ГК.

АЗА 2 мг/кг/сут с возможным снижением дозы до 1,5 мг/кг/сут через год. Сочетают с назначением стандартной дозы ПЗ. На-

значают в случаях неэффективности или непереносимости МТ.

При ГКА сочетанное применение ГК и ингибиторов ФНО- α не рекомендовано, поскольку не снижает риск рецидива заболевания.

Лечение артериита Такаясу (Уровень доказательности С): монотерапия ГК позволяет достигать ремиссии и поддерживать её. Назначают на ранних стадиях заболевания:

ПЗ внутрь 1 мг/кг/сут (не более 80 мг) в 2-3 приёма в течение 1 месяца. Затем переходят на однократный приём утром (после еды) и постепенно снижают дозу ПЗ (по 1,25 мг) на 5 мг в 2 недели до достижения дозы 20 мг/сут, далее на 10% каждые 2 недели до 10 мг/сут. Длительность терапии ГК зависит от динамики клинических проявлений и величины СОЭ. Как правило, лечение продолжают не менее 2-5 лет. Поддерживающая доза не должна превышать 10 мг/сут.

После отмены ГК у 50% больных может наступать обострение, для лечения которого присоединяют цитостатики.

Лечение артериита Такаясу рефрактерного течения

(Уровень доказательности С): включает присоединение МТ, а в случаях его неэффективности или непереносимости – АЗА. Может быть эффективно применение ежемесячных внутривенных пульсовых введений МП в сочетании с ЦФ, генно-инженерных биологических препаратов, в частности ингибиторов ФНО- α . Общепринятый протокол лечения артериита Такаясу биологическими

препаратами не разработан до настоящего времени.

МТ 20-25 мг в неделю.

Или

АЗА 2 мг/кг/сут с возможным снижением дозы до 1,5 мг/кг/сут через год.

Или

МП внутривенно 10 мг/кг (не более 1 г) 1 раз в месяц, 9-12 месяцев.

+

ЦФ внутривенно 10-15 мг/кг (не более 1 г) 1 раз в месяц, 9-12 месяцев.

Хирургическое лечение

(Уровень доказательности С): реконструктивные хирургические вмешательства следует проводить в неактивную фазу болезни и в центрах, имеющих достаточный опыт их проведения.

70% больных артериитом Такаясу имеют показания для хирургического лечения (расслаивающая аневризма аорты, гемодинамически значимые стенозы/окклюзии сонных артерий, АГ сосудистого генеза, стеноз почечной артерии). Реконструктивные операции сопряжены с меньшим риском рестеноза, чем ангиопластика или стентирование. Больным со стенозами коронарных артерий может потребоваться операция коронарного шунтирования или проведение чрескожной транслюминальной баллонной ангиопластики.

Под редакцией
главного ревматолога Минздрава России
академика РАН
Евгения НАСОНОВА.

Деловые встречи

В Якутске состоялась конференция, посвящённая вопросам профилактики, диагностики и лечения врождённой и наследственной патологии, где собрались акушеры-гинекологи, педиатры, неонатологи и генетики со всей Республики Саха (Якутия). В мероприятии приняли участие Сергей Воронин, главный специалист Минздрава России по медицинской генетике на Дальнем Востоке, и Наталья Сикора, заведующая медико-генетической консультацией перинатального центра (Хабаровск).

Известно, генетические мутации имеет 5% населения России, причём 3,5% – это врождённые пороки развития, 1% – митохондриальные и 0,5% – хромосомные изменения генов. С.Воронин посчитал, что если на территории Якутии проживает почти миллион жителей, то 50 тыс. человек автоматически относятся к группе риска. И если в год происходит 16 тыс. родов, то появляется около 800 детей с всевозможными пороками развития.

К сожалению, на данный момент у части детей пороки обнаруживаются не сразу. Так, в прошлом году было выявлено 120 патологий, не совместимых с жизнью. Кроме того, родилось 190 детей с патологиями.

В Якутии на первом месте среди наследственной и врождённой патологии, по данным генетического регистра, находятся болезни нервной системы – 38%, на втором – синдромы, на третьем – хромосомные патологии. Примечательно, что в республике распространены те заболевания, которые в мире считаются редкими. Генетиками

Якутским генетикам есть чем гордиться

Основной упор они делают на молекулярные технологии



был выявлен местный ген 3-М – якутский синдром низкорослости. Периодически выявляются новые генетические заболевания. В итоге же можно сказать, что сегодня якутским генетикам есть чем гордиться. Например, первый в России опыт ферментзаместительной терапии мукополисахаридоза типа IVA проводится в Якутии. Мальчик с тяжёлым заболеванием имеет благодаря этой терапии положительные изменения.

Уже сегодня жителям республики доступны самые современные методы диагностики орфанных заболеваний. Правительство Якутии одним из первых в России обеспечивает лечение пациентов, страдающих редкими заболеваниями, такими как мукополисахаридоз IV типа, новейшими инновационными препаратами.

По словам Айталины Сухомясовой, главного генетика Минздрава Республики Саха (Якутия), за-

ведующей медико-генетической консультацией Республиканской больницы № 1 – Национального центра медицины, часть видов редкой патологии можно распознать с использованием технологий пренатальной и преимплантационной диагностики, то есть до рождения ребёнка. Другую часть – сразу же после его рождения, в первые дни жизни. С этой целью в Якутии работает бесплатная для населения программа массового скрининга – обследование всех новорождённых. Орфанные заболевания, не входящие в скрининг, могут быть обнаружены врачами позже, а такой пациент направлен для консультации к генетику.

Сергей Воронин отметил, что Якутия является интересным регионом, так как здесь проживает коренное население, имеющее свои особенности. Заболевания, которые характерны для якутян, в других популяциях встречаются весьма редко. Это даёт возможность для принятия решений по помощи в подготовке и планировании беременности.

Он также рассказал, что в настоящее время создаётся биочип, который позволит тестировать население в массовом порядке. Благодаря этой программе, про-

тестировав население, генетики будут знать, кто является носителем тех или иных мутаций. Пары, имеющие гены какой-либо болезни, смогут прийти на программу и запланировать беременность или, если женщины уже беременны, на сроке до 9 недель определить, будет ли ребёнок здоров.

В свою очередь, Айталины Сухомясова отметила, что сегодня нужно принимать конкретные действия для того, чтобы выявлять патологию на ранних этапах. Некоторые заболевания можно и нужно уверенно прогнозировать.

Основной упор сейчас делается на молекулярные технологии. Генетическая диагностика и лечение генетических заболеваний – занятие дорогостоящее, дающее плоды не сразу. Мы поняли, что у нас в республике есть заболевания, которые в принципе можно включить в скрининг с использованием ДНК-технологий, и этот проект вполне может быть реализован, чтобы предупреждение тяжёлых заболеваний было своевременное. Сегодня мы к этому идём, у нас уже есть первый опыт поиска мутаций, – рассказала А.Сухомясова.

В ближайшей перспективе – открытие в регионе медико-генетического центра, который позволит прийти к персонализированной медицине. В планах также генетическое сопровождение репродуктологии, более активно будет генетическое сопровождение трансплантологии, сообщили в Министерстве здравоохранения Республики Саха (Якутия).

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Якутск.

Особый случай

Девять минут небытия

О чуде, сотворённом пермскими докторами

Как известно, клиническая смерть определяется интервалом времени, которое способна пережить кора головного мозга без кровообращения и дыхания. По подсчётам медиков, это не больше 5-7 минут. Пермские врачи вернули к жизни девушку, чья клиническая смерть длилась, как официально зафиксировано, более 8,5 минут.

История весьма примечательна: на пульт дежурного службы «03» одного из городов на севере Прикамья поступил вызов. Звонившие объяснили, что приехавшая к ним погостить девушка «упала и не дышит». Врачи скорой помощи провели реанимационные мероприятия и доставили пациентку в городской стационар. Работу сердца удалось восстановить, но в сознание пациентка не пришла и впадала в глубокую кому.

Несколько недель она провела в палате интенсивной терапии, её подключили к аппарату искусственной вентиляции лёгких, установили зонд для питания. Однако улучшений в состоянии не наблюдалось, поэтому главный ангионевролог Министерства здравоохранения Пермского края Роман Энгаус принял решение перевести пациентку в пермскую МСЧ № 11 для лечения и реабилитации.

При всей сложности клинической картины данный случай местные эксперты не сочли безнадежным. Для транспортировки до Перми (расстояние более 200 км) использовали вертолёт санавиации. Пациентка поступила в реанимацию лечебного учреждения в начале июня. Её сразу занялись врачи регионального сосудистого центра и неврологи медсанчасти. Консультативную помощь им оказывали главные специалисты регионального Минздрава и учёные Пермского государственного медицинского университета.

После клинической смерти работа нервной системы была нарушена. Девушка не могла самостоятельно сесть, встать, брать руками предметы, практически не видела. Врачам предстояло вернуть ей интеллектуальные, психические способности, возможность

передвигаться, общаться с внешним миром, выполнять простые действия.

В возможности этого, кстати, многие сомневались, учитывая её состояние и данные обследований. С большой работой целая бригада специалистов – неврологи, реабилитологи, кинезитерапевты, психологи, логопеды медсанчасти. Проводилась комплексная терапия для улучшения работы нервной системы, органов чувств. Чтобы возобновить работу мышц, назначили белковое калорийное питание, массаж, лечебную физкультуру. И уже на вторую неделю пребывания больной в клинике врачи констатировали положительную динамику.

Некоторое время спустя к пациентке вернулись речь, ясное сознание, частично восстановилось зрение, она стала передвигаться по отделению, самостоятельно дышать и питаться. Но девушка по-прежнему не помнит себя с 18 лет, ей предстоит долгий путь – осознать и принять то, что с ней случилось.

