

Медицинская

9 августа 2017 г.
среда
№ 58 (7776)

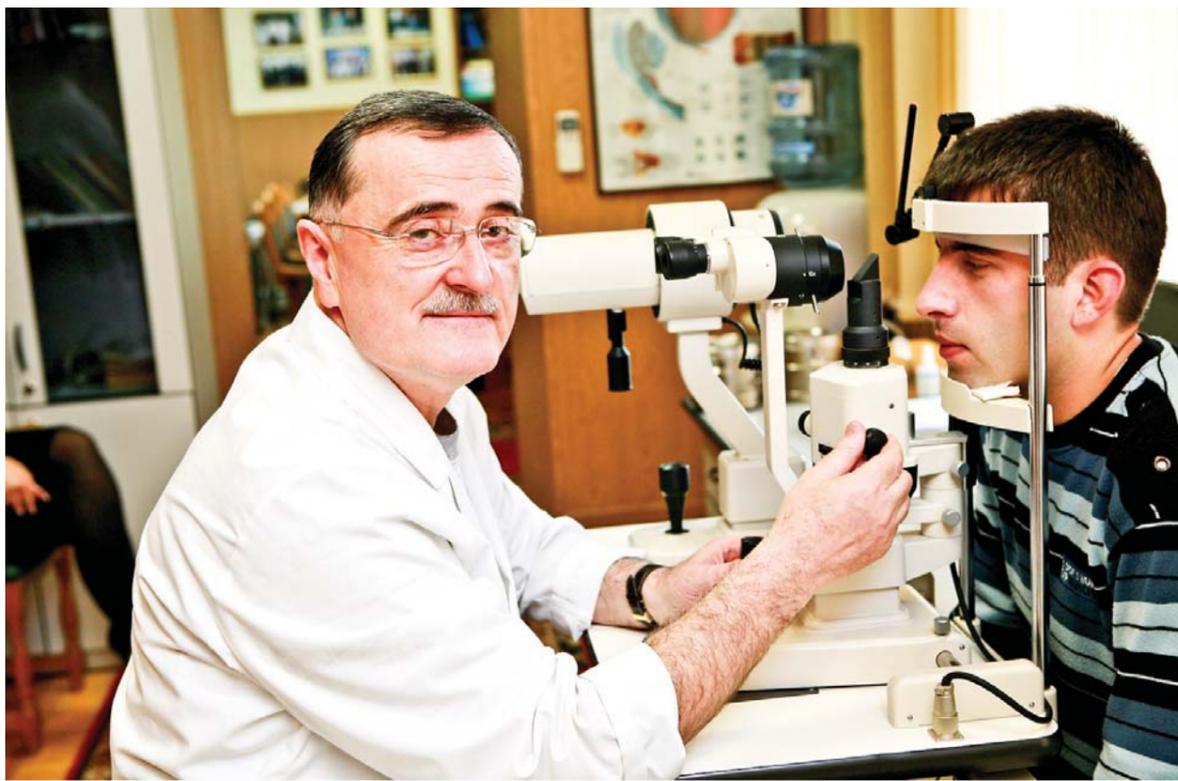
Газета®

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

Работают мастера

На берегу седого Каспия

Дагестанскому центру микрохирургии глаза исполняется 15 лет



С «лёгкой руки» академика Святослава Фёдорова и по его совету было выбрано место под строительство центра микрохирургии глаза – офтальмологической клиники в Республике Дагестан по типу знаменитых «фёдоровских» модулей. Здесь тогда наметили чётко соблюдать основные принципы работы МНТК «Микрохирургия глаза» с учётом адаптации к местным условиям. Клиника возводилась на берегу Каспия. Красота и энергетика волн, шум прибоя, тёплый ветерок с моря должны были стать дополнительными восстановительными факторами. Психологами давно замечено, что морской пейзаж легко настраивает на оптимистический лад.

В Международный день офтальмологии, который отмечается с

Абдул-Гамид Алиев осматривает очередного сложного пациента

2004 г. ежегодно в день рождения Святослава Николаевича, в Дагестане обязательно отдадут дань памяти выдающемуся врачу. В этот день проводятся бесплатные консультации, читаются лекции о корифее отечественной офтальмологии.

Директор Дагестанского центра микрохирургии глаза, заведующий кафедрой глазных болезней Дагестанского государственного медицинского университета, лауреат международной премии имени академика С.Н.Фёдорова, главный офтальмолог Северо-Кавказского федерального округа, профессор Абдул-Гамид Алиев считает С.Фёдорова своим учителем и наставником. Первое знакомство с академиком С.Фёдоровым, отмечает профессор А.-Г.Алиев, состоялось в далёком 1980 г.,

когда он руководил ещё ЦНИЛ микрохирургии глаза в Москве. В то время С.Фёдоров написал внешний отзыв о его кандидатской диссертации, при этом проявив неподдельный интерес к работе.

Приезжая выступать на конференции в Москву, А.-Г.Алиев первым делом ехал на приём к академику. Несмотря на свою занятость, С.Фёдоров всегда находил время, чтобы расспросить о работе коллег из горной республики. Неоднократно прилетал Святослав Николаевич в Махачкалу. Ему были интересны дагестанцы, особый колорит горного края. А.-Г.Давудович очень ценит эти встречи, понимая, с каким великим учёным его свела судьба.

(Окончание на стр. 5.)



Антонина ЧУБАРОВА,
главный неонатолог Департамента здравоохранения Москвы, профессор:
Несмотря на постоянное повышение технологичности оказываемой нами медицинской помощи, сами эти технологии становятся всё менее агрессивными к пациенту.

Стр. 7

Юрий АЛЕКСАНДРОВСКИЙ,
руководитель отдела ФМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, член-корреспондент РАН:

Всегда можно найти путь общения с так называемыми сложными людьми – для этого, несомненно, нужны знания деонтологии.

Стр. 10



Христо ТАХЧИДИ,
проректор по лечебной работе РНИМУ им. Н.И.Пирогова, член-корреспондент РАН:

Своевременная помощь – вот залог успешного лечения.

Стр. 12



Профилактика

Марафон здоровья

В дальневосточном городе Находке прошла акция, объединившая под лозунгом «Пешком к здоровью!» более ста человек. Её организаторы – Департамент здравоохранения Приморского края, Владивостокский клинично-диагностический центр, Находкинская городская больница, администрация и дума Находкинского городского округа.

Идея проста – чтобы обезопасить себя от болезней, достаточно больше двигаться и чаще ходить пешком. Качество своей жизни можно улучшить простым и доступным способом – проходя 10 тыс. шагов в день.

Все желающие смогли измерить основные параметры здоровья, принять участие в разминке под руководством врача лечебной физкультуры, а также поучаствовать в импровизированном мастер-классе по скандинавской ходьбе, организованном спе-

циалистами краевого центра медицинской профилактики.

Инициатором проекта «10 000 шагов» в России выступила Лига здоровья нации под руководством профессора Лео Бокерия. Доказано – регулярные пешие прогулки в удобном темпе заряжают энергией, поднимают настроение, помогают сбросить вес и поддерживают работу организма. Это профилактика не только сердечно-сосудистых болезней, но и остеопороза, сахарного диабета, гиподинамии. Акция нашла отражение в краевой программе «Здоровое Приморье».

Благодаря врачам Владивостокского клинично-диагностического центра марафона здоровья прошли в Спасске, Дальнегорске, Лесозаводске, Артёме и Арсеньеве. Теперь к проекту присоединилась и Находка.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Находка.

Начеку!

Доктор всегда готов к полёту

В Туве за 2 месяца реализации проекта по развитию санитарной авиации специальный медицинский вертолёт выполнил 45 вылетов в отдалённые районы республики.

Новая винтокрылая машина МИ-8 МТВ, оснащённая медицинским модулем, прибыла в Кызыл из Ханты-Мансийского автономного округа в конце мая и останется здесь до конца года. Как подчёркивают в Министерстве здравоохранения Республики Тыва, полёты в регионы для оказания помощи на

месте или транспортировки тяжёлых больных в город начались сразу же, как только вертолёт появился в распоряжении тувинских медиков.

Благодаря работе санавиации к настоящему времени 64 сельских жителя Тувы осмотрены и проконсультированы прибывшими из Кызыла врачами, из них 52 человека эвакуированы и экстренно госпитализированы в республиканские лечебные учреждения. Половина перевезённых из дома в больницу «пассажиров» санитарного вертолёта – дети.

За 2 месяца лётчики и врачи провели в воздухе 137 часов. При таких темпах использования «летающего госпиталя» тувинским медикам только-только хватит установленной до конца этого года нормы часов полётов. Здесь надеются на то, что федеральный проект «Развитие санитарной авиации» будет продолжен в дальнейшем.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Кызыл.

Stormoff®
СЕРВИСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ

Сервисное обслуживание
медицинской техники

- Комплексное обслуживание ЛПУ
- 60 сертифицированных сервисных инженеров
- Сертификаты ведущих производителей
- Лицензия на использования ИИИ
- Лицензия на метрологическое обслуживание
- 300 единиц подменного оборудования

+7 (495) 780-76-90; service@stormoff.com
www.stormoff.com

Новости
**Глава государства
у медиков поликлиники**

Президент России посетил поликлинику № 1 Кировского клинко-диагностического центра. Медицинское учреждение с апреля 2017 г. участвует в федеральном пилотном проекте «Бережливая поликлиника», направленном на повышение доступности и качества медицинской помощи.

Владимир Путин ознакомился с работой регистратуры, побеседовал с медиками. По словам главного врача Софьи Войтко, в ходе реализации проекта в 3 раза (до 10 минут) сократилось время ожидания в процедурном кабинете, а время работы с пациентом увеличилось в 3 раза.

Хирург Андрей Косолапов рассказал главе государства о комплексной медицинской информационной системе. К ней подключены все медицинские работники. Эта система установлена на электронном рабочем месте врача и медсестры. Она имеет высокую степень защиты, в ней дублируется амбулаторная карта пациента в электронном виде. Всё это позволяет значительно сэкономить время пациентов.

В ходе посещения поликлиники В.Путина сопровождали министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова, первый заместитель руководителя Администрации Президента Сергей Кириенко, полномочный представитель Президента в Приволжском федеральном округе Михаил Бабич, исполняющий обязанности губернатора Кировской области Игорь Васильев.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Киров.

Не терпеть боль

В Министерстве здравоохранения Омской области продолжается реализация мероприятий, направленных на повышение доступности обезболивающих наркотических лекарственных средств онкологическим пациентам, получающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В Прииртышье отпуск наркотических и психотропных лекарственных препаратов осуществляют 42 аптеки, расположенные в 5 административных округах Омска и во всех муниципальных районах области.

Для повышения доступности обезболивающих наркотических лекарственных препаратов региональным Минздравом проведён комплекс мероприятий. В частности, в учреждениях здравоохранения организован внеочередной приём онкологических пациентов и их родственников, обратившихся для получения рецептов на назначенные ранее обезболивающие наркотические лекарственные препараты.

При первичном назначении наркотических анальгетиков выдаётся «Памятка для пациентов и их родственников по вопросам обезболивания» с разъяснениями, в какую конкретно аптеку нужно обращаться для получения по рецепту выписанных лекарств. В поликлиниках ведутся регистры пациентов, которым назначены наркотические лекарственные препараты. В уполномоченной организации обеспечивается необходимый запас таких болеутоляющих средств.

Особое внимание также уделено обратной связи с пациентом и его родственниками: на базе хосписного отделения городской больницы № 17 организована горячая линия для населения и медицинских работников по вопросам оказания медицинской и лекарственной помощи онкологическим пациентам.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

**С путёвками
на «медицинскую целину»**

В Архангельске сформирован первый Всероссийский медицинский студенческий отряд «Коллеги», участники которого будут работать в качестве младшего медицинского персонала в городских больницах. И уже 33 человека из 10 регионов страны приступили к делу.

— Мы постарались создать оптимальные условия для студотряда. Ребята будут проходить практику в Архангельской областной клинической больнице и первой городской клинической больнице им. Е.Е.Волосевич. Именно в Архангельске они сделают первый шаг в профессию, получат богатый опыт работы и откроют для себя новые грани медицины, — отметил глава регионального Минздрава Антон Карпунов.

Анна УРАЛЬСКАЯ.

Архангельск.