«Случай этот уникальный – восстановление таких пациентов крайне маловероятно», – в один голос отметили врачи, наблюдавшие пациентку.

«Эта история – пример того, как должны работать врачи: максимально использовать все возможности, каким бы тяжёлым ни было состояние пациента, – подчеркнула вице-премьер правительства – министр здравоохранения Пермского края Ольга Ковтун. – И эту победу по праву могут разделить между собой и медики медсанчасти, и главные специалисты местного Минздрава, и клиницисты из ПГМУ. Взаимодействие, взаимопонимание, взаимопомощь – вот те три кита, благодаря которым медикам удалось поставить на ноги пациентку с такой тяжелейшей патологией».

К настоящему времени девушка выпущена из стационара. Несколько недель она проведёт дома, в своём родном посёлке недалеко от Перми, под наблюдением местных докторов. А затем снова отправится на реабилитацию.

Алина КРАУЗЕ.
МИА Сити!

Пермь.

Инициатива

Предполагается, что уже нынешней осенью на рассмотрение в Государственную Думу РФ поступит очередной законопроект о донорстве и трансплантации органов и тканей. Документ, в частности, должен дать ответы на все оставшиеся вопросы о детском органном донорстве и тем самым помочь развитию детской трансплантологии в нашей стране.

Новосибирские трансплантологи в ожидании закона

Кроме того, в нём впервые будут регламентированы формирование и работа электронного Национального регистра реципиентов, доноров и донорских органов. Наконец, разрабатываемый законопроект предусматривает создание электронной базы данных о прижизненном волеизъявлении граждан – их согласия или несогласия на посмертное донорство органов. Данный факт не противоречит действующей в России норме презумпции необъявленного согласия донора органов: просто у людей, которые категорически не желают, чтобы после их смерти в другом человеке билось их сердце или работала почка, могут заранее сделать такое заявление.

Документ ещё в работе, и сказать определённо, когда он будет принят политиками, невозможно. Но уже точно известно, что этого события с нетерпением ждут сами трансплантологи.

– К сегодняшнему дню в нашей клинике в общей сложности выполнены 5 операций трансплантации органов детям, причём в трёх ситуациях – по экстренным показаниям, –

говорит главный врач Новосибирской областной клинической больницы главный хирург Минздрава Новосибирской области Анатолий Юданов. – В двух случаях это пересадка почки, в трёх – фрагмента печени. Почка была от доноров-родственников. Печень для 2 детей также была родственная, а в третьем случае хирурги выполняли сплит-трансплантацию органа от неродственного донора двум реципиентам – взрослому и ребёнку. Таким образом, если у ребёнка есть донор-родственник и вес маленького пациента позволяет, мы можем выполнять трансплантацию уже сегодня, не дожидаясь нового закона. Благо, наш опыт позволяет делать это: операции по пересадке почки выполняются в хирургической клинике Новосибирской ОКБ с 1988 г., пересадка печени – с 2010 г. А вот что касается детей, для которых родственная пересадка почки или печени невозможна, здесь мы пока испытываем сложности и очень надеемся, что с принятием нового закона они будут преодолены.

Дальнейшему развитию трансплантологии вообще и детской в частности долж-

но способствовать и то, что субъекты РФ начали получать долгожданное федеральное бюджетное финансирование на организацию работы донорских баз. Так, Новосибирская

область получила 5,7 млн руб. на текущий год. Деньги выделены, исходя из числа эффективных доноров, на 100 тыс. населения на каждой территории, а Новосибирская область по данному показателю в числе регионов-лидеров.

Новым приказом Минздрава Новосибирской области определён список донорских баз в регионе. В него, помимо ведущих новосибирских больниц, включены самые крупные центральные районные больницы, с которыми есть хорошее транспортное сообщение. Таким образом, количество донорских баз увеличилось до 13. По словам Анатолия Юданова, можно рассчитывать, что и эффективность их работы заметно вырастет, ведь для этого теперь есть основное условие: с приходом целевого финансирования у главных врачей появилось понимание, из какой статьи расходов тратить деньги на организацию работы своей клиники как базы органного донорства.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Фото
Валерия КЛАММА.

Существует мнение, что российская фармпродукция слабо конкурентоспособна на международном рынке. Это успешно опровергает фармацевтическая компания ООО «НПО Петровакс Фарм». Она не только экспортирует препараты в десятки стран, но и осуществляет проекты по локализации противогриппозной вакцины. Один из них реализуется, в частности, в Иране.

Реалии и перспективы российско-иранского сотрудничества, важность иммунизации и эффективность выпускаемой «НПО Петровакс Фарм» вакцины обсуждались в Москве на научно-практической конференции «Эпидемиология и вакцинопрофилактика гриппа и ОРВИ в эпидемическом сезоне 2016/2017 гг. Опыт применения полимер-субъединичной вакцины у разных контингентов». В ней приняли участие ведущие отечественные специалисты и представители медицинского сообщества Ирана: кардиологи, пульмонологи, педиатры.

— Символом данного сотрудничества не случайно стали две протянутые друг к другу ладони, раскрашенные в цвета флагов наших стран, — сказала на открытии конференции президент «НПО Петровакс Фарм» Елена Архангельская. — Они как нельзя лучше говорят о нашем взаимном интересе, желании совместной работы.

Она рассказала о 20-летней истории компании, отметив, что основное направление её деятельности — это производство вакцин против гриппа и пневмококковой инфекции для Национального календаря профилактических прививок, разработка и выпуск иммунобиологических лекарственных средств.

Открытый в 2008 г. современный фармацевтический производственно-складской комплекс компании, расположенный в Подольском районе Московской области, полностью соответствует международным стандартам GMP EU и ISO:9001 и является одним из наиболее высокотехнологичных биофармацевтических предприятий России. Его мощности позволяют обеспечить годовые потребности в вакцинах.

Елена Архангельская вкратце остановилась на основных этапах создания вакцин «Гриппол®» и «Гриппол® плюс», а также сообщила о новой разработке — четырёхвалентной вакцине «Гриппол Квадри».

— В каждой стране есть специфика национальных закупок. Например, согласно законодательству Ирана, предпочтения на рынке отдаются локализованным продуктам. Поэтому в феврале 2016 г. мы подписали стратегическое соглашение о локализации противогриппозной вакцины в Иране, предварительно осуществив экспорт препарата и получив положительные отклики от профильных специалистов, — сообщила она. — Причём инициативу в данном сотрудничестве в первую очередь проявили наши иранские коллеги. Интерес к российским технологиям у иранской фармацевтики и медицины огромный. Иран добился значительных успехов в области медицины, нанотехнологий и в других направлениях научных исследований.

К тому же у России и Ирана много общего, обе страны ведут активную экономическую политику, развивают научный и промышленный потенциал, отличаются выгодным географическим положением. Кроме того, страны связывают давние дружественные дипломатические отношения. По словам Е.Архангельской, стоит отметить и активную роль государственной поддержки. В настоящее время активно работает российско-иранская межправительственная комиссия при Мин-



Елена Архангельская

Сотрудничество

Вакцинация без границ

Отечественные врачи делятся опытом с иранскими коллегами



Российские и иранские специалисты обменялись опытом и практическими знаниями о вакцинопрофилактике

промторге по развитию сотрудничества в сфере фармацевтики, в том числе совместным проектам по локализации продуктов обеих стран.

— Рынок, безусловно, для нас перспективен, потому что он динамично развивается, расширяется собственное фармацевтическое производство. При этом производства противогриппозных вакцин на сегодняшний день в Иране нет. Поэтому к 2019 г. запланирован трансфер технологий полного цикла производства. В июле этого года в Тегеран ушла уже вторая партия «Гриппол®плюс» для сезона вакцинации 2016/2017 гг.

Для Ирана это стратегическое направление в развитии собственной фарминдустрии и совершенствовании системы здравоохранения. А для компании «Петровакс» это новый этап развития и возможность увеличения экспортного потенциала. Поскольку при выходе на другие рынки многие государства в первую очередь интересуются опытом применения препарата, как в стране-производителе, так и в мире, иранские врачи с большим интересом выслушали доклады российских врачей.

Так, руководитель поликлинического отделения Института иммунологии, доктор медицинских наук, профессор Людмила Лусс рассказала о роли вакцинации в решении демографической политики и снижении смертности населения в целом и конкретно — об опыте применения российской гриппозной полимер-субъединичной вакцины «Гриппол®плюс». Она напомнила: грипп известен ещё со времён Гиппократ и до сих пор обрушивается на население мира в виде эпидемических вспышек и пандемий, которые уносят миллионы жизней. Не случайно вакцинация признана одним из самых больших достижений XX века. При этом, по данным ВОЗ, особенный эффект

противогриппозных прививок наблюдается в тех странах, где иммунизацией охвачено не менее 30% популяции, а представителей групп риска — до 80%.

Людмила Лусс подчеркнула также, что во многих странах расходы на вакцинацию берёт на себя государство. Так, в США она предусмотрена для всех слоёв населения; в Великобритании в обязательном порядке должны получить прививки не менее 70% людей, которые перешагнули 60-летний рубеж.

— Невозможно говорить об увеличении продолжительности жизни, улучшении её качества и в целом о здоровье нации, пока мы не решим проблему вакци-

нотом безопасным является применение полимер-субъединичной вакцины против гриппа у детей и подростков, как здоровых, так и с хроническими, в том числе аллергическими, заболеваниями. Она подчеркнула, что все выводы основываются на результатах клинических и наблюдательных исследований, а также материалах обязательной для нашей страны регистрации всех осложнений после прививок.