Герiatricкая служба в госпитале

Пермский край вошёл в число субъектов Российской Федерации, где будет реализован федеральный пилотный проект «Территория заботы». В нём участвуют также Белгородская, Самарская, Волгоградская, Воронежская, Калужская области и Республика Башкортостан. Здесь должна быть создана трёхуровневая система оказания помощи пожилым гражданам: в поликлиниках — отделения или кабинеты, в стационарах — герiatricкие отделения или койки.

Около 80% лиц старшего поколения в крае страдают множественной хронической патологией. Вместе с тем у медицинских работников недостаточно квалификации в вопросах герiatricрии, а потому большинство герiatricческих синдромов остаются нераспознанными.

Но и сделано уже немало для эффективной помощи пожилым людям. В Прикамье начинает создаваться герiatricкая служба, она действует в Пермском краевом госпитале для ветеранов войн. Здесь работает герiatricкий центр на 120 коек. В дальнейшем он станет методическим органом для развития профильных филиалов и кабинетов в лечебных учреждениях. На кафедре терапии и семейной медицины Пермского государственного медицинского университета прошли курс переподготовки 14 врачей по специальности «герiatricрия».

Наталья НОВИЦКАЯ.

Пермь.

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

Тенденции

Быстро, бесплатно и эффективно

Многое о здоровье астраханцев скажет диспансеризация



В медицинских учреждениях Астраханской области для раннего выявления заболеваний сердечно-сосудистой системы, новообразований и другой патологии продолжается диспансеризация населения.

По итогам прошлого года около 173 тыс. астраханцев прошли медицинские осмотры. За 6 месяцев этого года у врачей побывали 83 773 человека. И есть уверенность, что до конца года таких сознательных граждан, пекущихся о своём здоровье, будет больше, чем прежде.

Продолжают свою работу и мо-

Стандартная процедура – измерение артериального давления

бильные медицинские бригады. В обследовании населения задействовано 7 передвижных флюорографов, передвижной маммограф, 2 мобильных поликлиники и 2 поликлинических модуля.

Как известно, диспансеризация – это комплекс мероприятий, который включает медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и ряд диагностических методов обследования. Обследованию в Астраханской области подлежат лица в возрасте 18 лет и старше: работающие и неработающие граждане, обучающиеся в

образовательных организациях по очной форме.

Подробную информацию о сроке, порядке и условиях прохождения диспансеризации и профилактических осмотров граждан региона получают в регистратуре поликлиники, в отделении (кабинете) медицинской профилактики, у своего участкового врача, а также по телефону горячей линии областного Министерства здравоохранения.

Анна ЖВАЧКИНА,
внешт. корр. «МГ».

Астраханская область.

Сотрудничество

Три дня с коллегами из Кореи

В приморском городе Спасске-Дальнем завершила свою работу совместная Российско-корейская научно-практическая конференция, которая проходила согласно подписанному меморандуму между Департаментом здравоохранения Приморского края и Республикой Корея о сотрудничестве в области здравоохранения. В ходе мероприятия корейские врачи читали лекции и делились опытом с российскими коллегами по важнейшим направлениям профессиональной деятельности в области современной хирургии и стоматологии. В течение 3 дней в конференции участвовали 46 человек из Кореи – врачей, медицинских сестёр, волонтеров и переводчиков.

В первый день врач Гын-Сок Янг поделился опытом применения МРТ/МРА в диагностике цереброваскулярных заболеваний, а доктор Пил-Рян Ли рассказал о пренатальной диагностике и фетальной терапии на примере медицинского центра в Сеуле. С российской стороны хирург-травматолог краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи материнства и детства Дмитрий Зиганшин представил клинические результаты артроскопических операций за последние 5 лет.

Также отечественными и корейскими специалистами были прочитаны лекции о лечении позвоночника с помощью графического

руководства, эпидуральных стероидных инъекциях как методах лечения острого и хронического синдрома болей в спине, общем понятии радиоактивного облучения. В Спасской городской больнице проходили демонстрации лечебных и диагностических технологий – лечение позвоночника с помощью графического руководства, ультразвуковая оценка сонной артерии, пренатальный уход за беременностью с высоким риском.

В рамках обучения для стоматологов специалисты читали лекции и проводили мастер-классы по имплантации, стоматологическим и периодонтальным заболеваниям.

Как подчеркнула главный врач Спасской городской больницы Светлана Забудская, программа пребывания корейских медиков носила исключительно обучающий характер:

— Специалисты из Южной Кореи не вели приём местных жителей, программа не предусматривала каких-либо консультаций наших пациентов. Но, несомненно, визит корейских врачей стал важной вехой в области сотрудничества двух стран и принёс огромную пользу приморским докторам. В течение 3 дней наши восточные коллеги прочитали целую серию лекций и дали несколько практических мастер-классов – как в городской больнице, так и в стоматологической поликлинике. Надеюсь, что прошедшая конференция поможет укрепить межнациональные профессиональные связи и преодолеть возможность для наших врачей приезжать на обучение в Южную Корею, известную высоким уровнем своей медицины.

Иван КОЗЛОВСКИЙ.

МИА Cito!

Приморский край.

В центре внимания

Недопустимо снижать доступность

Президент РФ Владимир Путин провёл рабочую встречу с министром здравоохранения Вероникой Скворцовой

Глава ведомства проинформировала Президента о ситуации в системе здравоохранения России и перспективах её развития. По словам В.Скворцовой, самая частая причина обращений в министерство, в Росздравнадзор и в региональные департаменты здравоохранения – доступность медицинской помощи.

– Мы начали системно заниматься этой проблемой с 2014-2015 гг., – сказала она. – Впервые, обновили всю нормативную базу по потребностям в различной медицинской инфраструктуре в населённых пунктах, с разной численностью населения и расстоянием до ближайшей медицинской организации. Впервые установили предельные сроки ожидания медицинской помощи: неотложной, скорой, специалистов первичного звена, участковых врачей, плановой госпитализации и т.д.

На основе этой информации Минздрав России создал геоинформационную интерактивную карту, на которую послойно поместили все 157 тыс. населённых пунктов, всю транспортную инфраструктуру и 74 тыс. медицинских организаций. Эта карта позволяет автоматизированно для каждого населённого пункта просчитывать время, плечо доставки для оказания того или иного вида помощи.

В.Скворцова представила для примера слайд: город Апатиты и находящийся рядом, в 17 км,

Кировск. Было показано, как программа автоматически рассчитывает с учётом состояния дороги и даже сезонности время доставки – 23 минуты. На карте – имеющиеся медицинские организации с мощностями, койками, профилями. В результате министерство к началу 2016 г. для каждого региона, жителей каждого населённого пункта просчитало существующие риски.

– К маю 2016 г. мы со всеми губернаторами заключили соглашения и подписали «дорожные карты» по устранению тех рисков и недостатков, которые были выявлены, – подчеркнула министр. – За последние 5 лет было построено 2 тыс. новых медицинских объектов, из них большая часть – первичного звена и сельской медицины. Только за прошлый год сдано более 550 объектов, 500 – это ФАПы, фельдшерские пункты, сельские амбулатории и офисы врачей общей практики. Кроме того, отремонтированы здания 20 тыс. лечебных учреждений, за прошлый год – 2650. В основном это небольшие объекты, но очень нужные жителям.

Тем не менее, признала В.Скворцова, на 1 января 2017 г. сохраняются 9900 населённых пунктов (из 157 тыс.), имеющие ограничения и риски по доступности в соответствии с нормативом медицинской помощи того или иного рода.

При этом в России сёл, посёлков, где проживает до 100 человек, насчитывается 80 тыс. Не имеют доступа к первичной помощи в

шаговой доступности (хотя бы в течение часа) из них всего 8866. Населённые пункты от 100 до 1 тыс. человек, которые точно так же не обеспечивают этого показателя, 43 тыс. Здесь не хватает 865 ФАПов. Если взять следующую группу (от 1 тыс. до 10 тыс. проживающих), то ей не хватает 169 сельских амбулаторий.

С учётом этого была составлена программа по строительству недостающих ФАПов, сельских амбулаторий и закупки мобильных диагностических модулей. Этот приоритетный проект был обсуждён предварительно в Правительстве на уровне вице-премьеров, он был одобрен. Можно надеяться, что в ближайшее время его удастся «запустить» в помощь регионам.

Следующая составляющая доступности – второй год Минздрав России реализует программу по обновлению машин скорой помощи. В прошлом году заменено 37% парка машин со стажем более 5 лет – это линейные «скорые» класса В – и 19% реанимобилей. В этом году программа будет продолжена, и минимум тысячу машин закупят для регионов. Впервые в этом году в 34 регионах реализуется программа по развитию санитарной авиации. Она должна ускорить оказание экстренной медицинской помощи для жителей труднодоступных районов.

Андрей ДЫМОВ,
МИА Сито!

Москва.

Ориентиры

Врачи должны ощущать поддержку

Глава Министерства здравоохранения Калининградской области Александр Кравченко представил в региональную думу новую кадровую программу.

– Учитывая трёхлетний период по привлечению врачей и сокращению дефицита кадров, мы сложили воедино уже работающие меры социального сопровождения специалистов, наши потенциальные возможности и опыт других регионов, – пояснил он.

Большой раздел программы занимают варианты решения жилищного вопроса. Это предоставление служебного жилья и жилых помещений коммерческого использования, поддержка молодых семей в рамках федеральной программы «Жилище», выплата субсидий на погашение ипотечного кредита молодым врачам до 36 лет. Из мер социальной поддержки, которые предполагается установить впервые, глава Минздрава назвал ежемесячную

компенсацию стоимости найма жилья для прибывших специалистов, а также выпускников профильных вузов сроком на 3 месяца с момента начала трудовой деятельности. С учётом подоходного налога и иных сборов такая выплата может составить 15 тыс. руб. Новшеством может стать и предполагаемая выплата на приобретение жилого помещения или строительство индивидуального жилья в размере 30% от его стоимости молодым в возрасте до 40 лет, остродефицитных специальностей, в которых один из супругов трудится в государственной медицинской организации. Таким образом, предполагается привлекать в регион до 27 семей ежегодно.

В качестве мер материальной поддержки медицинских специалистов в программе оставлены такие востребованные, как 200 тыс. руб. единовременных подъёмных при первом трудоустройстве по окончании ординатуры, ежемесячные 2 тыс. обучаю-

щимся в ординатуре по целевому набору, 1 млн участникам программы «Земский доктор». К этому перечню добавились возможное возмещение обучения по остродефицитным специальностям, а также выплата в течение 3 лет от 300 до 600 тыс. руб. в зависимости от муниципалитета врачам, прибывшим на работу в область.

Также министерство начнёт работу по формированию кадрового резерва для замещения должностей руководящего состава. «Для нас это очень важно. Медики должны ощущать возможность карьерного роста. Соответственно, нам необходимо вовлечь их в систему непрерывного образования», – сказал А.Кравченко.

Депутаты областной думы единогласно поддержали кадровую программу, представленную министерством.

Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Калининград.

Проекты

Десант в отдалённые районы

На заседании координационного комитета Фонда президентских грантов по развитию гражданского общества определены победители грантового конкурса страны.

Так, совместный проект «Выездная семейная школа профилактики сахарного диабета и гипертонии для населения, проживающего в отдалённых и труднодоступных населённых пунктах Республики Коми», представленный научным медицинским центром Северо-западного отделения Российской академии наук и Центра медицинской профилактики Республиканского врачебно-физкультурного диспансера, получит 2 293 600 руб.

Специалисты центра медицинской профилактики будут выезжать в медицинские учреждения отдалённых и труднодоступных населённых пунктов, где будут организованы школы сахарного диабета.

Проект будет реализовываться на территории республики в те-

чение 2017-2018 гг. Основная его цель – повышение информированности пациентов с сахарным диабетом, их родных и близких об особенностях этого заболевания, факторах риска его развития.

Особенностью данной инициативы является обязательное обучение в школах медицинских работников, которые в дальнейшем будут проводить занятия с населением, в том числе с выездом в отдалённые и труднодоступные населённые пункты.

– Проект, несомненно, даст хорошие результаты по оздоровлению, здоровьесбережению и снижению заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями. Это одна из важнейших задач, стоящих сегодня перед отраслью здравоохранения региона, – отметил министр здравоохранения Республики Коми Дмитрий Березин.

Галина ВАСИЛЬЕВА.

МИА Сито!

Сыктывкар.