Эти данные заинтересовали не только зарубежных гостей, но и приглашённых на конференцию отечественных специалистов. Так же, как и доклад заведующего кафедрой эпидемиологии Уральского государственного универ-

ситета доктора медицинских наук Виктора Романенко, исследовавшего применение вакцины у детей с 6 месяцев и пожилых людей.

В последнее время всё активнее обсуждается тема вакцинации беременных. О применении иммуноадьювантных вакцин в акушерстве и перинатологии при вакцинации беременных против гриппа сообщил доцент кафедры педиатрии Ульяновского медицинского университета, аллерголог-иммунолог, доктор медицинских наук Александр Черданцев.

То, что «Гриппол®плюс» показан для всех групп риска, подтвердило и выступление ведущего научного сотрудника отдела клинической кардиологии и молекулярной генетики Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины (ГНИЦ ПМ), врача-кардиолога, кандидата медицинских наук Михаила Лукьянова с докладом

Машади. — Поэтому нам важно знать о возможностях российской вакцины «Гриппол®плюс», о её преимуществах перед существующими препаратами. В частности, нас интересует такая тема, как вакцинация людей из групп риска, особенно имеющих противопоказания в связи с тяжёлыми заболеваниями (такими, как диабет, сердечно-сосудистые заболевания и т.п.). Необходимо убедить специалистов, которые лечат таких пациентов, что вакцинация для последних показана и безвредна. Разъяснительную работу следует проводить и с родителями детей: они должны знать о преимуществах, которые несёт вакцинация.

— Многие боятся делать прививки, поскольку бытует мнение, что в будущем возможны осложнения, тяжёлые заболевания, вплоть до аутизма. Мы объясняем людям, что такие утверждения не имеют под собой никаких оснований, — добавляет фармацевт Амир Джавидташ. — Поэтому так важно было услышать данные российских медиков о профиле безопасности «Гриппол®плюс».

— Нас очень заинтересовало отсутствие консервантов в данной вакцине, — продолжил мысль педиатр Алиреза Натеган. — Мы надеемся, что благодаря эффективности и высокому профилю безопасности данной вакцины мы сможем убедить родителей делать ежегодно прививки против гриппа самим и своим детям и в целом расширить охват населения прививками.

Для него, как и для остальных членов делегации, важным было не только послушать выступления коллег, но и побывать на предприятии, воочию убедиться, на каком высоком уровне находится производство вакцин в России.

Несмотря на то, что большинство приглашённых на конференцию не являются экспертами в области производства, они были впечатлены современным оснащением предприятия, скоростью работы линии, а также приятно удивлены открытостью российских специалистов. Особенно порадовались иранские гости, увидев на упаковке вакцины надпись на фарси. И те, кто уже побывал здесь во время подписания соглашения о передаче технологий, и приехавшие впервые отметили прекрасную организацию работы предприятия, выпускающего продукцию в соответствии с системой GMP, а также блестящую квалификацию российских специалистов.

А ещё все с восхищением отозвались о встрече с российской столицей, где увидели много нового, интересного и буквально окунулись в историю нашей страны.

По словам Елены Архангельской, это тоже входило в задачи данной встречи: не только познакомиться с отечественным профессиональным медицинским сообществом и составить своё мнение о предприятии, но и показать Москву, показать страну. Ведь перспективы сотрудничества требуют взаимного узнавания и понимания друг друга.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.



Производство компании отвечает всем российским и международным требованиям

некоторым расчётам, всеобщая вакцинация при максимальном охвате населения позволяет ежегодно предотвратить экономический ущерб почти в 8,5 млрд руб. Важность данной работы подтверждается и решением апрельского совещания в Минздраве: повысить охват населения вакцинацией против гриппа до 40% и закупить более 50 млн доз вакцины в этом году.

Руководитель отдела иммунопрофилактики НИИ детских инфекций ФМБА, главный специалист по вакцинопрофилактике детей Комитета здравоохранения Санкт-Петербурга, доктор медицинских наук, профессор Сусанна Харит сообщила, насколько эффективным и при

«Оценка эффективности и безопасности вакцинопрофилактики гриппа у лиц, находящихся на диспансерном наблюдении по поводу болезни системы кровообращения».

В свою очередь, иранские медики рассказали об эпидемиологической ситуации по гриппу в их стране, отметив важность вакцинопрофилактики и необходимость в связи с этим большой просветительской работы.

— При иммунизации населения в Иране до недавнего времени применялись препараты, выпускаемые другими зарубежными фармацевтическими компаниями, — подчеркнул специалист по инфекционным заболеваниям доктор Мохаммедреза Болурсаз

Миф № 1: психических
болезней на самом деле нет

– Олег Игоревич, а может, они есть, но являются не тем, за что их принимают? Не понятно, что конкретно болит, нельзя потрогать и пощупать. Просто тревога растёт и душа разрывается. Нарастёт страх сойти с ума, потерять рассудок и контроль над собой. Считается, что психическая болезнь – это проявление слабости, «виноваты нервы», а для выздоровления достаточно просто «взять себя в руки». Врачи сами ничего не смыслят, поэтому от них лучше держаться подальше. Вместо них лучше подойдёт какой-нибудь мудрый и духовно просвещённый учитель, шаман, колдун 5-го разряда, гадалка, экстрасенс и т.п. «властители душ». Как правило, все эти персонажи появляющиеся на сцене бытия во времена исторической смуты, которая в России не прекращается никогда и пребывает в перманентном состоянии. Вспомните, какие залы собирали Кашпировский, Чумак и иже с ними...

– К сожалению, психические болезни – объективная реальность. Различные психические заболевания (шизофрения, паранойя, депрессия) – это вовсе не альтернативный способ восприятия мира, а болезненный душевный процесс, вызванный нарушениями в нейрхимическом алгоритме мозга. Стрессы и психические травмы при таких заболеваниях играют роль пусковую, но не являются собственно причиной заболевания. В то же время что касается личностей, претендующих на звание гуру, изобретателей новых систем оздоровления «от всего», то процент психически больных и страдающих личностными расстройствами среди них зашкаливает! Поэтому при проявлении признаков психического заболевания, ассоциальности, нарушении привычных норм поведения за помощью следует обращаться к врачу-психиатру.

Миф № 2: психическая болезнь –
это навсегда

– Считается, что если человек «протоптал» дорожку к психиатру, то это – надолго, если не навсегда. Лечение у психиатра затягивает как омут, и с каждым посещением человек становится всё более больным. Помните, герой Папанова в «Бриллиантовой руке» утверждал: «Если человек идиот, то это надолго!»

– Подобно тому, как существуют хронические соматические заболевания, существуют и хронические психические болезни (например, шизофрения, неврозы), при которых необходимо в течение всей жизни очень внимательно относиться к своему психическому здоровью и при малейшем ухудшении состояния обращаться к врачу, потому что в некоторых случаях психическое расстройство может представлять угрозу для здоровья и жизни как самого больного, так и других людей. Правильное и системное лечение замедляет прогрессирование хронического психического заболевания и облегчает его течение, уменьшая вероятность и длительность новых приступов болезни.

В то же время есть множество ситуаций, когда человеку может потребоваться помощь психиатра (или психотерапевта), чтобы преодолеть какой-то неблагоприятный период жизни. В последующем этот человек может никогда больше не обращаться к врачу и не принимать лекарств. Пограничные состояния, неврозы снимаются профессионально подобранным фармакологическим лечением, психотерапией и социальной адаптацией. После такой терапии человека можно считать полностью здоровым.

Авторитетное мнение

Легенды и мифы психиатрии, или Не спугните бабочку!

Общество, политика и психиатрия всегда шли рядом

Если в Европе и США психология и психотерапия вошли в повседневный быт и во многом определили массовое распространение психоанализа, психологических тестов, сочетаясь с глубоко толерантным отношением к психиатрическим больным, то у нас при реальном соприкосновении с психической болезнью всех охватывает ощущение ужаса, бесперспективности, социальной пропасти. Психическая болезнь в России – это не столько диагноз, сколько приговор. Как определить, какой процент психиатрии, а какой – банальной политики? В чём причина такого положения?

Конечно, свою роль играет проблемное состояние нашей психиатрии и медицины вообще, однако дело не сводится только к этому: приговор выносится явно за стенами психиатрической клиники. Настороженное отношение социума к психической болезни коренится в неясности, аморфности самого представления о личности и о психике в нашей культуре.

Психологические и психиатрические знания и техники остаются достоянием специалистов, в то время как обыватель имеет крайне смутное представление о собственной психике. Рудименты

Миф № 3: психически больные
потенциально опасны
для общества
и их надо изолировать

– В современном обществе отношение к психически больным часто отрицательное. Если проанализировать, как отражается образ душевнобольных в СМИ, то в 80% характеристик это жестокий и опасный насильник, в 60% – непредсказуемый человек, в 40% – чудак, в 10% утверждается, что таких людей надо изолировать от общества. Считается, что психически больные беспомощны и несостоятельны, в силу чего должны быть окружены постоянной заботой и вниманием.

– Процент правонарушений, допускаемых психически больными, такой же, как и в общей популяции. Например, в США проводилось национальное исследование, выполненное Национальным институтом психического здоровья, и результаты таковы: лишь 4% от общего числа преступлений насильственного характера совершается людьми с диагнозом психической болезни. Помимо этого исследование показало, что для людей с психической болезнью вероятность оказаться пострадавшим от насильственного преступления в 11 раз выше, чем в общей популяции.

Агрессивное поведение наблюдается только при некоторых психических расстройствах (например, когда есть императивные галлюцинации, бред преследования и т.д.) и является каплей в море по сравнению с повседневной человеческой агрессией.