Санитарная зона

Если вы собрались в жаркие края...



Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека предупреждает о напряжённой эпидемиологической ситуации в странах с жарким влажным климатом по ряду болезней, передающихся комарами.

За последние 10-15 лет наблюдается значительный рост заболеваемости лихорадкой денге в различных регионах. В настоящее время, информирует Роспотребнадзор, подъём отмечается в странах Юго-Восточной Азии и Западно-Тихоокеанского региона, где в течение 2016-2017 гг. зарегистрировано свыше 845 тыс. случаев лихорадки денге. Наибольшее число заболевших оказалось на Филиппинах, Шри-Ланке, в Индии, Малайзии и Вьетнаме. Неблагополучие по лихорадке денге также регистрируется в странах Панаме-риканского региона. С начала года заболели свыше 300 тыс. человек, особенно много пострадавших отмечается в Бразилии, на долю которой приходится половина заболевших по данному региону, а также в Перу и Никарагуа.

В Индии к середине июля число заболевших превысило 30 тыс. человек, 94 закончились летальным исходом. Также там отмечается подъём заболеваемости лихорадкой чикунгунья, где с сентября 2016 г. по настоящее время зарегистрировано 71,8 тыс. случаев этой патологии.

Лихорадка чикунгунья распространена также в Западном полушарии. На середину июля 2017 г. в Панаме-риканском регионе зарегистрировано 60,2 тыс. случаев заболеваний. Наибольшая доля заболевших приходится на Бразилию, где за прошедший период в медицинских учреждениях страны обратились порядка 52,7 тыс. человек с признаками заболевания, 13 из которых скончались.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека рекомендует выбирать для отдыха за рубежом страны, благополучные в эпидемиологическом отношении, и соблюдать меры по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сито!

Москва.

Законодательная и исполнительная ветви власти столицы совместно разработают новый формат вытрезвителей – к такому выводу пришли участники совместного заседания Комиссии Московской городской думы по законодательству, регламенту, правилам и процедурам и Комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья.

Нужда заставила...

Система учреждений для временного содержания лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, необходима столице, а её ведомственная принадлежность и другие организационные вопросы требуют совместной проработки городскими законодателями и исполнительной властью, отмечалось на заседании.

Председатель комиссии Московской городской думы по законодательству, регламенту, правилам и процедурам Александр Семенов напомнил историю вопроса: «В ходе разработки законодательной инициативы об ужесточении наказания за нападение на медиков выяснилось, что большинство таких случаев происходит по вине пьяных пациентов. Раньше система вытрезвителей оттягивала на себя таких граждан. Нынче же они идут в общем потоке больных, создавая угрозу как людям в белых халатах, так и другим пациентам. Печальная статистика говорит о том, что до 35% поступающих в амбулаторию находятся в нетрезвом состоянии. Не вижу другой альтернативы, кроме как создание таких учреждений, в которых бы пьяными пациентами занимались и врачи, и представители соцсферы, и сотрудники правоохранительных органов или Росгвардии».

Если в 2011 г. в стране было зафиксировано 263 тыс. преступлений, совершённых гражданами, находящимися в нетрезвом состоянии, то в 2016 г. – 440 тыс. Медучреждения при этом стали зонами конфликта.

– Есть общее понимание, что такие учреждения, как вытрезвители, городу необходимы, – отметила председатель комиссии городской думы по безопасности Инна Святенко. – Тем, кто находится в беспомощном состоянии, нужно оказывать медицинскую помощь и подчас экстренную. В то же время необходимо защитить ни в чём не повинных людей от неадекватного поведения пьяных сограждан. Проработка

Перспективы

В Москву вернутся вытрезвители

В какой форме это будет, решат Мосгордума и правительство города



За выпившими москвичами и гостями столицы снова будет присмотр

вопроса о создании системы вытрезвителей началась: проведены депутатские слушания, рабочие и межведомственные встречи.

– За последние 2 года после вступления в силу федерального закона о полиции полномочия по оказанию помощи нетрезвым гражданам так и не «дошли» от органов внутренних дел в систему здравоохранения, – полагает председатель Комиссии городской думы по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова. – На сегодняшний день нетрезвых просто привозят в больницы. Там есть возможность оказать медпомощь, но нет защиты от пьяных дебоширов. Под угрозой оказались жизнь и здоровье как людей в белых халатах, так и пациентов.

В ряде регионов система вытрезвителей начала возрождаться. Полагаю, что в Москве это должны быть государственные учреждения. Какое из ведомств возьмёт

на себя данную функцию, может решить правительство Москвы.

Решить вопрос быстрее

– Содержание каждого пациента в специализированном учреждении в среднем стоит 2400 руб. в сутки. Значит, эти средства должны быть предусмотрены в бюджете города, полагает член Комиссии Московской городской думы по здравоохранению и охране общественного здоровья Вера Шастина. – Москва становится всё более и более востребована у российских и зарубежных туристов. Более того, мы находимся в преддверии грандиозных спортивных событий. И во время массового наплыва фанатов ситуация потребует привлечения дополнительных мощностей и ресурсов. Поэтому вопрос нужно как можно быстрее решать с опорой на федеральное законодательство и с учётом столичной специфики.

– Есть опыт советского периода, современный опыт регионов, – напомнил член Комиссии Мосгордумы по законодательству, регламенту, правилам и процедурам, президент Московской торгово-промышленной палаты Владимир Платонов. – Их можно изучить. Но у Москвы должна быть своя система. В какой это будет форме, с каким участием – решит правительство города. Предприниматели тоже готовы участвовать в реализации данной задачи.

– На недавнем примере передачи функций организации детского отдыха от Департамента соцзащиты к Департаменту культуры мы видим, что в самом факте смены ведомства, отвечающего за реализацию задачи, проблем нет. Главное, передать задачу тому, кто с ней справится, – считает председатель комиссии городской думы по культуре и массовым коммуникациям Евгений Герасимов.

По итогам совместного заседания комиссий Мосгордумы принято решение проработать вместе с правительством столицы возможность создания государственных специализированных учреждений временного содержания лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, и подготовить соответствующие изменения в правовые акты Москвы.

– В ближайшее время мы подготовим консолидированные предложения по правовому обеспечению организации временного – до вытрезвления – содержания лиц, задержанных в общественных местах в состоянии алкогольного опьянения, а также совместно с правительством Москвы проработаем возможность скорейшего создания для этого специализированных учреждений, – заверил председатель Мосгордумы

Алексей Шапошников. Для него «вполне очевидно, что вытрезвители возвращать нужно».

Весной этого года на сайте Московской городской думы проводился интерактивный опрос посетителей на тему воссоздания в столице системы вытрезвителей. Их возрождение при учреждении здравоохранения поддержали 47,2% участников, 20,3% высказались за организацию вытрезвителей на коммерческой основе, 12,2% – за воссоздание вытрезвителей при учреждениях социальной защиты. В целом идею возрождения в городе вытрезвителей поддержали 79,7% участников опроса, против высказались 17%, воздержались – 3,3%.

В настоящее время существует три основных подхода к организации обновлённой системы этих учреждений, которые будут прорабатываться с учётом опыта регионов. Это организация вытрезвителей на базе органов социальной защиты, в структуре органов здравоохранения или в рамках государственно-частного партнёрства.

– Какая бы из форм организации вытрезвителей ни была выбрана, обязательно медицинское сопровождение. В этой связи учреждение должно будет оформлять медицинскую лицензию, а также проводить оценку помещения с точки зрения предъявляемых СанПиНом требований, – напоминает и.о. начальника отдела надзора за лечебно-профилактическими учреждениями Управления федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Москве Юлия Кобзева.

Анастасия ЩЕГЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Особый случай

Девочка с гигантской кавернозной гемангиомой в области лица стала пациенткой томских хирургов.

поскольку прогрессивно увеличивающийся объём сосудистой опухоли угрожал сдавлением дыхательных путей и сосудов, питающих об-

Будешь красавицей!

Специалисты отделения реконструктивно-пластической хирургии Томской областной клинической больницы и областного перинатального центра успешно выполнили операцию по удалению сосудистого новообразования.

Малышка родилась недоношенной, имея ряд патологий, из которых сантиметровое сосудистое «пятнышко» на левой щеке поначалу выглядело самым незначительным. Попытка устранить гемангиому медикаментозно не дала ожидаемого результата, новообразование начало стремительно увеличиваться и всего за месяц достигло размера почти в половину лица ребёнка.

В областной больнице, куда поступила маленькая Женя, было принято решение о немедленном хирургическом вмешательстве,

ласть головы и шеи, но ещё более вероятным сценарием было эрозивное кровотечение из гигантской гемангиомы.

По признанию заведующего отделением реконструктивно-пластической хирургии Томской ОКБ Александра Цуканова, еженедельно здесь оперируют 3-4 пациентов с данной патологией, однако с гемангиомой такого размера хирурги имели дело впервые.

– Нам удалось не только найти и изолировать сосуд, питающий опухоль, но и удалить всё новообразование. Теперь жизни ребёнка ничто не угрожает, – говорит А.Цуканов.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Томск.

Рядом с нами

Специалистами центра сердечно-сосудистой хирургии Центральной медико-санитарной части № 58 Северодвинска впервые успешно выполнена операция на грудной аорте, поражённой аневризмой с разрывом и кровотечением.

Поступивший в медсанчасть пациент, 34-летний молодой человек, находился в крайне тяжёлом состоянии. Счёт жизни шёл буквально на минуты, когда хирургическая бригада во главе с ведущим кардиохирургом и руководителем центра Владимиром Семеновым приступила к операции на грудной аорте по поводу разрыва аневризмы корня аорты.

В ходе этого экстренного вмешательства, длившегося 5,5 часов, которое проходило в условиях искусственного кровообращения, хирурги ЦМСЧ использовали передовые методики и технологии.

– У оперируемого пациента осуществили замену на синтетический протез восходящей части грудной аорты, а также замену патологически изменённого аортального клапана. Устья коронарных артерий были имплантированы в протез аорты. Подобная операция даёт оптимистичный прогноз для больного. Уже на 3-и сутки пациента из реанимации перевели в отделение

Когда счёт жизни шёл на минуты...



В. Семенский

сердечно-сосудистой хирургии. Есть уверенность, что в дальнейшем человек сможет жить полноценной жизнью и будет трудоспособен, – отметил в беседе с корреспондентом «МГ» В.Семенский.

Оказывая сегодня высокотехнологичную медицинскую помощь не только северодвинцам, но и жителям региона, хирурги центра проводят разнообразные и сложнейшие виды операций на сердечно-сосудистой и центральной нервной системах. Выполненная на днях операция на грудной аорте, которую раньше делали только в Архангельске, безусловно, очередной, успешный шаг в хирургической деятельности всего коллектива центра, как и операционной бригады в составе: хирурга Александра Сахарова, анестезиолога Павла Голубцова, перфузиолога Константина Пищулина, операционной сестры Светланы Антиповой, трансфузиолога Лии Ежовой и медсестёр-анестезистов Ольги Лытасовой и Елены Анциферовой.

Светлана БОГОМОЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Архангельская область.

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Как нелегко было построить новую клинику, лучше всех знает А.-Г.Алиев. В 1999 г. руководство Дагестана пригласило его возглавить строящуюся клинику. Здание на берегу Каспийского моря к этому моменту стояло без внутренней отделки, но под крышей. За 10 лет, что продолжалось возведение объекта, оно больше походило на заводские развалины, нежели на перспективную новостройку. Абдул-Гамид Давудович сумел заручиться поддержкой в то время председателя правительства Республики Дагестан Х.Шихсаидова. Начался новый этап в истории создания центра, который завершился пуском лечебного учреждения. 12 декабря 2002 г. были выполнены первые 3 операции по имплантации искусственного хрусталика глаза. Решено было, что ДЦМГ будет научно-клиническим объединением.

Профессору Абдул-Гамиду Алиеву при личной поддержке выдающегося учёного-офтальмолога академика РАМН С.Фёдорова удалось создать современную офтальмологическую клинику, где успешно возвращают зрение жителям республики и многих регионов России, – говорит глава Республики Дагестан Рамазан Абдулатипов. – Важно, что медицинские услуги населению оказываются на современном уровне, качественно и независимо от социального статуса и места жительства граждан России. Благодаря прогрессивной организации работы, использованию новейших технологий диагностики и лечения ДЦМГ стал одним из ведущих центров офтальмологической науки и практики в Северо-Кавказском федеральном округе. Убеждён: дальнейшая поддержка учёных и практикующих врачей центра будет способствовать развитию офтальмологической науки и внедрению передовых технологий лечения глазных болезней.