Грамотно подобранное лечение и социальная реабилитация привели к тому, что пациенты больше не являются многомесячными «узниками» психиатрических больниц, а могут вести полноценный образ жизни, учиться, работать, заводить семью, иметь разнообразные хобби. Современные достижения фармако- и психотерапии позволяют поддерживать у них достаточно высокое качество жизни.

При этом отношение в нашем обществе к психически больным людям далеко от толерантного, не говоря уже о проявлении сочувствия или добровольного оказания им помощи. И в этом в значительной мере повинны масс-медиа, которые легко идут на поводу идеологической пустоты в обществе, манипулируются псевдоправозащитниками всех мастей.

Миф № 4: тотальный учёт

– Среди обывателей бытует устойчивое мнение – стоит только человеку хоть раз побывать в кабинете у психиатра,



как автоматически в паспорте у него появляется штамп «псих», а всем окружающим становится известно, что он неизлечимо болен тяжёлым психическим заболеванием и психиатрическое клеймо останется на всю жизнь. С желанием водить автомобиль, владеть оружием и ещё с какими-нибудь привилегиями обычного среднестатистического гражданина можно попрощаться, так как справки от психиатра уже не получишь. На работу не устроишься, карьера закрыта. На приёме у врача человек – как на исповеди у священника, просто вынужден говорить правду, если, конечно, он заинтересован в объективном диагнозе. И в случае, если произойдёт «утечка информации» из кабинета психиатра, вообще, пиши пропало.

– К вопросу об «утечке информации» – факт посещения врача является объектом врачебной тайны и охраняется законом. Данные об обратившихся могут быть представлены только суду, военкомату или следственным органам по их запросу.

христианства сочетаются в нём с мешаниной из условных рефлексов, астральных энергий и эдиповых комплексов.

Не удивительно, что психическая болезнь предстаёт для обывателя сознанием явлением малопонятным, а потому чуждым и страшным, и больной психическим расстройством обречён стать изгоем в обществе.

По причине низкой «психологической грамотности» населения в нашей стране психиатрия окружена множеством мифов. Люди опасаются встречи с психиатрами; сторонятся и с предубеждением относятся к тем, кто когда-либо обращался к этим специалистам.

Попытаемся разобраться и, насколько это возможно, очистить психиатрию от мифов. Для чего мы обратились к специалисту – главному психиатру Минздрава Ставропольского края и Северо-Кавказского федерального округа, главному врачу Ставропольской краевой клинической психиатрической больницы № 1, кандидату медицинских наук Олегу БОЕВУ. С ним беседует собственный корреспондент «МГ» Рубен КАЗАРЯН.

Миф № 5:
карательная психиатрия

– Ни для кого не секрет, что многие годы и десятилетия советская психиатрия стояла на службе у тоталитарного режима и «помогала» очищать общество от инакомыслящих, которым поголовно «лепили» диагноз «вялотекущая шизофрения» и отправляли на принудительное лечение. Всё, что происходило в этих закрытых лечебных учреждениях, достаточно убедительно в своё время описано в самиздатовской литературе.

В наше время акценты несколько сместились, и сейчас, когда на всех уровнях идёт передел собственности, эта тема представлена в несколько иных коллизиях. Например, какой-нибудь «доброжелатель», заплатив «злому» психиатру взятку, упрятет вас в больницу до конца дней, лишит права на жильё и другого имущества в пользу коварных родственников. А превратить человека в натуральный «овощ» – дело нескольких недель, если даже не дней...

– Поместить абсолютно нормального человека в психиатрическую больницу и признать его сумасшедшим практически невозможно. Согласно действующему законодательству, человек не может быть подвергнут лечению в психбольнице в недобровольном порядке, за исключением случаев, когда он представляет опасность для окружающих, для себя либо находится в беспомощном состоянии. Решение об этом в течение 2 суток принимает суд. Кроме того, суд назначает принудительное лечение для лиц, совершивших уголовно наказуемые деяния и признанных невменяемыми.

В стационаре гарантировано соблюдение всех законных прав. Федеральный закон «О психиатрической помощи...» от 1992 г. защищает каждого психически больного и психически здорового.

Психиатр в качестве лечащего врача может высказать своё профессиональное мнение о способности больного осмысливать свои действия и их последствия. В дальнейшем, по настоянию родных пациента или официальных органов опеки, специальная комиссия врачей может оценить способность больного осуществлять свои права и передать своё мнение в суд. Именно последний и будет решать вопрос о дееспособности больного.

Что касается «советской карательной психиатрии», то каждый такой случай помещения якобы здорового человека в психбольницу заслуживает отдельного

анализа. В советский период руководители страны разрешили выехать тем психически больным людям, которых требовали западные страны. Какой результат? После нескольких месяцев, в соответствии с биологическими закономерностями течения психических болезней, стали возникать рецидивы заболеваний, суициды и т.п., но медицинской помощи уже им никто не оказывал и больные просто бомжевали и погибали на улицах европейских городов. И до них социальным институтам не было никакого дела.

Миф № 6:
жестокие методы лечения

– Используются старые препараты с выраженными побочными реакциями. От них человек теряет разум, превращается в безвольное и подавленное существо. Психиатры пытаются пациентов электротоком, искусственно вызывают кому, «вкалывают» препараты, от которых выворачивает кости, а в перерывах между всем этим просто бьют их и оскорбляют.

– Известные в психиатрии методы лечения, такие как ЭСТ (электросудорожная терапия) и инсулинокоматозная терапия, назначаются врачами не как наказание, а как эффективное средство в лечении ряда тяжёлых психических состояний. В настоящее время, к сожалению, указанные методы почти не используются – в этом вина в первую очередь СМИ и деятелей «культуры», а также разных «кривозащитников», склонных таким вот образом защищать больных от лечения, а точнее, лишать их эффективных методов терапии.

Во время пребывания в стационаре психиатрического профиля создаются комфортные условия: общение с родственниками, прогулки, просмотр телевизора, чтение книг. Для лечения используются современные высокоэффективные психотропные препараты.

Миф № 7: врачи-психиатры – слегка «не в себе»

– Медсестры и санитарки – грубые надзиратели. Психиатрами же становятся чаще всего врождённые садисты и маньяки, которые используют жестокие методы лечения. Внешне выглядят неопрятно, скрывая злую натуру под белым халатом. Хитро смотрят в глаза, намекая, что им о вас всё уже известно и задают глупые вопросы.

– Нет ни одного отечественного фильма, где бы психиатр выглядел гармоничным человеком. Деятели культуры, юмористы используют персонаж психиатра для карикатуры на врачей, на здравоохранение, и действительно, удачно получается! После этого просто стесняются обращаться за помощью к психиатрам, только в крайнем случае, так как создан социальный образ «антипсихиатрии», который так желателен, прежде всего, западным политикам. Чем больше людей будет испытывать социальный страх, нравственный комплекс перед медицинскими учреждениями психиатрического профиля, когда специализированная психиатрическая помощь воспринимается как оскорбление и унижение человеческого достоинства, а ещё хуже, как наказание, тем больше пациентов будут лишены своевременной помощи. При этом мы забываем, что очень многие больные, страдающие психическими заболеваниями или личностными расстройствами, не просто живут в обществе, а работают, находятся в коллективах, участвуют в принятии решений и... формируют социально-психологическое отношение к психиатрии в нашем обществе, категорически избегая психиатров.

В этом случае общество обрекает пациентов на хроническое течение психических заболеваний. Уменьшаются шансы на эффективную психофармакотерапию. В обществе увеличивается субпопуляция психически больных лиц.

Миф № 8: лечение психотропными препаратами наносит непоправимый вред здоровью

– Среди обывателей бытует мнение, что лекарства для лечения психических расстройств опасны для человека, вредны, токсичны, вызывают зависимость, а само по себе лечение психотропными препаратами превращает человека в растение, зомби.

– Хронические психические заболевания, острые и хронические стрессы разрушают личность больного, лишают его трудоспособности, своевременное же лечение способно замедлить или приостановить этот процесс, предупредить многочисленные осложнения. Во время и после лечения могут наблюдаться побочные эффекты в виде сонливости, вялости, заторможенности, но после завершения лечения или снижения дозировок эти побочные эффекты проходят, не оставляя следа. Часто забывают говорить о том, что психофармакологические препараты защищают человека, его мозг и, следовательно, внутренние органы. Вовремя назначенный препарат человеку, находящемуся в стрессовом состоянии, спасёт от инфаркта, инсульта, других грубых нарушений внутренних органов. Психотропные препараты ускоряют эпителизацию слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни, позволяют снизить уровень сахара в крови при диабете, корректировать психологические переживания и поведение человека на фоне психонейроэндокринных расстройств и многое-многое другое...

Психиатры специально обучаются назначать лекарство в таких дозах, чтобы его лечебный эффект был максимальным, а побочные действия минимальными. Множество современных препаратов предназначено для длительного приёма лицами, сохраняющими трудоспособность, они хорошо переносятся, имеют минимум побочных эффектов. Если мы рассуждаем о нейрохимии мозга, то, чтобы восстановить и стабилизировать метаболизм мозга, необходимо время – месяцы и годы. Вспомните, что большинство больных обращаются к психиатрам спустя 4-6 лет от начала заболевания.

Хотелось бы напомнить, что больные артериальной гипертонией и другими заболеваниями часто годами принимают по несколько препаратов одновременно, сохраняя качество жизни и саму жизнь.

Так сколько же должно потребоваться времени, чтобы стабилизировать нейрометаболизм мозга, сохранив жизнь, здоровье и взаимоотношения в семье, профессиональной среде и в обществе?