Каждого сотрудника профессор А.-Г.Алиев принимал на работу по конкурсу, создавая прочный и очень работоспособный коллектив центра. В первую очередь он опирался на своих учеников, аспирантов.

Абдул-Гамид Давудович считает, что руководитель должен быть компетентным как в клинических вопросах, так и в организационных, но при этом выстроить чёткую модель работы. В ДЦМГ всех больных после проведённых хирургических вмешательств осматривает директор. Самые трудные операции он старается делать лично.

Надо уметь контролировать подчинённых, – считает профессор А.-Г.Алиев. – Не просто ругать их за ошибки, но и помогать их исправить, обучать новым методам. Это не значит устанавливать излишнюю опеку, но в трудные минуты нельзя оставлять коллег один на один с проблемой. Главное, чтобы атмосфера в коллективе была позитивной, здоровой. А во главе угла любой новации стояли интересы пациента, настрой на работу и постоянное самосовершенствование. Медицина – сложная отрасль, она требует огромной ответственности. Поэтому надо чётко формулировать задачи, добиваться их выполнения.

Благодаря новой технике делается множество различных операций, в том числе при лечении осложнённого диабета и вторичных катаракт.

Офтальмологическая помощь в регионе оказывается на высоком уровне, – подчеркнул министр здравоохранения Республики Дагестан Танка Ибрагимов. – Это подтверждают специалисты, которые приезжают проводить конференции и участвовать в мастер-классах в республике. Но таких достижений не было бы без ежедневного труда команды профессора А.-Г.Алиева. Он и его соратники добились, чтобы современные виды хирургических вмешательств получили прописку в республике.

Со словами «впервые»

Здесь выполнили первую в территории операцию на стекловидном теле, многокомпонентные на органах зрения. Например, одновременно удалили и про-

тезировали стекловидное тело и хрусталик детям. Сегодня часть из этих вмешательств считаются рутинными. Но в те годы в Дагестане и имплантация гибких линз делалась с приставкой «впервые». А дальше – операции на сетчатке, эксимерлазерные вмешательства при близорукости, дальнозоркости, аномалиях рефракции. Новые технологии осваивались и ставились на поток.

– Чтобы не отстать от лучших мировых клиник, мы постоянно занимались совершенствованием своих знаний и умений, – говорит

в том числе и за рубежом, чем заниматься самостоятельно получением роговицы из тел умерших. Кроме того, МНТК и НИИ им. Гельмгольца могут предоставить подобный материал. Наши хирурги справляются с пересадкой роговицы, но надо просчитать, как будет оплачиваться внедрение нового метода.

Есть ещё такое заболевание – кератоконус, характерное для людей, проживающих в южных широтах. Приблизительно 25% больных с этой патологией в России проживает в Дагестане. Мы это за-

руки и помогал становиться настоящими профессионалами», – комментирует председатель Общества офтальмологов России, заместитель генерального директора по научной работе МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, доктор медицинских наук, профессор Борис Малогин.

Внедрение новых технологий диагностики и лечения идёт по трём направлениям: освоение и использование в клинической практике технологий диагностики и лечения новой современной медицинской аппаратуры и инструмен-

фикации катаракты, лазерные технологии в катарактальной хирургии, имеем и собственные разработки различных лазерных вмешательств. У нас жёсткая образовательная система, которая находится под строгим контролем заместителя директора по инновационной и клинико-экспертной работе. Наши хирурги обязательно проходят усовершенствование в ведущих офтальмологических центрах. Клиническое осложнение у нас ниже, чем в среднем по России. Свою роль в этом играет и то, что степень сложности операции обязательно

Работают мастера

На берегу седого Каспия



А.-Г.Алиев и С.Фёдоров обсуждают научную статью в журнале (через несколько месяцев Фёдоров отпразднует своё 60-летие)

профессор. – Врач должен постоянно обмениваться информацией, знать, какие новые технологии применяются в ведущих клиниках. В центре микрохирургии глаза всего 65 коек. Есть в Дагестане лечебные учреждения, которые обладают более значимой коечной мощностью. Но в ДЦМГ гораздо больше выполняется вмешательств на органах зрения. Их ежегодно делается около 6 тыс.

В центре давно исповедуют принцип, что лежать в клинике и лечиться – отнюдь не синонимы. Алгоритм работы подчинён качественному и в кратчайшие сроки оказанию медицинской помощи. Более того, ранее считалось, что ряд патологий лучше лечить консервативно. Но времена изменились. И теперь воспаленная сосудистой оболочкой глаза, метаболические нарушения исправляются в том числе и хирургическим путём. Здесь впервые внедрили термин «метаболическая хирургия», который потом был поддержан и коллегами из других регионов страны. За исцелением сюда приезжают жители соседних территорий, в том числе и Азербайджана.

У нас применяются все передовые методы, которые есть в офтальмологии, – подчёркивает профессор А.-Г.Алиев. – Ежегодно направляем в Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова и Научно-исследовательский институт глазных болезней им. Гельмгольца 80 больных. При этом речь идёт о трёх патологиях. Первое, когда требуется онкоофтальмология. В институте им. Гельмгольца открыт прекрасный центр, успешно занимающийся проблемами больных данного профиля. Их не так много, соответственно качество лечения можно обеспечить только в специализированном лечебном учреждении. Следующая категория – нуждающиеся в пересадке роговицы. Здесь ситуация иная. Мы планируем, что такие операции будут осуществляться и в Дагестане. Сложности в постановке этого метода в одном: в заборе материала для трансплантации. Его легче

болевание лечим, но пока консервативно. Глава республики Р.Абдулатипов обещает помочь в оснащении клиники, чтобы эта операция проводилась на месте.

Безусловно, часть дагестанцев ещё уезжают лечиться не по медицинским показаниям, а потому что им удобнее пройти курс в какой-то конкретной клинике, у других есть финансовые возможности лечиться в Москве, Мюнхене или в Иерусалиме. Это их право. Медицинский туризм никто не отменял. К нам, например, тоже приезжает немало больных из других государств.

Традиции и инновации

Дагестанская школа офтальмологов играет активную роль не только в регионе, но и на Всероссийском уровне. Научные работы профессора А.-Г.Алиева, а также его учеников в области изучения фундаментальных аспектов оптической системы глаза, аберрометрии и коррекции рефракционных нарушений хорошо известны специалистам, занимающимся данными проблемами. Следует особо подчеркнуть, что региональное отделение общества офтальмологов России является одним из самых активных в стране. Оно ведёт образовательную работу по целому ряду направлений, постоянно повышает уровень знаний врачей региона, интегрирует и объединяет их. При этом привлекаются к образовательной деятельности и работе по организации научно-практических и научно-образовательных мероприятий ведущие офтальмологи России. Очень приятно быть свидетелем того, как за эти годы буквально на глазах сформировалась школа талантливых молодых профессионалов, освоивших самые современные оперативные вмешательства на органе зрения – фактоэмульсификацию, интраокулярную коррекцию афакии в различных вариантах, витреоретинальную хирургию, вмешательства на роговице и ряд других, не менее сложных. И в этом, несомненно, личная заслуга профессора А.-Г.Алиева, который «ставил» им

тария; разработка собственных, а также тиражирование современных методик офтальмохирургических вмешательств. Конечно, занимаются здесь систематизацией и планированием ресурсосберегающих технологических организаций лечебно-диагностического процесса (открытие дневного стационара, разработка пакета внебюджетных медицинских и дополнительных услуг, сокращение предоперационного койко-дня и среднего пребывания больного на койке и др.).

Главный приоритет всей работы – качество лечения, – подчёркивает заместитель директора по инновационной и научно-клинической работе ДЦМГ кандидат медицинских наук Ахмед Алиев. – А для этого мы должны постоянно ощущать потребность в повышении квалификации. Мы делаем всё, чтобы оставаться лидерами в освоении новых технологий, чтобы качество лечения и диагностики пациентов в Дагестане соответствовало стандартам, используемым в стране и за рубежом. Свидетельство этого – за 10 лет работы получили более 15 патентов Российской Федерации по диагностике и лечению глазных заболеваний, более 5 патентов на полезные модели. Мы постоянно участвуем во всероссийских инновационных конкурсах. Регулярно получаем награды и дипломы, подтверждающие востребованность наших предложений. И этот технологический прогресс, полагаю, будет продолжаться всегда.

Достоинство республики

– Качественная лечебная работа – одна из главных основ в системе любого учреждения здравоохранения, – она зиждется на трёх китах: новых технологиях, профессионализме, экспертной работе и профилактике, – говорит заместитель директора по лечебной работе, заслуженный врач республики, кандидат медицинских наук Заира Максудова. – ДЦМГ имеет прекрасное оборудование, использует отличные расходные материалы. Мы применяем передовые методы при фактоэмульси-

составляется с подготовленностью к ней хирурга. Ежедневно проводятся контрольно-лечебные комиссии. При необходимости назначаются консилиумы по конкретному больному. На следующий день после операции на пятиминутке осуществляется полный разбор «полётов»: как выполнялось вмешательство, каких результатов оно позволило достичь, есть ли ошибки или недоработки при его проведении. Детали крайне важны. В нашей профессии нет мелочей, нужно быть объективным и самокритичным, постоянно стремиться к высокому результату. Благодаря этому в Дагестане тиражируются сложнейшие операции, проводить которые раньше могли только в федеральных центрах.

Кроме того, мы стараемся создать максимум комфорта для пациентов. Поэтому в центр микрохирургии они могут попасть на консультацию несколькими путями. Например, офтальмолог из района может позвонить и проконсультироваться в онлайн-режиме, стоит ли направлять больного на операцию. Врачи консультативно-диагностического отделения принимают больных с направлениями от районных окулистов. Удобны любые варианты, если они помогают человеку получить квалифицированную помощь. Пожалуйста, можно самостоятельно приехать с паспортом и полисом в ДЦМГ, записаться на приём в регистратуре. Когда показано хирургическое вмешательство, решение об операции принимается на консилиуме. После этого больного направляют в специальный кабинет, где персонал объясняет, какие показаны анализы, какие документы нужны для её проведения. Назначается дата, когда обследованный больной приезжает к нам на вмешательство. Мы работаем как по полису ОМС, так и предоставляем платные услуги. Центр получил лицензию на их оказание, оплата происходит через кассу. Но потоки платных и больных по ОМС разделены. Первые направляются в специальное 15-коечное отделение. У нас исповедуется принцип: поставьте себя на место больного. И сразу становится понятно, как нужно организовать работу, чтобы пациенты были довольны.

Завершить повествование о центре, который в своём развитии идёт вперёд, думает о будущем, хочется словами поэтессы Фазу Алиевой. Здесь они звучат как-то по особому:

Два глаза жар-птицы –
прозрачное небо,
И утренний свет

на зеркальной волне.
О Боже, того же покоя и мне бы,
Такого же на сердце света и мне!
Да, весь мир находит сначала
отражение в наших глазах. И в этом
человеку помогают офтальмологи.
В Дагестане очень ценят работу
центра микрохирургии глаза. И по
праву гордятся этой уникальной
клиникой.

Алексей ПАПЫРИН,
заместитель главного редактора
«Медицинской газеты».

По данным ВОЗ, гепатитом в мире страдают около 2 млрд людей – фактически каждый третий житель Земли. Первый Всемирный день борьбы с гепатитом был проведён в 2008 г., а с 2011 г. по инициативе ВОЗ он ежегодно отмечается 28 июля. К этой дате была приурочена научная конференция, состоявшаяся в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского (МОНИКИ).

В этот день ВОЗ рекомендует врачам разных стран проводить просветительские акции, рассказывая людям о вирусном гепатите и заболеваниях, к которым он приводит. Вирусы гепатита считаются одним из основных факторов риска для здоровья человека. В некоторых странах вирусом гепатита А переболела большая часть населения, а каждый десятый житель – носитель вирусов гепатита В и С.

– Многопрофильная медицинская служба, которую мы создаём, позволяет достигать положительных результатов даже при ограниченных ресурсах и однозначно отвечать на вызовы, перед которыми оказались отечественные медики, – заявил в своём выступлении главный гепатолог Министерства здравоохранения Московской области Павел Богомолов. – Работая в системе ОМС, мы гарантируем нашим пациентам доступность именно высококачественной медицинской помощи. В этой системе мне нравится идея аукционов на розыгрыш объёмов медицинской помощи, когда их участники вынуждены иногда предлагать свои услуги за меньшие средства, чем предусмотрено государством. В итоге выигрывает и государство, и участники аукционов, у которых появляется стимул работы в условиях здоровой конкуренции. А это хорошо действует на закупочные процедуры в стране, которые сейчас, мягко говоря, не очень оптимальны. Так что с возрастающей проблемой осложнений при вирусных гепатитах только конкурентоспособный рынок медицинской продукции поможет справиться.

Действительно, когда заканчивается целевая программа в любой области медицины, проблемы, как правило, остаются. И здесь как никогда становятся актуальны проблемы диагностики и профилактики. Парадокс лекарственного обеспечения для лечения гепатита С в нашей стране заключается в том, что, если пациент хочет получать лекарства бесплатно, у него есть два варианта: либо заразиться дополнительно ВИЧ-инфекцией, либо... стать инвалидом. Сам же диагноз заболевания гепатитом С не даёт основания на полу-

что огромная проблема сегодня – лечение пациентов с гепатитом С 3-го генотипа. Им необходимы специфические препараты, при этом курс лечения составляет всего 24 недели. И конечно, таких больных необходимо включать в программу по бесплатной терапии. В этом году, заверил П.Богомолов, биоаналог софосбувира – одного из базовых препаратов в терапии гепатита С, – начнёт производиться в России, а в следующем году станет доступен для включения в базовую программу ОМС. Появится возможность, исходя из

Что касается стигматизации пациентов, инфицированных вирусами гепатита, исследования показывают: гепатит С зачастую воспринимается как постыдная болезнь, которую приходится скрывать. Наличие этого заболевания в России, к сожалению, может стать причиной потери работы, разлада в семье, вплоть до развода. Даже врачи и медсёстры, инфицированные гепатитом, скрывают это, часто не обращаются за медицинской помощью. И здесь необходима большая работа в обществе, а не только с пациентами, чтобы

достигнуть максимально положительных результатов для всех, как это происходит в развитых странах, где гепатит, как и любая другая болезнь, не является причиной для стигматизации.

Сегодня в России хроническим гепатитом заболевают 39 человек на 100 тыс. населения, в Подмоскovie этот показатель более чем в 2 раза ниже и составляет 17,7 человек. В Московской области от цирроза печени и его осложнений ежегодно погибают более 1,5 тыс. пациентов. Адекватная противовирусная терапия в

Акценты

Сражение не на жизнь, а на смерть

Борьба с гепатитом будет выиграна при разумном подходе к её решению

чение льготного и бесплатного лекарственного обеспечения. И здесь система ОМС может дать выход из этого порочного круга, предоставить возможность оказывать медицинскую помощь пациенту вне зависимости от его статуса и регионального расположения.

Риски для доноров печени – вот что, по мнению специалистов, сдерживает развитие лечения гепатитов. На эту тему проведено большое количество исследований. Такие операции начали проводить с конца 80-х прошлого столетия, и вероятность смерти для них у доноров в послеоперационный период составляет 0,2%. Этот риск, о котором информируют и донора, и его семью, не выше, чем при обычных, рядовых операциях. При этом у донора в России забирается не более 30-35% печени в зависимости от состояния его здоровья.

Главный инфекционист Минздрава Московской области Валерий Безносенко отметил,

рекомендаций международных медицинских сообществ, использовать оптимальную безинтерфероновую схему противовирусной терапии, в которой, кстати, не все пациенты с 3-м генотипом гепатита С, у которых развился цирроз печени, нуждаются из-за возникающих при её применении осложнений. В этом году в Московской области более 500 таких пациентов прошли курс противовирусной терапии в течение 6 месяцев после обращения за помощью.



Главное – своевременно выявить заболевание

подмосковном регионе в рамках программы ОМС обходится государству в 84-85 тыс. руб. при инфицировании гепатитом 3-го генотипа и чуть больше миллиона рублей при 1-м генотипе. Лечение гепатита В в рамках областной целевой программы с учётом появившихся биоаналогов стоит 3,5 тыс. руб. в месяц – такая терапия обеспечивается пациентам пожизненно. Бюджет на лечение гепатита С в этом году в Московской области составил 220 млн руб.

Кроме того, на конференции были рассмотрены такие вопросы, как стратегия борьбы с гепатитом С с учётом международного и российского опыта, концепция развития трансплантации печени в Московской области и проблемы лечения гепатита С у пациентов с гемофилией.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Острая тема

Страсть к курению обходится дорого

Это подтверждают страшные свидетельства мировой статистики

Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека с 15 ноября 2013 г. (начало действия в России норм антитабачного законодательства) привлечено к административной ответственности около 58 тыс. правонарушителей, включая около 7 тыс. юридических лиц.

За первое полугодие 2017 г. в результате контрольно-надзорных мероприятий за нарушения требований законодательства в области охраны здоровья граждан от воздействия табачного дыма и последствий потребления табака к административной ответственности по ст. 6.24, 6.25, 14.3.1, 14.53 КоАП РФ должностными лицами Роспотребнадзора привлечено 6,7 тыс. лиц. Как сообщили в ведомстве, в их числе оштрафованы около 2 тыс. граждан, около 1,7 тыс. работников организаций-продавцов табачной продукции, около 700 индивидуальных пред-



Эффективность антитабачных мер усиливает административная ответственность

принимателей и порядка 1 тыс. юридических лиц. Более тысячи правонарушителей были преду-

преждены. Общая сумма назначенных административных штрафов составила около 60 млн руб.

В результате употребления табака в мире ежегодно умирают около 6 млн человек, и если не активизировать усилия, то, согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения, к 2030 г. этот показатель превысит 8 млн человек в год. Эта вредная привычка обходится в огромную сумму для национальной экономики с учётом повышенных расходов на охрану здоровья и снижения продуктивности работы. Для выращивания табака используется 4,3 млн га земли, в результате чего глобальное обезлесение достигает от 2 до 4%. Кроме того, табачная промышленность вырабатывает свыше 2 млн т твёрдых отходов.

Борьба с табаком закреплена в повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., которая была принята мировыми лидерами в сентябре 2015 г. на саммите Организации Объединённых Наций. Антитабачные санкции признаны в этом документе как одна из наиболее эффективных

мер уменьшения к 2030 г. на треть преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний по всему миру, включая сердечно-сосудистые, онкологические заболевания и хроническую obstructивную болезнь лёгких.

В Российской Федерации в развитие Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака принят Федеральный закон № 15-ФЗ от 23.02.2013 «О защите здоровья населения от последствий потребления табака». Он регулирует отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака и направлен на соблюдение статей 41 и 42 Конституции РФ, согласно которым каждый имеет право на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Константин ШАРЬИН.

МИА Сити!

(Продолжение темы на стр. 14.)

– Антонина Игоревна, вы в своей работе совмещаете руководство одной из самых известных не только в Москве, но и в России детских больниц с обязанностями главного неонатолога столицы. Так что лучше, чем кто бы то ни было, знаете ситуацию в этой сфере московского здравоохранения. Какие, на ваш взгляд, наиболее значимые изменения произошли в ней за последние несколько лет?

– Давайте начнём не с перечисления цифр и фактов, а с более общих понятий. Самое главное заключается в том, что и в профессиональной среде, и у широкой общественности постепенно формируется принципиально новый подход к области медицины, связанной со здоровьем женщины и ребёнка. Приходит понимание того, что акушерско-гинекологическая, неонатальная и педиатрическая службы – не какие-то «вещи в себе», а элементы общего комплекса, обеспечивающего здоровье общества на десятилетия вперёд. Да и в целом уровень развития общества и его экономическая стабильность во многом зависят от состояния здоровья будущего поколения, от того, насколько здоровыми будут появляющиеся на свет дети, насколько они будут активными и способными реализовать свои способности. С этой точки зрения очень важно понимание того, что здоровье детей и женщин репродуктивного возраста – забота не только врачей, но и всего общества.

Со своей стороны, как организаторы здравоохранения, мы стараемся сделать всё, чтобы повысить квалификацию врачей, обеспечивать преемственность в процессе оказания медицинской помощи и постоянное профессиональное общение, расширять возможности профессионального роста специалистов.

Со стороны же правительства Москвы и столичного Департамента здравоохранения в этом направлении делается очень многое. Один из показательных примеров – появление статуса «Московский врач», который будет присваиваться после сдачи достаточно сложных экзаменов. Такой врач демонстрирует свою высокую квалификацию и будет получать весьма ощутимую прибавку к окладу. Эта возможность станет серьёзным стимулом для того, чтобы в московском здравоохранении в будущем работали только самые лучшие специалисты.

К настоящему времени созданы все условия для того, чтобы молодые специалисты имели возможность подтянуть уровень своей квалификации, а их более опытные коллеги – работать максимально эффективно. Очень хорошо, когда врач первичного звена имеет возможность услышать о самых передовых достижениях медицины, поучаствовать в каких-то проектах и построить свой карьерный рост. Это заставляет людей стремиться к новым горизонтам в профессии.

Я, как главный врач больницы, вижу, что к нам приходит очень способная молодёжь. Это особенно радует, поскольку в неонатологии очень сложно подбирать кадры. Ведь в нашей области клинической медицины используются самые высокотехнологичные виды помощи. У неонатологов очень сложная задача, потому что, по сути, жизнь ребёнка начинается не с первым криком, а ещё в утробе матери. Выявить какие-то проблемы со здоровьем плода, дать будущей матери грамотную информацию о том, как можно предотвратить развитие болезни, продумать всю постнатальную помощь – вот лишь некоторые задачи, которые мы перед собой не только ставим, но и успешно решаем.

– Таким образом, мы как раз подошли к вопросу о том, благодаря чему удаётся добиваться нужных результатов...

– Совершенно верно. Учитывая, что в Москве наблюдается очень высокий уровень рождаемости (в прошлом году родилось более 137 тыс. детей – почти на 20 тыс. больше, чем годом ранее. – Д.В.), становится понятным, что все изменения в системе оказания медицинской помощи в сфере материнства и детства необходимо проводить просто с ювелирной точностью. Мы не имеем права допустить ухудшения ситуации ни по одному из ключевых показателей, поэтому

Беседы с главными специалистами

Антонина ЧУБАРОВА:

Сохранить здоровье детей – задача всего общества

И главная роль в этом отводится неонатологам



Одной из наиболее очевидных особенностей концептуальной модели столичного сегмента отрасли на современном этапе является объединение амбулаторных и стационарных медицинских учреждений. Так, взрослые поликлиники подчас являются филиалами городских многопрофильных больниц. Как и женские консультации. И хотя педиатрическая сеть чуть менее обширна, чем взрослая, преемственность в оказании помощи детскому населению – чрезвычайно актуальная задача. Отдельной строкой здесь следует отметить неонатологию – своего рода «клинические ворота», при прохождении через которые и начинается «медицинская жизнь» населения.

Об организации неонатологической помощи в столичном регионе, а также других чрезвычайно актуальных проблемах, стоящих перед этой клинической областью, и методах их решения в интервью «Медицинской газете» рассказала главный неонатолог Департамента здравоохранения Москвы, главный врач столичной Детской городской клинической больницы им. Н.Ф.Филатова, профессор Антонина ЧУБАРОВА.

работать приходится комплексно, планомерно развивая все профильные службы.

Например, создана сеть кабинетов перинатальной диагностики, совершенствуются специализированные службы для новорождённых – такие как нейрохирургическая, кардиохирургическая и прочие. А самое главное, стараемся обеспечить максимально плотное взаимодействие между врачами всех специальностей, занимающихся вопросами женского и детского здоровья. К слову, именно с этой точки зрения я, как неонатолог, очень позитивно оцениваю факт объединения женских консультаций с многопрофильными стационарами. Ведь это позволит следить за будущим ребёнком с самого начала его внутриутробного развития.

Если сравнить с ситуацией примерно десятилетней давности, то скачок в плане повышения качества и доступности медицинской помощи в нашей сфере произошёл просто астрономический. Раньше только в некоторых родильных домах были палаты интенсивной терапии и отделения реанимации, а сейчас в Москве практически каждый родильный дом по количеству родов равен крупным перинатальным областным центрам. Во всех этих родильных домах есть самостоятельные отделения реанимации, оснащённые лучшим из имеющегося в мире оборудованием.