* * *

По законам жанра, коль уж мы с мифов начали, ими, пожалуй, и закончим. Не стоит бояться мифов о психиатрии и психиатрах, и уж тем более самим плодить эти мифы. Без профессиональной психиатрии, психофармакотерапии, психотерапии современное человечество, к сожалению, пока обойтись не может. XXI век – это время экономического, политического и информационного террора, локальных боевых действий, терроризма. И как тут без психиатров?! Ведь когда возникает инфекционная эпидемия, мы обращаемся к инфекционистам. Лучше перестраховаться и вовремя обратиться к психиатру, чем упустить драгоценное время, необходимое для оказания помощи при душевном неблагополучии.

Древние греки считали бабочку символом бессмертия души. Психея, имя которой значит «душа», от названия которой и произошло греческое слово психиатрия, представлялась в виде девушки с крыльями бабочки. Так что будьте осторожны и не спугните бабочку... Ставропольский край.

Фото автора.

Исследования

Золотые суставы

Исследовательская группа из Университета Райса (Rice University) создала специальный сплав, из которого планируется изготавливать коленный и тазобедренный суставы. Сейчас для их создания используется титан – он биологически инертен, прочен и нетоксичен. Несмотря на все его преимущества, такие протезы всё-таки разрушаются, и их необходимо менять через 10 лет после установки.

Эмилия Моросан и её коллеги разработали сплав из титана и золота, который в 4 раза прочнее чистого титана. Сделанные из него протезы прослужат гораздо дольше, считают авторы, так как этот материал долговечнее.

Сплав получил название Ti3Au и содержит титан и золото в отношении три к одному. Его довольно просто получить. Он идеально подходит для эндопротезирования – на сегодняшний момент это, пожалуй, самый прочный интерметаллический композитный биоматериал из всех существующих.

Скорее всего, суставы из сплава Ti3Au можно будет печатать и на 3D-принтере. Такая технология уже используется при создании протезов суставов из титана. Это позволяет напечатать сустав, идеально подходящий пациенту. Сперва врачи сканируют сустав, потом изготавливают макет из полистирола, а лишь потом печатают металлический протез, который и устанавливается пациенту.

Борис БЕРКУТ.

По информации ifscience.com

Эксперименты

В погоне за молодостью

Ещё в позапрошлом году стало известно о том, что учёным из Стэнфорда (США) под руководством Тони Висс-Корея удалось провести эксперименты по омоложению мышей. Одной группе животных вводили плазму других, более молодых мышей, что привело к улучшению физической выносливости и когнитивных функций животных. Авторы объявили о том, что им удалось таким образом «перезапустить часы старения».

Похоже, что такие эксперименты теперь будут проведены и на людях. Компаниями, принимающим участие в спонсировании данного проекта, планируется заплатить по 8 тыс. долл. каждому участнику, который примет участие в исследовании по омоложению.

Дословно

Спрей против аутизма

Как известно, аутизм представляет собой неизлечимое нарушение развития, которое затрагивает, в том числе и социальные навыки человека – он с раннего возраста старается «уйти в себя», сводя количество взаимодействий с окружающим миром к минимуму.

В основном социальные навыки у таких детей стараются развить с помощью поведенческой терапии, потому что до недавних пор лекарства, способных влиять на эту сферу деятельности человека, не существовало. Однако сейчас в Австралии, где аутизм диагностирован у каждого 88-го ребёнка, проходят испытания первого препарата, который показывает результаты именно при применении его для социализации таких детей.

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»
СРОЧНО
требуется для постоянного трудоустройства
АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ.
Предоставляется служебное жильё.
Контактные телефоны:
8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом
8 (912) 080-80-48 – заведующий хирургическим отделением.
Официальный сайт: **совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д. 62/а, г. Советский 628240, ХМАО – Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).**
Резюме направлять по адресу: **sovhospital@совбольница.рф**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»
СРОЧНО
требуется для временного или постоянного трудоустройства **ВРАЧ-НЕФРОЛОГ (в центр амбулаторного диализа).**
Предоставляется служебное жильё, социальный пакет согласно ТК РФ, заработная плата договорная.
Контактные телефоны:
8 (922) 433-93-03 – главный врач Антонов Владимир Валентинович
8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом.
Официальный сайт: **совбольница.рф**
Адрес: **ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский 628240, ХМАО – Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).**
Резюме направлять по адресу: **sovhospital@совбольница.рф**
Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте **www.совбольница.рф**

ООО» Медицинский центр «наша Клиника» в г. Каменск-Шахтинский Ростовской области приглашает на постоянную работу врачей в амбулаторное поликлиническое отделение: врача УЗИ (знание УЗИ диагностики сердца, сосудов обязательно), мануального терапевта, отоларинголога, гинеколога, уролога.
Справки по тел. **89289005333**, вайбер **89282702229**
Резюме просьба отправлять по E-mail: **medicdon@mail.ru**
Сайт: **Kamensk-klinika.ru**

довании по омоложению. Добровольцы должны быть старше 35 лет и не должны страдать какими-либо хроническими заболеваниями: предполагается, что всем им будет вводиться плазма более молодых людей.
В настоящее время учёные проводят подобные исследования с участием 18 пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера – всем им также была введена плазма более молодых людей. До конца года за состоянием участников будут наблюдать специалисты, которые оценят безопасность методики и её эффективность. Примечательно, что ряд экспертов весьма критически отнеслись к данному эксперименту, отметив, что эффективность предлагаемой их коллегами методики не доказана.

Предполагается, что в исследовании примут участие 600 человек, каждому из которых за 2 дня возьмут 1,5 л донорской плазмы, взятой у людей, не достигших 25 лет. До введения плазмы и спустя месяц после процедуры кровь будет исследована для оценки показателей более 100 биомаркёров.

Эксперимент ещё не начался, однако уже подвергся резкой критике. Так, Мэтт Кэберлин из Университета Вашингтона (США) отмечает, что исследователями не предусмотрена плацебо-группа, кроме того, о биомаркёрах крови, ассоциированных со старением, известно довольно мало.

Алина КРАУЗЕ.

По информации sciencemag.org

лучше воспринимать информацию, касающуюся отношений между людьми.

Одна из родителей участников назвала успехи своего сына, которому диагноз поставили в возрасте 2 лет, грандиозными. Она отметила, что мальчик был счастлив играть в группе, он не пытался уйти и побыть в одиночестве, гораздо лучше удерживал визуальный контакт. В целом его взаимодействия с другими людьми происходили намного проще.

Исследователи говорят, что лекарство может использоваться не только при аутизме, но и при других расстройствах психического характера, например, повышенной тревожности. Сейчас учёные ищут участников для следующих испытаний. Возможно, лекарство для аутистов появится в аптеках уже в течение 5 лет.

Ян РИЦКИЙ.

По информации 9news.com.au

Эпидемии

Снизить вероятность заражения ВИЧ

ВИЧ-инфекция ежегодно поражает более 2,5 млн человек в мире. Снизить уровень эпидемии позволит, как полагают эксперты, вакцина против ВИЧ, испытания которой начнутся в ноябре в Южной Африке и продлятся 3 года. В них примут участие 5,4 тыс. человек.

Уровень заболеваемости в этом регионе очень высок – в 2014 г. вирусом ВИЧ были инфицированы около 2,4 млн человек. Приём антиретровирусных препаратов помогает пациентам держать вирус под контролем, однако такие лекарства доступны не всем, именно поэтому заражение ВИЧ может приводить к развитию СПИДа и смертельному исходу.

Попытку создать вакцину против ВИЧ предпринимали разные группы учёных. Исследователи из Таиланда в 2009 г. продемонстрировали, что вакцинация действительно возможна, хотя и эффективность проведённых ими исследований составила лишь 31%. С тех пор вакцина была модифицирована, и теперь она содержит уникальные фрагменты, характерные для вирусов, распространённых в Африке. Это позволило сделать её более эффективной, надеются разработчики.

Кроме того, доконтактная профилактика также становится всё более совершенной. Препараты для проведения такой профилактики назначают людям, находящимся в высокой группе риска. Их приём позволяет существенно снизить вероятность заражения. Так, для людей, чей половой партнёр инфицирован ВИЧ, риск заражения практически сводится к нулю. Другое эффективное средство – вагинальное кольцо, защищающее от ВИЧ. Оно содержит дапивирин, и уже было испытано в 4 африканских странах. Его использование позволило сократить вероятность заражения ВИЧ почти на треть.

Однако, по данным исследования, несмотря на то, что смертность от ВИЧ/СПИДа постоянно снижается, число случаев заражения вирусом иммунодефицита



Более 80% новых случаев ВИЧ в 2015 г. в Восточной Европе и Центральной Азии пришлось на Российскую Федерацию

человека в мире за последнее десятилетие не изменилось – около 2,5 млн человек ежегодно.

Данные другого исследования, представленного на Международной конференции по ВИЧ/СПИДу в Дурбане (Южная Африка), говорят о том, что темпы снижения числа заразившихся ВИЧ-инфекцией значительно замедлились: ежегодный спад числа случаев заражения составил 0,7% в год с 2005 по 2015 г. по сравнению с 2,7% с 1997 по 2005 г.

Первый исполнительный директор объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС – структура ООН по профилактике ВИЧ) и нынешний директор Лондонской школы гигиены и тропической медицины профессор Питер Пиот отмечает, что результаты исследования показывают: «Эпидемия СПИДа не закончилась и остаётся одной из серьёзных угроз для общественного здравоохранения нашего времени». Сохранение уровня распространения ВИЧ-инфекции угрожает разрушить планы ЮНЕСКО по прекращению эпидемии СПИДа к 2030 г.