Интересно отметить, что, несмотря на постоянное повышение технологичности оказываемой нами медицинской помощи, сами эти технологии становятся всё менее агрессивными к пациенту. Ведь женщина, когда приходит на роды, не думает о том, есть у нас, к примеру, аппарат ИВЛ и вообще каковы наши технические возможности. Она надеется на рождение здорового ребёнка, на позитивную атмосферу, на доброжелательное отношение.

И чтобы всё это реализовать, мы тщательно изучаем возможности снижения агрессивности в процессе оказания помощи новорождённому в родильном доме. Агрессивности именно с технологической точки зрения – снижение числа случаев респираторной терапии с применением интубации, высоких цифр давления, кислорода и т.д., а не с точки зрения деонтологии. Добиться этого можно только с помощью современной аппаратуры и медикаментов, которые позволяют нам эту агрессивность снизить. В свою очередь, это означает, что к применению новых принципов лечения должны быть готовы и врачи, и медицинские организации на всех уровнях.

Сейчас у нас очень неплохо обстоят дела с оснащением в родовспомогательных учреждениях. Акцент в ближайшие годы будет сделан именно на помощь в родильном зале. Мы будем добиваться того, чтобы, с одной стороны, любой ребёнок,

самый тяжёлый, мог быть принят в любом лечебном учреждении, а женщины не ездили по Москве с такими детьми, а с другой стороны, чтобы даже самая сложная ситуация не мешала атмосфере нормальных физиологичных родов и не нарушала позитивного настроения у семьи. Это очень сложные взаимно направленные процессы, но уравновесить их вполне реально.

Если же новорождённый имеет проблемы со здоровьем, то он должен быть максимально оперативно доставлен в многопрофильное детское учреждение, где у нас есть отделения реанимации второго этапа. Там ребёнок может получить помощь не только неонатолога, но и узких специалистов: невролога, хирурга, кардиолога и т.д. Речь идёт о том, чтобы уровень и многообразие видов медицинской помощи, недоступные в перинатальных центрах, дети получили в многопрофильных детских стационарах. Такова, к слову, и позиция Минздрава России, по инициативе которого в стране будет развиваться программа «Детский стационар».

– На чём необходимо делать акцент при подготовке врачей по вашей специальности?

– Если посмотреть вперёд, то важно понимать, что рождающееся сегодня поколение со временем тоже будет вступать в репродуктивный возраст. Простой пример. Скажем, внутриутробное питание ребёнка и в первые месяцы после рождения существенным образом сказывается на развитии гипертонии, ожирения, сахарного диабета 2-го типа во взрослом состоянии. Это относительно новый подход в медицине. Иными словами, сегодня никто не вспоминает, что у 50-летней женщины диабет 2-го типа, потому что она была, допустим, в детстве на искусственном вскармливании. А думать об этом надо, и уметь оценивать подобные моменты необходимо учить врачей.

Такой стратегический подход позволит снизить заболеваемость и летальность уже взрослых поколений. Чтобы правильно сформировать соответствующий тип клинического мышления, нужно не просто накалывать научные факты, но и доносить их до практикующих врачей. Это очень многоплановая работа, которой мы, как главные специалисты, занимаемся в ежедневном режиме. В частности, только в этом году мы организовали несколько обучающих циклов на базе симуляционного центра «Боткинской» больницы, где с помощью специальных устройств и манекенов может быть имитирована любая техническая задача. На протяжении 2 последних лет мы со всеми неонатологами родовспомогательных учреждений Москвы отрабатываем ряд приёмов как первичной реанимации, так и реанимации в специальных условиях – например для недоношенных детей. Это очень полезная школа,

потому что на сегодняшний день обучения только на рабочем месте недостаточно – нужно готовить врачей к любым ситуациям, до того как они произойдут в реальности.

– Планируются ли какие-либо изменения в структуре оказания педиатрической помощи?

– В перспективе мы надеемся на то, что детские стационары будут работать с детскими поликлиниками примерно по той же схеме, которая создана применительно к поликлиникам для взрослых или при присоединении женских консультаций к многопрофильным стационарам. Хотя педиатрическая сеть чуть менее обширна, чем взрослая, но нам тоже очень важно обеспечить преемственность. Ведь когда мы выписываем «проблемного» ребёнка из стационара в период новорождённости, то хотели бы отдать его в руки достаточно компетентных врачей.

Как промежуточное звено в Москве существуют центры восстановительного лечения, которые находятся на третьем уровне амбулаторно-поликлинической помощи и занимаются как раз детьми с перинатальными патологиями либо недоношенными. Там работают специалисты высокого класса, они отслеживают ход лечения и, если надо, направляют маленьких пациентов на повторное лечение. Эти центры работают при 8 крупных детских стационарах и обеспечивают ту самую преемственность, благодаря которой, в частности, у нас заметно повысилась выживаемость недоношенных детей.

Уже много лет правительство Москвы финансирует программу иммунизации детей из групп риска (недоношенных или с бронхолегочной дисплазией) специальным препаратом против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции. То есть мы защищаем вышедших из стационара малышей постнатально по целому ряду позиций. И это тоже даёт свои положительные результаты в плане улучшения для них долгосрочного прогноза на дальнейшую жизнь.

– Насколько мне известно, как раз в плане сохранения жизни детям с экстремально низкой массой тела московским врачам удалось добиться очень хороших результатов...

– Это действительно так. Напомню, что Россия перешла на ВОЗовские критерии живорождённости 5 лет назад. Это критерий – считать ребёнка живым, если он появляется с массой тела от 500 г. Но это не значит, что до 2012 г., увидев массу 499 г, врачи разворачивались и уходили, просто другому формировалась статистика. И когда наша страна переходила на новые критерии живорождённости, мы ожидали, что резко возрастут статистические показатели младенческой смертности. Но этого не произошло – мы были достаточно хорошо готовы к новым требованиям.

Сегодня число преждевременных родов в столичном регионе остаётся стабильным с некоторой тенденцией к снижению. Кстати, поскольку тут очень многое зависит от эффективности работы акушерско-гинекологической службы, можно ожидать, что теперь наши возможности влиять на этот показатель серьёзно расширятся. Если же говорить о цифрах, то за позапрошлый год число детей, родившихся недоношенными, было 5,4% от всех родившихся, а в минувшем году их количество сократилось до 5%. Учитывая, что в прошлом году в Москве было зарегистрировано более 137 тыс. родов, это означает, что на несколько сот детей с нормальной массой тела родилось больше...

Будем надеяться, что некоторая тенденция к снижению сохранится, хотя и не всё зависит только от работы неонатологической службы. Среди этих детей, родившихся недоношенными, опять же стабильное число детей с экстремально низкой массой тела: от 500 до 1000 г при рождении. Таких детей у нас чуть больше 450 ежегодно, за 2016 г. – 454. Если у женщины, родившей на достаточно ранних сроках (23-24 недели), рождается двойня, то может быть зафиксирован и случай рождения ребёнка с меньшей массой, если один из двойни имеет массу меньше 500 г.

Конечно, такие дети находятся на грани жизнеспособности, и мы реально смотрим на вещи, понимая, что стопроцентной выживаемости у них пока добиться невозможно. А вот у детей с массой от 500 г до килограмма у нас очень хорошие результаты: выживаемость на этапе роддома и на первом году жизни порядка 70%. Потом уже к вопросу выживаемости добавляются критерии качества жизни и профилактика заболеваний, но это уже выходит за рамки исключительно неонатологии.

С другой стороны, есть доношенные дети с множественными врождёнными пороками развития. И сейчас неонатальная хирургическая служба, которая чаще всего занимается такими пациентами, сделала огромный качественный шаг вперёд. Речь даже не о хирургических технологиях, которые совершенствуются из года в год, а о том, что многие из них выходят пока за рамки ОМС и даже ВМП – хотя и позволяют спасти жизнь самым «тяжёлым» детям с высоким риском летального исхода.

Именно для таких случаев у нас в Филатовской больнице приказом Департамента здравоохранения Москвы в прошлом году создан центр экстракорпоральных методов поддержания жизни. Дети, у которых нарушена функция лёгких, сердечно-сосудистой системы, почек, получают помощь благодаря специальному оборудованию, в частности аппаратуры экстракорпоральной мембранной оксигенации. Там постоянно находятся минимум 1-2 ребёнка, и уже можно сказать, что проект себя полностью оправдал. Это новшество даже по сравнению с тем, что делается в аналогичных больницах в Европе, но и это не предел, технологии будут и дальше совершенствоваться.

Помимо этого, проводится достаточно школ, образовательных семинаров, и мы надеемся, что информирование общества о том, как важно беречь своё здоровье и, соответственно, роль профессионального сообщества в обучении кадров и обеспечении плотного взаимодействия дадут свои положительные результаты.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 55 (2085)

(Окончание.)

Начало в № 53 от 21.07.2017.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят с абстинентными состояниями, развивающимися в результате хронического употребления других психоактивных веществ, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, острыми инфекционными заболеваниями.

Вопросы позвонившему: уточнить характер наркотизации, наличие сопутствующей соматической патологии.

Советы позвонившему. Обратиться за помощью к психиатру-наркологу по месту жительства, если имеют место начальные и умеренно выраженные проявления ОАС, не осложнённого другими неотложными состояниями или острыми сопутствующими заболеваниями. Если позвонивший сообщает об агрессии, аутоагрессии, суицидальном поведении, психомоторном возбуждении, ему даются советы, представленные в соответствующих разделах.

Действия на вызове

Диагностика

Должны иметься чёткие данные о недавнем прекращении приёма или снижении дозы вещества после употребления вещества в течение длительного времени, но в высоких дозах.

Осмотр

Признаками ОАС, которые выявляются при осмотре, являются:

- Зевота, слезотечение, насморк с чиханием, жалобы на зуд в носу и носоглотке
- Ощущение «заложенности» носа
- Расширение зрачков, «гусиная кожа», периодический озноб, сенестопатии, умеренная тахикардия или артериальная гипертензия и другие вегетативные нарушения
- Бессонница
- Неодолимое желание принять наркотик
- Мышечные и суставные боли («ломка»)
- Аффективные нарушения: тоска, чувство безнадежности, бесперспективности, тревога, беспокойство
- Демонстративный характер поведения
- Абдоминальные судороги, тошнота или рвота, диарея.

Следует обратить внимание на признаки длительной наркотизации:

- Изменения поверхностных вен: множественные следы инъекций вдоль вен, рубцы, облитерация вен, флебиты
- Абсцессы и рубцы в области инъекций
- Низкая масса тела, бледность кожных покровов с сероватым оттенком, отсутствие зубов
- Специфический жаргон.

Обнаружение опиатов или их метаболитов в биологических средах может лишь косвенно свидетельствовать о наркомании, подтверждая сам факт употребления наркотического вещества, но не наличие синдрома зависимости.

Лечение

Показания к госпитализации

Показаниями к госпитализации по скорой помощи служат состояния, которые в частных случаях могут иметь место в клинической картине больного: агрессия, аутоагрессия, суицидальное поведение, психомоторное возбуждение.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Врачу скорой медицинской помощи, столкнувшемуся с проявлениями тяжёлого ОАС, следует уведомить больного о необходимости лечения в условиях профильного наркологического стационара. На догоспитальном этапе проводят коррекцию аффективных и психопатоподобных расстройств, для чего однократно можно использовать снотворно-седативные препараты и нейролептики.

Способ применения и дозы лекарственных средств (D,4)

Феназепам – при в/в или в/м введении – начальная доза для взрослых – 0,5-1 мг (0,5-1 мл 0,1%-ного раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут

или
диазепам – при в/в или в/м введении средняя разовая доза для взрослых – 10 мг (2 мл 0,5%-ного раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут.

Трамадола гидрохлорид в/в или в/м 2 мл 5%-ного раствора.

Часто встречающиеся ошибки

- Назначение лекарственных средств с антихолинергическим действием и антигистаминным действием (амитриптилин, тригексифенидил (циклодол), биперидин

(акинетон), хлорпромазин, дифенгидрамин (димедрол), клозапин) может вызвать делирий

● Быстрое внутривенное (струйное) введение диазепам или феназепам опасно развитием нарушения дыхания.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе

Обследование. Общие анализы крови и мочи. Анализы крови на сахар, белок, билирубин, печёночные ферменты; ЭКГ, контроль АД, рентгеноскопия грудной клетки. Консультации терапевта, невролога.

Оказание скорой медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения

Клинические рекомендации

Лекарственные назначения:

Клофелин до 1 мг, внутрь, под контролем АД, тиапридал 800-1200 мг/сут внутрь или внутримышечно.

Трамадола гидрохлорид внутримышечно 2-4 мл 5%-ного раствора, при сохраняющемся болевом синдроме через 2-4 часа повторить.

Феназепам – при в/в или в/м введении – начальная доза для взрослых – 0,5-1 мг (0,5-1 мл 0,1%-ного раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут или диазепам – при в/в или в/м введении средняя разовая доза для взрослых – 10 мг (2 мл 0,5%-ного раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут.

Кеторол, ибупрофен и др.

Злокачественный нейролептический синдром

Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС) – сравнительно редкое, но потенциально опасное для жизни неотложное состояние, связанное с приёмом нейролептиков.

Наиболее часто ЗНС развивается при назначении нейролептиков с выраженным общим и избирательным антипсихотическим действием и высокой экстрапирамидной активностью – галоперидола, трифтазина, тiopроперазина. Вместе с тем отмечена возможность развития ЗНС и при лечении нейролептиками, не вызывающими выраженных экстрапирамидных побочных эффектов, такими как тиоридазин, клозапин, рисперидон. Патогенез ЗНС выяснен не полностью. Рассматриваются две гипотезы: 1) нарушения обмена допамина в центральной нервной системе и 2) периферический эффект нейролептиков – воздействие их на скелетные мышцы.

Клиническая картина

Основными симптомами ЗНС являются гипертермия, мышечная ригидность, угнетение сознания и вегетативная лабильность. Для лёгкого варианта течения ЗНС характерен подъём температуры до субфебрильных цифр (37-38°C), а для тяжёлых случаев до 39°C и выше. Прогрессирующая мышечная ригидность – один из наиболее существенных признаков ЗНС.

Выраженность мышечной ригидности может быть различной от гипертонуса мышц до симптома «свинцовой трубы», когда наблюдается крайняя резистентность к пассивным движениям. Если злокачественный нейролептический синдром обусловлен применением атипичных нейролептиков, экстрапирамидная симптоматика, в том числе мышечная ригидность, выражена слабее, может отсутствовать в начале приступа или не развиваться вообще. К другим экстрапирамидным расстройствам относятся: бради- и акинезия, симптом «зубчатого колеса», миоклонус, тремор, хорей, опистотонус, дизартрия, афония, дисфагия, акатизия, дистония (тризм, блефароспазм, окулогирный криз), эпилептиформные припадки, гиперрефлексия, клонус стоп.

При тяжёлом течении ЗНС нарастают вегетативные сдвиги: тахикардия достигает 120-140 ударов в минуту, одышка – до 30 дыханий

в минуту. Развиваются водно-электролитные нарушения, усиливаются гемодинамические расстройства, изменяются лабораторные показатели (повышение СОЭ до 40-70 мм/ч, общее количество лейкоцитов повышается до 15-30 тыс. со значительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Понижение количества лимфоцитов до 3-10% сочетается со значительным повышением уровня аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, креатинфосфокиназы в плазме крови.

Психические нарушения при ЗНС многообразны и могут проявляться в виде тревоги, спутанности, возбуждения, делирия, онейроидного и аментивного помрачения сознания, тяжёлой кататонии, акинетического мутизма, ступора и комы. Часто наблюдаются колебания уровня нарушения сознания. Прогностически неблагоприятным фактором является присоединение буллёзного дерматита, с появлением пузырей в пояснично-крестцовой области, локтях и локтях. Пузыри, наполненные серозно-геморрагическим содержимым, быстро лопаются, и на их месте образуются

пролежни с участками некроза, которые быстро нагнаиваются и могут приводить к развитию сепсиса.

Буллёзный дерматит резко ухудшает состояние больных. Наиболее опасны такие осложнения ЗНС, как рабдомиолиз, острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность, лёгочная эмболия, аспирационная пневмония, отёк лёгких, респираторный дистресс-синдром взрослых (шоковое лёгкое), аритмия, острый инфаркт миокарда, внезапная остановка сердца.

Дифференциальная диагностика

- Фебрильная шизофрения
- Кататоническая шизофрения
- Серотониновый синдром
- Бактериальный или вирусный менингит
- Сепсис.

Вопросы позвонившему. Выяснить, какие психотропные лекарственные средства принимал пациент, уточнить наличие сопутствующей соматической патологии.

Советы позвонившему. До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо осуществлять надзор.

Действия на вызове

Диагностика

При осуществлении диагностики необходимо собрать анамнез у родственников, выяснить, какие психотропные лекарственные средства принимал больной, установить длительность приёма психотропных средств, уточнить нутрициологический статус (аппетит, водный режим, диурез), выяснить, имеются ли у больного в анамнезе органические поражения головного мозга, ИБС, артериальная гипертензия и др., уточнить сопутствующие симптомы (потеря сознания, затруднение дыхания, тошнота и рвота и др.).

Осмотр

При осмотре обращают внимание на выявление психотических признаков, определяющих синдром: ступор, повышение температуры, повышенное потоотделение, мышечную ригидность, состояние кожных покровов (пузыри, кровоизлияния, пролежни), сердечно-сосудистые симптомы (глухость сердечных тонов, повышение или снижение пульса, артериальная гипертензия или гипотензия).

Лечение

Показания к госпитализации. Экстренная госпитализация по жизненным показаниям в психосоматическое отделение многопрофильного стационара.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Рекомендуются мероприятия по снижению температуры: наложение пузырей со льдом на область крупных сосудов, влажные холодные обёртывания и т.п., немедленная отмена нейролептиков. Жаропонижающие препараты не эффективны.

Способ применения и дозы лекарственных средств (D,4)

Диазепам – при в/в или в/м введении средняя разовая доза для взрослых – 10 мг (2 мл 0,5%-ного раствора); бипериден (акинетон) 3-12 мг/сутки или тригексифенидил (циклодол) 3-12 мг/сутки.

Часто совершаемые ошибки

Ошибки при дифференциальной диагностике между фебрильной, кататонической шизофренией, серотониновым синдромом.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе

Лечение ЗНС начинают с немедленной отмены нейролептиков и назначения интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на коррекцию основных параметров гомеостаза: водно-электролитного баланса, гемодинамики, кислотно-щелочного состояния, белкового состава, коагуляционных и реологических свойств крови. Лечение проводят по принципам интенсивной терапии с круглосуточными капельными инфузиями в центральную или периферическую вену. Инфузионную терапию начинают с применения плазмозаменяющих растворов – сухой и свежемороженой плазмы, альбумина, а также растворов полиглюкина и реополиглюкина. Наряду с этими препаратами вводят солевые растворы, 5%-ный раствор глюкозы. Назначают также ноотропы, витамины группы В и С, для купирования возбуждения используют реланиум, оксибутират натрия.

Агонист D₂-дофаминовых рецепторов бромкриптин назначают внутрь через назогастральные зонды в дозе от 7,5 до 60 мг в сутки.

Мышечный релаксант дантролен назначают в суточной дозе от 1 до 2 мг на 1 кг массы тела больного.

Эффективность ЭСТ при ЗНС связывают с воздействием на диэнцефальную область с последующей мобилизацией катехоламинов норадреналина и дофамина в ЦНС. При условии ранней диагностики и своевременной отмены нейролептиков некоторые авторы указывают на возможность критической редукции проявлений ЗНС в ближайшие 1-2 дня с момента начала ЭСТ.

Серотониновый синдром

Серотониновый синдром возникает преимущественно при назначении комбинаций различных серотонинергических средств и включает психические, нервно-мышечные и вегетативные расстройства.

Чаще всего серотониновый синдром возникает при комбинированной терапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) (циталопрам, флуоксетин, флувоксамин, пароксетин) с:

- 1) неселективными необратимыми ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО) – изокарбоксазидом, фенилзином и транилципромином;
- 2) селективными обратимыми ингибиторами MAO-A – моклобемидом и MAO-B – селегилином;
- 3) тразодолом, нефазодолом, литием, кломипрамином, амитриптилином;
- 4) бупропионом, карбамазепином, L-триптофаном, декстрометорфаном, трамаолом, дигидроэрготамином, суматриптаном, леводопа.

Повышение концентрации серотонина в ЦНС происходит посредством:

- Повышения синтеза серотонина (L-триптофан)
- Прямого воздействия на серотониновые рецепторы (литий, бупирион)
- Повышения высвобождения серотонина из пресинаптической мембраны (этанол, кокаин, декстрометорфан, петидин, фенфлурамин).

Клиническая картина

Серотониновый синдром включает психические, вегетативные и нервно-мышечные нарушения. Для начального этапа серотонинового синдрома характерны диспепсические явления (бурление, колики в животе, метеоризм, жидкий стул, тошнота, рвота и др.). К желудочно-кишечным расстройствам присоединяются тремор, дизартрия, неусидчивость, мышечный гипертонус, гиперрефлексия, миоклонические подергивания. При утяжелении состояния возникают маниакальноподобные состояния со скачкой идей, смазанной речью, нарушениями сна. В отдельных случаях наблюдаются спутанность сознания и симптомы дезориентировки. При крайне тяжёлом течении, (которое возможно при сочетании СИОЗС и ИМАО), серотониновый синдром близок к клинике злокачественного нейролептического син-

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

дрома с резким повышением температуры. К тяжёлым осложнениям серотонинового синдрома относятся также ДВС-синдром, рабдомиолиз, миоглобинурия, почечная, печёночная и мультиорганная недостаточность, метаболический ацидоз. К летальному исходу может привести миоклонус, затрагивающий грудные мышцы.

Дифференциальная диагностика

Серотониновый синдром следует дифференцировать с состояниями, встречающимися при энцефалитах, гипертиреозидизме, гипертоническом кризе, кататонической шизофрении, злокачественном нейролептическом синдроме, септицемии, столбняке; при интоксикациях холинолитиками, амфетаминами, литием, галлюциногенами, кокаином, ингибиторами МАО, фенциклидином, салицилатами, стрихнином.

Вопросы познанию. Выяснить, какие психотропные лекарственные средства принимал больной, длительность приёма психотропных средств, имеются ли у боль-

ного в анамнезе психические и соматические заболевания; уточнить сопутствующие симптомы (потеря сознания, затруднение дыхания, тошнота и рвота и др.).

Советы познанию. Не оставляйте больного без присмотра.

Действия на вызове

Диагностика

Диагноз основывается на клинических симптомах, особенностях действия принимаемых препаратов и результатах исключения болезней с похожей клинической картиной. Предложены следующие критерии для диагностики серотонинового синдрома:

– появление как минимум 3 из ниже описанных симптомов: ажитации, лихорадки, гиперрефлексии, миоклонии, диареи, нарушения координации, гипергидроза, озноба, спутанности, связанных с началом терапии серотонинергическим веществом, или с повышением его дозы, или с добавлением другого серотонинергического вещества;

– исключение других возможных причин: инфекций, метаболических нарушений, интоксикаций препаратами, синдрома отмены и др.;

– непосредственно перед возникновением симптомов болезни пациенту не назначали нейролептик или не повышали его дозу (если он был назначен давно).

Осмотр

При осмотре обращают внимание на выявление признаков, характерных для серотонинового синдрома: изменение температуры, повышенное потоотделение, изменение лица (маскообразность, сальность), зрачков (мидриаз), сердечно-сосудистую симптоматику (глухость сердечных тонов, повышение или снижение пульса, артериальную гипертензию или гипотензию).

Лечение

Показания к госпитализации: экстренная госпитализация по жизненным показаниям в психосоматическое отделение многопрофильного стационара.

Мероприятия на догоспитальном этапе:

– мероприятия по снижению температуры: наложение пузырей со льдом на область крупных сосудов, влажные холодные обёртывания и т.п.;

– немедленная отмена серотониноэргических препаратов.

Способ применения и дозы лекарственных средств (D,4)

Диазепам – при в/в и в/м введении средняя разовая – 10 мг (2 мл 0,5%-ного раствора).