Количество людей, живущих с ВИЧ-инфекцией, во всём мире значительно увеличилось за счёт проведения антиретровирусной терапии. По данным Института показателей здоровья и эволюции (Institute for Health Metrics

and Evaluation – IHME, Сиэттл) за 2015 г., их около 39 млн. В 2000 г. этот показатель составлял 28 млн.

«С профессиональной точки зрения, конечно, до победы над эпидемией СПИДа ещё далеко, – считает бывший глава Роспотребнадзора, а ныне помощник председателя Правительства РФ Геннадий Онищенко. – Но заявление Австралии о том, что ВИЧ перестал быть смертельным приговором и превратился в контролируемое хроническое заболевание, верно. Это лишь корректная трактовка утверждения, которое провозглашено Всемирной организацией здравоохранения, что ВИЧ-инфицированные люди могут быть вполне социализированы в нашем обществе. Это означает, что эти люди могут быть активными участниками жизни, создавать семьи, учиться, приносить пользу себе, обществу, рождать здоровых детей и, самое главное, жить столько, сколько живёт то поколение, к которому они принадлежат».

Кроме того, Г.Онищенко отметил, что «окончательное решение проблемы распространения ВИЧ/СПИДа может быть при двух условиях: первое – вакцинация, создание эффективной вакцины, которая может быть доступна для наших граждан, и второе – обеспечение эффективными антиретровирусными препаратами,

которые позволят нам излечивать ВИЧ-инфицированных лиц. И я думаю, что это задача не столь отдалённого будущего».

Ситуация с ВИЧ в России приняла характер эпидемии: уже зарегистрировано свыше 1,3 млн инфицированных, с 1987 г. умерли уже более 200 тыс. заражённых.

Между тем, эксперты утверждают: только 14% инфицированных ВИЧ в стране получают лекарства. Показатель охвата антиретровирусной терапией в России один из самых низких в мире, заявили исследователи из IHME в Вашингтонском университете.

ЮНЭЙДС заявила, что более 80% новых случаев ВИЧ в 2015 г. в Восточной Европе и Центральной Азии пришлось на Российскую Федерацию.

Исследование учёных показало, кстати, что в период с 2005 по 2015 г. только в 74 странах наблюдалось увеличение числа новых случаев ВИЧ-инфекции среди населения. Рост новых случаев инфицирования отмечен в России, Кении, Пакистане, Филиппинах, Египте, Камбодже и Мексике.

На общемировом уровне проявляется другая тенденция – число новых случаев инфицирования в среднем снижалось на 0,7% в год в течение последних 10 лет. При этом в период с 1997 по 2005 г. выявление новых случаев ВИЧ снижалось ежегодно на 2,7%.

«Если число новых случаев ВИЧ-инфекции в названных нами странах будет продолжать расти, это серьёзно навредит цели, которую поставила ООН – победить СПИД к 2030 г., – отметил директор IHME Кристофер Мюррей.

Результаты исследования подчёркивают необходимость принятия более эффективных усилий по предотвращению новых случаев инфицирования, а также дополнительного финансирования для этих усилий. Ежегодное глобальное финансирование в области ВИЧ/СПИДа достигло пика в 2013 г. (11,2 млрд долл.) и снизилось до 10,8 млрд в 2015 г.

По данным IHME, показатели заражённости ниже, чем в России, зарегистрированы исследователями лишь в нескольких странах. Например, в Индонезии, Афганистане, Пакистане, Южном Судане.

Рост числа новых случаев ВИЧ-инфекции в ряде стран мира, в том числе в России, угрожает подорвать общие усилия по борьбе с эпидемией ВИЧ.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Почему бы и нет?

Чтобы помнили...

Аллергия на пыльцу стимулирует рост нервных клеток в участке мозга, ответственном за память. Об этом сообщили сотрудники Института молекулярной регенеративной медицины Университета Парцельса (Австрия).

После эксперимента, в ходе которого вызывали у мышей аллергическую реакцию, подвергнув их воздействию пыльцы, спустя некоторое время провели исследование мозга. Выяснилось, что после аллергической реакции в гиппокампе начался активный рост новых нейронов.

Как выяснили исследователи, вместо того, чтобы бороться с аллергией, иммунные клетки микроглии этого участка мозга подавлялись аллергенами пыльцы, что, по мнению учёных, и приводит к укреплению памяти. Дело в том, что формирование памяти (а также систем коммуникации) происходит именно за счёт нервных клеток гиппокампа, количество которых с возрастом уменьшается.

По словам исследователей, механизм реакции заключается в том, что микроглии, которые должны уничтожать посторонние аллергены, с возрастом начинают чрезмерно активизироваться и негативно воздействуют на нейроны, вызывая их воспаление и гибель.

Кроме того, микроглии подавляют рост новых нервных образований. Пыльца растений подавляет эту активность, нейроны без внешнего негативного воздействия начинают активно развиваться, что в результате приводит к обновлению нервной ткани гиппокампа и, как следствие, благотворно влияет на укрепление памяти.

Кстати, этот эффект, был обнаружен только в гиппокампе. Подобные изменения не были зафиксированы ни в субвентрикулярной зоне, ни в обонятельной луковице, ни в областях высокой клеточной пластичности и взрослого нейрогенеза.

Борис БЕРКУТ.
По сообщению ВВС.

Особый случай

У Байезида Хуссейна, 4-летнего жителя Бангладеш, диагностирована прогерия – преждевременное старение организма, редкое генетическое заболевание. Во всём мире зафиксировано не больше сотни таких больных. Лекарства, способного остановить стремительное старение, пока нет, и пациенты, страдающие прогерией, редко доживают до взрослого возраста. Средняя продолжительность жизни детей составляет около 13 лет.

Родившийся стариком

Предполагается, что причиной развития прогерии является мутация, затрагивающая ген LMNA. Зафиксированы семейные случаи заболевания у детей, рождённых в близкородственных браках (отец и мать Байезида являются двоюродными братом и сестрой), но кроме этого известно и о спорадических случаях. Что характерно, о заболевании не всегда ясно сразу после рождения ребёнка – симптомы могут появиться лишь на 2-3-м году жизни.

Примечательно, что умственное развитие ребёнка полностью соответствует возрасту, а вот внешне он отличается от сверстников. Мальчик взрослеет и стареет в 8 раз быстрее нормы, поясняют вра-

чи, наблюдающие ребёнка. Мать малыша, 18-летняя Трипти Хатун рассказала, что полный комплект зубов появился у ребёнка ещё в 3-месячном возрасте, а сейчас некоторые из них уже выпали или сломались. Сейчас ему всего 4 года, но его тело и лицо покрыты сморщенной кожей, имеются проблемы с суставами и работой мочеполовой системы. Кроме прогерии у ребёнка было диагностировано и другое заболевание – генерализованный эластоз. У таких пациентов снижена эластичность мышечных волокон кожи и внутренних органов, что ведёт к развитию множества осложнений.

Яков ЯНОВСКИЙ.
По информации asiaone.com

Идеи

Путешествие на восток чревато...

Известно, что у многих путешественников возникает так называемый синдром смены часовых поясов (джетлаг). Новое исследование, проведённое в Университете Мэриленда, показало: в некоторых случаях справиться от джетлага сложнее, чем в других. Всё зависит от того, куда летит человек.

Учёные использовали математическую модель. По словам исследователей, на пересечение часовых поясов реагируют специфические клетки в организме человека – нейроны-осцилляторы. Они регулируют циркадные ритмы. Продолжительность суточного ритма составляет около 24,5 часа. При смене часовых поясов клеткам нужно некоторое время, чтобы перестроиться. И это не один день.

Специалисты обнаружили: когда человек летит на запад и пересекает 3 часовых пояса, на восстановление циркадных ритмов уходит меньше 4 дней. При пересечении 6 часовых поясов пере-



стройка происходит за 6 дней, а при пересечении 9 поясов – около 8 дней. Однако при путешествии на восток всё иначе. Если человек пересекает 3 часовых пояса, он будет восстанавливаться больше 9 дней. Восстановление после пере-

сечения 6 поясов займёт больше 8 дней, а 9 поясов – 12 дней, то есть почти 2 недели.

Наум ДАВЫДОВ.
По материалам
Science World Report.

Чего только не рассказывают о великом русском учёном Дмитрии Ивановиче Менделееве! И то, что будто бы свою знаменитую таблицу он впервые увидел во сне, и что именно он сделал водку крепостью в 40°. Однако всё это не более чем мифы. Правда, в создании некоторых из них гениальный учёный сам принял весьма деятельное участие.

Трудно, почти невозможно найти такого россиянина, который не представляет себе, что такое таблица Менделеева. С ней так или иначе сталкивались все – хотя бы на школьных занятиях по химии. И точно так же жители нашей страны (и не только нашей) слышали о том, что гениальный российский учёный сначала увидел её во сне, и лишь потом, пробудившись, составил наяву.

Но на самом деле полная версия данной истории выглядит иначе.

В начале 1869 г. Дмитрий Иванович был близок к тому, чтобы открыть один из фундаментальных законов природы – периодический закон химических элементов (таблица же является его графическим отображением). Однако на последнем этапе работы дело у него совсем разладилось. Никогда не удавалось разместить известные химические элементы так, чтобы они отобразили изменение их свойств в связи с возрастанием атомного веса.

И вот измученный учёный в какой-то момент уснул прямо за рабочим столом и... увидел во сне ту самую таблицу, которую не мог составить наяву. Проснувшись, Менделеев быстро начертил её, потом проанализировал эту схему и понял – это именно то, что он пытался составить в течение 3 дней. Всё то, что было скрыто от его разума во время бодрствования, явилось во сне.

Данную историю можно прочитать во многих справочниках и журналах, посвящённых истории науки, а также услышать от школьных и вузовских преподавателей химии. Миллионы людей верили и продолжают верить в эту историю, не подозревая о том, что она – типичный миф.

Следует начать с того, что сам Дмитрий Иванович никогда не упоминал о «чудесном сневидении» ни в своём дневнике, ни в письмах друзьям. Существует, правда, сообщение его приятеля, известного геолога, профессора Петербургского университета А.А.Иностранцева (именно в честь него, а точнее говоря, за его тяжёлый характер, один из зверозубых ящеров, открытых учеником профессора, получил название «иностранцевий»), о том, что как-то раз Дмитрий Иванович рассказал ему буквально следующее: «Ясно вижу во сне таблицу, где элементы расставлены, как нужно. Проснулся, тотчас записал на клочке бумаги и заснул опять. Только в одном месте впоследствии оказалась нужной поправка». Интересно, что сам Иностранцев частенько потом приводил этот рассказ своим студентам как пример «психического воздействия усиленной работы мозга на ум человека». Так что, видимо, первым распространителем этого мифа являлся именно

Коллеги Дмитрия Ивановича вспоминали, что великий учёный постоянно работал над таблицей в течение нескольких лет и что имелось несколько её вариантов. Кстати, Менделеев продолжал корректировать её и после выхода работы о периодическом законе. Кроме того, стоит отметить, что Менделеев не был первым и единственным, кто предложил подобную таблицу. В 1864 г. немецкий учёный

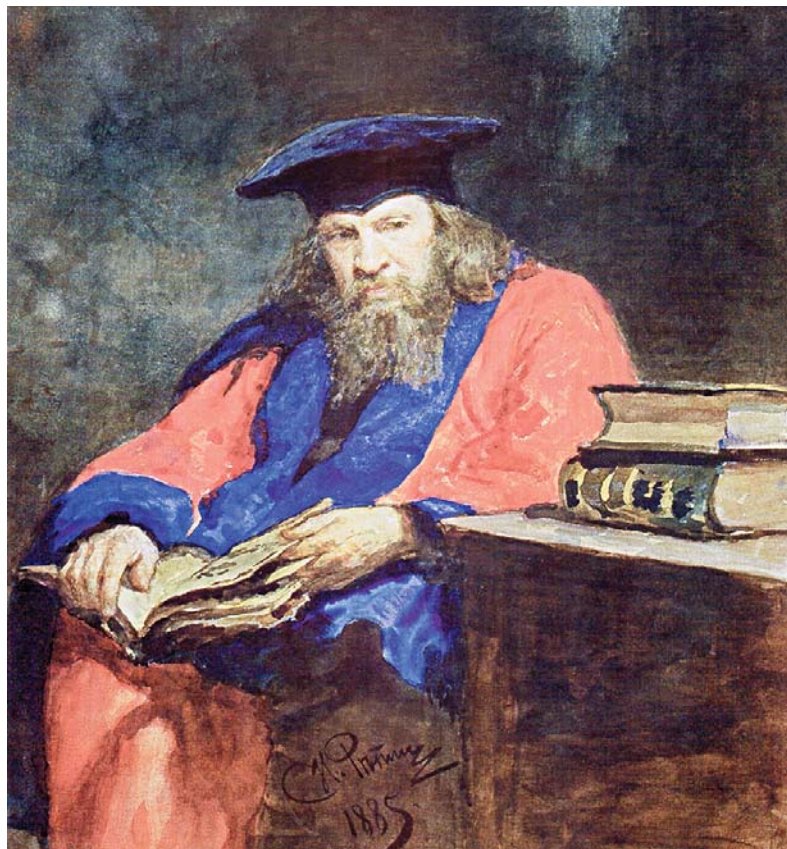
увидел окончательный вариант таблицы во сне? Если этот разговор действительно имел место (в чём есть сильные сомнения), то, возможно, великий химик просто пошутил, а Иностранцев принял всё за чистую монету. Все, кто знал Дмитрия Ивановича, говорили, что у него была своеобразная манера вести беседу и никто не мог понять сразу, шутит он, или говорит всерьёз. Если опираться на такую логику, то получается,

высоких концентраций – от 70° и выше. Более того, из опубликованных работ Дмитрия Ивановича нет ни одной, касающейся того, как оптимально разводить спирт при изготовлении водки. К тому же 40-градусный стандарт был установлен в России в 1843 г., когда Менделееву было всего... 9 лет, и сделало это тогдашнее правительство без участия каких-либо учёных и акцизных комиссий.

Далёкое – близкое

«Мифический» Менделеев

Как выглядят версии его изобретений на самом деле



Портрет Д.Менделеева работы И.Репина, 1885 г.

Александр Александрович, а также его студенты.

Но вот что интересно – сам Менделеев никогда не утверждал подобного факта при общении с представителями прессы и другими учёными. Более того, некоторые его высказывания напрямую опровергают гипотезу о том, что таблица была создана одномоментно. Например, на вопрос репортёра «Петербургского листка» о том, как родилась мысль о периодической системе, учёный отвечал: «...Не пятак за строчку! Не так, как вы! Я над ней, может, 25 лет думал, а вы полагаете: сидел, и вдруг пятак за строчку, пятак за строчку, и готово...»

Юлиус Лотар Мейер опубликовал свою таблицу, содержащую 28 элементов, размещённых в 6 столбцов, согласно их валентностям. А попытку связать свойства элементов с их атомным весом предложил в 1866 г. английский химик Джон Александр Ньюлендс, оформивший свои построения также в виде таблицы. И хотя оба этих способа систематизировать элементы оказались впоследствии ошибочными, тем не менее Дмитрий Иванович с данными таблицами был хорошо знаком, и, следовательно, «образцы» всегда были у него перед глазами.

Но всё-таки остаётся вопрос: зачем же Менделеев говорил Иностранцеву о том, что якобы

что Иностранцев не является автором мифа о таблице, увиденной во сне. А создал его сам Менделеев, хотя о том, что он станет таким популярным, учёный вряд ли подозревал.

Почему же в этот миф сразу поверили? Наверное, потому, что для многих людей, далёких от мира науки, настоящие методики построения научных теорий неведомы. Они не представляют, как строится научный поиск, прежде чем произойдёт открытие. А вот об озарении, пришедшем во сне, многие читали и знают с детства – ведь в большинстве сказок герои видят вещие сны. Такой порядок вещей кажется для обывателя более естественным, и в него легко поверить.

Другая байка, связанная с именем Менделеева, – это байка про водку. Многие всерьёз считают, что именно Дмитрий Иванович установил стандарт крепости русской водки в 40°. Будто бы в его докторской диссертации «Рассуждение о соединении спирта с водою» говорится о том, что подобное соотношение наименее вредит человеческому здоровью. В петербургском Музее водки одна из надписей на стенде гласит о том, что Менделеев считал идеальной крепость водки в 38°, но это число было округлено до 40 для упрощения расчёта налога на алкоголь. Более того, этот миф сегодня активно используется в рекламных целях. Так, например, на этикетках можно встретить надпись о том, что данный продукт «соответствует стандарту русской водки высшего качества, утверждённому царской правительственной комиссией во главе с Д.И.Менделеевым в 1894 г.»

Но, конечно же, всё это сказки. Начнём с того, что в диссертации Менделеева нет ни слова о работе со спиртовым раствором 40-градусной концентрации, учёный исследовал области более

А установлен этот стандарт был вот почему. В те времена акциз на алкогольную продукцию брали с каждого градуса. Следовательно, крепость напитка в каждом случае нужно было индивидуально измерять, а шкала измерений была крайне неточной. Кроме того, оказывалось, что на пути от производителя к потребителю при розничной торговле водка имела свойство «снижать градусы» – проще говоря, спекулянты просто разбавляли её, а продавали по цене неразбавленной. Именно для того, чтобы пресечь эти безобразия, а также чтобы облегчить процедуру взимания акцизов, правительство издало указ, по которому водка должна была поступать к потребителю исключительно 40-градусной (минимум в 38°). В противном случае участникам процесса грозила уголовная ответственность. А поскольку в России Николая I с жуликами особенно не церемонились, не прошло и года, как водка стала 40-градусной в большинстве питейных заведений и торговых лавок.

Что касается той самой «водочной» комиссии, то в реальности она была образована по предложению С.Ю.Витте в 1895 г. Причём Менделеев выступал на её заседаниях в конце года и только по вопросу об акцизах. И не сказал ни слова о «40-градусном стандарте».

Так что никакую 40-градусную водку Дмитрий Иванович не изобретал, и таблицу во сне не видел. Всё это лишь мифы. Но и разоблачение их не отнимает гордости за нашего соотечественника Дмитрия Ивановича Менделеева, кому по праву принадлежат лавры одного из гениальных химиков в истории человечества.

Кирилл ОРЛОВ,
внешт. корр. «МГ».

Имена и судьбы



Эпидемиолог, победивший оспу

Скончался начавший полвека назад борьбу со смертельно опасной болезнью американский врач Дональд Хендерсон

Американский эпидемиолог доктор Дональд Хендерсон, возглавлявший успешную кампанию ВОЗ по ликвидации оспы во всём мире, недавно ушёл из жизни. Учёный скончался в возрасте 87 лет из-за осложнений после перелома шейки бедра.

Решительную борьбу с натуральной оспой, от которой только в XX

веке погибли сотни миллионов человек, он начал в 1966 г. В те времена заболевание ещё было распространено в Африке и Азии. Американский эпидемиолог изолировал вспышки заболевания и прививал людей систематически вместо того, чтобы проводить массовые кампании вакцинации. Благодаря, в том числе, его усилиям оспу объявили побеждённой в 1980 г. Это была первая инфек-

ция, которую удалось искоренить в масштабах всего мира.

После успешного завершения карьеры во Всемирной организации здравоохранения Хендерсон с 1977 по 1990 г. являлся деканом Блумбергской школы общественного здоровья и здравоохранения Университета Дж.Хопкинса. Благодаря его усилиям это учреждение стало головным в сфере борьбы с ВИЧ/СПИДом. Также Хендерсон

занимал пост советника по науке и биотерроризму при трёх американских президентах. В 2002 г. он получил высшую гражданскую награду США – «Президентскую медаль Свободы».

Хендерсона называли «гигантом» в здравоохранении за его работу в 1960-1970-е годы.

Василий СЕВЕРСКИЙ.
По материалам Reuters.

На окраине Ташкента, невдалеке от глинобитной обшарпанной детдомовской двухэтажки, находился глубокий водоём. Мы, пацаны и девчонки, ловили в нём самодельными бреднями мелкую рыбёшку, раков. Учились плавать. И укрывались от жары в его густой прибрежной ветловой поросли.

Но вот однажды на исходе тропически знойного дня, перекупавшись, я вдруг чуть не утонул. Выручил меня рыбачивший вблизи на надувной резиновой лодке узбекский юноша, имя которого, к стыду своему, я позабыл.

Вообще приключение это, не такое, в сущности, страшное, со счастливым к тому же финалом, вряд ли запомнилось бы на всю жизнь, не начни я после него заикаться. Причём как-то странно, необычно. Наедине с собой, например, мог свободно читать вслух любой текст. Но стоило кому-либо оказаться рядом, тут же возникал спазматический речевой затор. То же самое происходило со мной в школе во время устных ответов. И чем старше становился, тем сильнее угнетала меня эта моя логопатическая ущербность. Ни в одной из местных амбулаторий и клиник, в том числе и в ведущем из них – ТашМИ, меня не вылечили. А между тем, выяснил я, в Ленинградском научно-исследовательском институте уха, горла, носа и речи давно и успешно, как сказано в каталоге, блокируются различные виды косноязычных аномалий.

Написал письмо. Прислали вызов. Поехал.

Там мне наконец поставили точный диагноз: психастения. То есть завышенная неуверенность в себе, болезненная мнительность, тревожность, пугливость... В связи с чем назначили ежедневные внутривенные инъекции нейролептических препаратов. А в остальном ленинградская дефектологическая методика не отличалась от ташкентской. Всё тот же гипноз, тренаж со специальными фонетическими упражнениями, удвоенная продолжительность сна.

И опять мне не повезло. Коэффициент полезности оказался нулевым. Но эта неудача огорчила меня гораздо сильнее, чем предыдущая. Исколесить в плацкартном вагоне тысячи вёрст, целый месяц проваляться на больничной койке, влезть по уши в долги – от всех этих зряшных передрыг я стал относиться к медицине более чем скептически.

И всё-таки когда в Узбекистан прибыл с гастролями знаменитый экстрасенс и иллюзионист Вольф Мессинг, я не устоял перед искушением вновь попытаться освободиться от постылого и сковывающего недужья.

В его рекламных афишах меня прежде всего, конечно же, привлекало, цитирую, «эффективное купирование всевозможных хронических депрессиогенных патологий».

...Участники сеанса, человек 25-30, были рассажены на открытой летней эстраде Центрального парка культуры и отдыха. Именитый маэстро появился на сцене в строгом тёмно-сером костюме и чёрных роговых очках. Просмотрев по-

в возможности справиться со своею опостылевше-угнетающей неполноценностью. От чего не избавили меня среднеазиатские и северостолчные логопеды, а также ясновидящий чудодей и провидец, сумел огрadyть доцент Литинститута им.

одновременно с тем пробовал себя в беллетристике. И когда журнал «Байкал» опубликовал мою первую повесть «Отпуск в страду», мне очень захотелось поделиться этой своей удачей с Ковалёвым.

Позвонил домой.

валяй. Послушаю, кого это ты там жалеешь.

– Внятно прочесть при вас не сумею, – сказал я грустно.

– Почему? – удивился он.

Я объяснил.

– Сделаем вот что, – проговорил задумчиво. – Перед тем как

А ещё был случай

Клин вышибается клином

Психологический аналог гомеопатии



данные ему записки, неспешно стал прохаживаться взад-вперёд, делая при этом руками гармонично-плавные, пластичные пассы. Остановился. Обвёл всех зорким остро-пристальным взглядом. И размеренно и чётко произнёс:

– Я высвободил из-под спуда заторможенную вашу волю, физическую и духовную энергию. И вы, отныне и навсегда, избавлены мной от своих бывших многолетних неодолимых пороков (следовал поимённый перечень).

И это тепепатическое заклинание было повторено им троекратно. Я украдкой огляделся. И вижу: кто-то обмяк, кто-то, напротив, замер, а кто-то уснул и сомнамбулически с опущенными веками разговаривает с самим собой. На меня же все эти шаманоподобные телодвижения, магический взор и волховое пророчество ни тогда, ни потом не оказали никакого целебного воздействия. И я окончательно утратил веру в выздоровление.

Разумеется, пробовал себя ободрить. Живут же люди с действительно трагической немощью: слепотой, безножием, параличом. И не скулят, не отчаиваются, не впадают в прострацию... Однако от такого вот лукаво-обманного самоутешения не делалось легче. Всё больше становился угрюм, нелюдим, мрачен. Но как выяснилось, преждевременно я разуверился

А.М.Горького, поэт и переводчик Дмитрий Михайлович Ковалёв...

Познакомились мы во Льгове, куда он, приезжая в каникулярные месяцы, иногда захаживал в редакцию местной межрайонной газеты, где я заведовал отделом.

Отдыхать на Куршине у него было два резона: жена льготянка и, кроме того, в этом нешумном, чистом и уютном юнорусском городке можно надыхаться вволю и запастись впрок освежающе-стойким озоном и тишиной в пик московскому смраду и сутолоке. И вот как-то в одном из таких посещений он подошёл к моему письменному столу, поздоровался за руку и сказал:

– С интересом читаю твои фельетоны. Не мелкотравчатого. Азартно. И на вполне приличном литературном уровне. Молоток. Так держать!

– Буду стараться, – ответил я. – Спасибо.

– Погоди благодарить. Ещё не всё.

Достал из бокового кармана видавшей виды, но всё ещё добротной походно-будничной замшевой куртки небольшую, в мягком бирюзовом переплёте книжцу: «Озимь. Стихи». Подписал и вручил её мне...

А следующая наша встреча произошла много позже, более десяти лет спустя. В ту пору я редактировал газету Московского авиационного института и

– Приезжай, – пригласил. И продиктовал адрес.

Он сильно внешне изменился. До измождённости исхудал. Побледнел. Под глазами матово-серые отёки. Я не удержался, спросил:

– Болеете?

Он утвердительно кивнул:

– На прошлой неделе вернулся из госпиталя. Всю Отечественную провёл на подлодке. Тонул. Был ранен. Теперь вот аукнулось. Диабет. Да тут ещё простыть угораздило. Плевра воспалилась.

– А я сдурю притащил вам мармелад в шоколаде.

– Всё путём, как гутарят у нас на Куршине. – Светло улыбнулся. – Внучата мои в выходные нагрянут. Будет кому полакомиться.

Полдничили мы глазуньей. Пили чай вприкуску с сорбитовой пастиллой и диетическим овсяным печеньем.

Полистал «Байкал». Прочёл из «Отпуска» пару абзацев.

– Не ограничился фельетоном? Взял новую высоту, – сказал одобритительно. – Молоток. Так держать!

– Пытаюсь... Недавно вот сочинил ещё одну повестушку. «Жалость». Может, как-нибудь посмотрите на досуге? – стеснённо произнес я.

– Она у тебя с собой?

– Да. В машинописном варианте.

– Ну ты хитрован, – добродушно усмехнулся. – Ладно,

читать, будто бы повинись... Ну скажем так: за не вполне отчётливую дикцию.

– Думаете, поможет? – осторожно, с безнадёжно-унылым сомнением спросил я.

– Гомеопатический этот метод не мной придуман. Его открыл около 200 лет назад немецкий врач Ганеман. Подобное лечится подобным. Я предлагаю тебе психологический аналог, который мною неоднократно опробован в Литинституте. Он и вправду безупречен. Результативность, к сожалению, невелика: один к трём. Но кто знает, может, тебе повезёт?

Терять мне всё равно было нечего.

Попробовал.

И вопреки своему, как мне казалось, неодолимо маловерию, ошеломляюще-изумлённо понял – могу! И в тот момент я был беспредельно, до крайности, чертовски счастлив!..

С тех тогдашних молодых моих лет и поныне, состарившийся, если приходится на людях читать или что-либо декламировать, непременно произношу ставшее для меня сакральным извинение: не обессудьте, мол, если буду перед вами слегка спотыкаться.

Срабатывает безотказно. Клин вышибается клином.

А ещё, когда я гостил у Ковалёва, он перед моим уходом спросил:

– Бываешь во Льгове?

– Ездил в позапрошлом году, – ответил я.

– Как там наш Сейм? Лесопарк? Загорал? Ходил по грибы?

Наступила продолжительная пауза.

И, наверное, в эти минуты он, как и я, мысленно представил себе широкий извилисто-волнистый речной плёс и просматривающийся от кромки песчаной отмели до самого горизонта высокоствольный кряжистый хвойно-лиственный бор.

...А «Жалость» моя тогда, в последнюю нашу встречу, ему понравилась.

Похвалил.

– Молоток, – сказал. – Так держать!..

Однако, к великой моей печали, нам никогда не суждено будет больше увидаться...

Михаил БРОДИН,
член Союза писателей и Союза журналистов России.

Москва.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-07-00376 Тираж 28 420 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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