Часто совершаемые ошибки

Ошибки при дифференциальной диагностике между фебрильной, кататонической шизофренией, злокачественным нейролептическим синдромом.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе

Чаще всего серотониновый синдром протекает без тяжёлых последствий. Основное мероприятие – отмена всех серотонинергических препаратов, что у большинства пациентов приводит к быстрому уменьшению симптомов в течение 6-12 часов и к их полному исчезновению в течение суток. Лечение в лёгких случаях включает госпитализацию. Для уменьшения миоклоний назначают бензодиазепины (диазепам, лоразепам), для понижения температуры тела применяют внешнее охлаждение.

Подъём температуры тела до 40,5°C и более свидетельствует об угрозе для жизни пациента. Таким пациентам необходимы интенсивное внешнее охлаждение, при нарушении дыхания эндотрахеальная интубация, перевод на ИВЛ и введение миорелаксантов. Перевод на ИВЛ и введение миорелаксантов бывают эффективными при лечении гипертермии и предупреждение таких её осложнений, как рабдомиолиз и внутрисосудистая диссеминирующая коагулопатия.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схемам 1 и 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Александр СОФРОНОВ,
руководитель отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации.

Владимир ПАШКОВСКИЙ,
ведущий научный сотрудник отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации.

Алла ДОБРОВОЛЬСКАЯ,
научный сотрудник отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации.

Елена ТЯВОКИНА,
заведующая соматопсихиатрическим отделением отдела неотложной психиатрии, наркологии и психореабилитации.

Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

Рак пищевода представляет собой злокачественное новообразование, развивающееся из клеток слизистой оболочки пищевода

Эпидемиология

Рак пищевода (РП), являясь относительно редким заболеванием с тяжёлым течением и неблагоприятным прогнозом, относится к категории онкологических заболеваний с высокой летальностью с момента установления диагноза. Выделяют два наиболее распространённых гистологических типа РП: аденокарциному и плоскоклеточный рак. Для этих двух форм клинические проявления, объём диагностических мероприятий, тактика лечения и прогноз одинаковы, но различны факторы риска, заболеваемость, географическое распределение, расовая и половая принадлежность заболевших.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями доля РП составляла 2,4% у мужчин и 0,6% у женщин (в 1991 г. – 3,4 и 1,4% соответственно). Стандартизованные показатели заболеваемости РП в России составили 6,4 на 100 тыс. мужчин и 0,94 на 100 тыс. женщин. Среди регионов России наиболее высокая заболеваемость РП в 2012 г. зарегистрирована в Республике Саха (Якутия) (17,6 и 3,2 на 100 тыс. соответственно у мужчин и у женщин), а также у мужчин в Магаданской (12,9), Еврейской автономной и Сахалинской (по 13,2) областях и у женщин в Чукотском автономном округе (20,6). Наиболее низкая заболеваемость отмечалась у мужчин в Республике Северная Осетия – Алания, Ставропольском крае (2,8-2,9), у женщин – в Воронежской, Брянской, Смоленской, Курской, Липецкой областях (0,2-0,3) и у лиц обоего пола в Карачаево-Черкесской Республике (3,5 и 0,2).

Факторы риска рака пищевода

Основные факторы риска развития различаются для разных гистологических форм рака пищевода.

Раннее выявление, диагностика, лечение и профилактика рака пищевода в общей врачебной практике

Клинические рекомендации

МКБ-10: C15 Злокачественное новообразование пищевода

C15.0	Злокачественное новообразование шейного отдела пищевода
C15.1	Злокачественное новообразование грудного отдела пищевода
C15.2	Злокачественное новообразование абдоминального отдела пищевода
C15.3	Злокачественное новообразование верхней трети пищевода
C15.4	Злокачественное новообразование средней трети пищевода
C15.5	Злокачественное новообразование нижней трети пищевода
C15.8	Поражение пищевода, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций
C15.9	Злокачественное новообразование пищевода неуточнённое

Для плоскоклеточного рака факторами риска являются курение и злоупотребление алкоголем (при совместном их воздействии риск повышается в 2-7 раз), дефицит в пище некоторых микроэлементов, таких как цинк и селен, особенности климата (чаще – у проживающих в регионах субтропиков с высокой солнечной активностью), некоторые особенности питания – употребление большого количества горячих напитков, жевание табака. Кроме того, к факторам риска относят возраст старше 50 лет и мужской пол.

Для аденокарциномы, которая является преобладающей формой рака в большинстве

развитых стран, основным фактором риска является гастроэзофагеальный рефлюкс (увеличивает риск в 7 раз) и пищевод Баррета (риск развития аденокарциномы возрастает в 30 раз). Кроме того, отмечена чёткая корреляция между повышением индекса массы тела (более 30 кг/м² у женщин и 25 кг/м² у мужчин) и риском развития аденокарциномы пищевода.

Предраковые заболевания пищевода

К ним относят хронический эзофагит, рубцовые стриктуры, язвы, полипы и пищевод

Баррета. Пациенты с пищеводом Баррета составляют группу риска развития аденокарциномы с ежегодной злокачественной трансформацией около 0,5%. Кишечная метаплазия служит морфологическим субстратом пищевода Баррета, заподозрить наличие которого при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни по клиническим признакам невозможно. Особое место занимает дисплазия. Слабовыраженные диспластические изменения могут нарастать вплоть до возникновения рака in situ. Инвазивный рак пищевода может развиваться как через стадию рака in situ, так и непосредственно из очагов дисплазии.

(Окончание следует.)

Елена АРТЕМЬЕВА,
доктор медицинских наук, профессор.

Валерия МАЛЕНКОВА,
кандидат медицинских наук, доцент.

Елена БУСАЛАЕВА,
кандидат медицинских наук, доцент.

Кафедра терапии и семейной медицины
Института усовершенствования врачей
Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики.

Когда-то Юрий Александровский работал в отделе науки «Медицинской газеты». Но выпускник Второго московского государственного медицинского института им. Н.И.Пирогова отдал всё же предпочтение своей основной специальности – врачеванию, желание лечить больных оказалось важнее. Сегодня он – руководитель отдела пограничной психиатрии Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Минздрава России, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии России, автор многих научных работ. Его огромная врачебная практика – это ещё и багаж деонтологической этики. Деликатность, интеллигентность, приходящие ему в полной мере, увы, не столь часто встречаются в наши дни, в том числе и среди нынешнего докторского сословия. Тем интересней беседа с ним о вопросах деонтологической этики, о которой он размышляет, о которой часто беседует с докторами и владение которой считает обязательным качеством не только современного врача, но и любого из нас.

– Юрий Анатольевич, этика – это дисциплина, изучающая человеческую мораль и нравственность. Это отмечали ещё древние философы, подчёркивая, что этика – это наука о должном. Такие качества, как совесть, принципиальность, во все времена у людей встречались не так часто, а со времён перестройки в нашей стране, когда мы, пациенты, для некоторых врачей не больные, а «клиенты», оплачивающие их услуги, эти понятия и вообще исчезают из лексикона, поведения наших врачей. Но на лекциях в годы учёбы в медицинских институтах, во взаимоотношениях с учителями разговор об этом идёт довольно часто. Почему доктору эти знания так необходимы?

– Прежде всего потому, что к нему на приём приходит больной человек, в больницу попадает пациент, который в тревоге за своё здоровье, за своё состояние. Проявляя доброжелательность, внимание к человеку, врач должен помнить, что, уважая других, он уважает и себя. Не существует двух абсолютно одинаковых людей, каждый исключителен и видит то, что может увидеть, и понимает то, что может понять, среднего человека нет. У каждого из нас свои эмоции, установки, способы действия. Вряд ли правы те, кто считает, что незаменимых людей нет. Другой человек будет делать что-то хуже или лучше, но всегда иначе, исходя из собственного умения, своих возможностей и желаний, представлений. Вы, наверное, и сами обращали внимание на то, что каждый новый момент в жизни человека не повторяет предыдущий, что психическое, психологическое, а значит, и его этическое состояние изменяется и не только в течение десятилетия, но и в пределах года, а то и дня. Присмотритесь к вашим близким, знакомым, коллегам. Даже на протяжении незначительного времени можно заметить у них смену эмоционального настроения, способов выражения жизненной позиции. У нас у всех разное воспитание, разные условия жизни. Приобретая знания и опыт, врач, как и любой из нас, меняется. То, что было когда-то бесспорным, критически переосмысливается, формируется новый взгляд и на общие, и на конкретные вопросы. Этика – это не только книги, лекции знаменитого академи-

кий. Бездеятельность чаще спокойнее и стабильнее, но ведь бунтарство и поступок, а не уход от решений преобразуют жизнь. Но и бездействие – это не нейтральность, это тоже действие, требующее зачастую и воли, и мужества. Советчиком быть трудно, но я думаю, что действовать, тем более соблюдая этические, деонтологические принципы, всё же лучше. Человек – не животное, он получает удовлетворение от выполненной работы, завершения какого-то действия. Человеческая сущность проявляется не в наблюдательной тишине, а в активности, которая в итоге

о том, что такое этика, деонтология?

– Условия современной жизни многим не дают повода задуматься над этими вопросами. Но общение человека с другими делает его человеком, даёт основание осознать прошлое и предвидеть будущее. Общение нам нужно, как воздух, как пища, без них мы ничто. Многие из нас особенно не задумываются о последствиях своих поступков, создают себе идолов, бездумно поклоняются им, усваивают правила «плохой игры». Понятия об истине и справедливости у каждого свои, а значит и действия

что каждый из нас «вместе со всеми», мы одновременно «сами по себе». Свои индивидуальные интересы нам ближе и порой кажутся особенно значимыми. Но мы не изолированы друг от друга, мы все «связаны». В любой системе мы живём и действуем в соответствии с требованиями общественного развития, и человек должен подчиняться этим законам, чтобы успешно в ней существовать. В обществе выработаны законы, их соблюдение требует отказа от индивидуальных, эгоистических потребностей, подчинения общим интересам. При этом уровень совести формируется многими личностными качествами, в том числе нравственными. Этот уровень всегда индивидуален – один может пойти против совести и быть при этом спокойным, не тревожит его «муки», а другой, у которого есть понятия об этике, деонтологии, даже в критических ситуациях не пойдёт против правил.

– Юрий Анатольевич, хотя многие из нас знакомы с понятием этики, мы нередко пренебрегаем ею. Как часто сегодня не только врачи, но и все мы, люди, став успешными, чего-то достигнув в жизни, позволяем себе бестактность, доктора – грубость в разговоре с пациентом, забывая, что когда-то произносили клятву врача.

– Да, в последнее время это встречается довольно часто. Не зря ведь говорят: «Счастлив не тот, у кого всего много, а тот, кому всего достаточно». Один наш больной с депрессией, возникшей после его банкротства, образно сказал: «Когда есть деньги, может быть хорошая жизнь. Когда есть большие деньги – может быть очень хорошая жизнь. Если денег больше, чем надо для очень хорошей жизни, это дорога к смерти». Верным компасом, предохраняющим человека в таких случаях от неумной разрушительности, служит моральная чистота, чувство меры, которые и являются основой этических принципов.

Нередко, сталкиваясь с человеком «со странностями», мы ставим ему диагноз, например психического расстройства. А ведь это дело только специалистов, и даже если это так, надо быть тактичным. Особенно в этом нуждаются молодые люди.

Возможно, мои рассуждения, советы покажутся банальными, но я уверен, что, если бы мы всякий раз помнили и соблюдали всем известные, выработанные историей развития человечества истины, может быть, наша непродолжительная жизнь стала бы приятнее и полезнее. Понятия о деонтологии, этике очень важны для каждого в повседневной жизни. Учиться им никогда не поздно, важно понять, как многое могут они изменить в нашей жизни.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «М».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Авторитетное мнение

Путеводители по жизни

О некоторых вопросах врачебной этики

ка, индивидуальное сознание расширяется и углубляется благодаря приобретению знания и опыта. Это сказывается на действиях врача, его отношении к больному. Особенно это очевидно, когда имеешь дело с давно работающим врачом, опыт которого, наука жизни – самое ценное и для этики. Иногда нам кажется, что «плохой человек», не имеющий представления о деонтологии, не меняется. Но как часто мы ошибаемся. Мой опыт показывает, что «не изменяющегося человека» практически нет. И у него происходят душевные «катаклизмы», без них невозможна жизнь. Вот в микромире радиоактивный распад постоянно разрушает одну структуру и создаёт другую, так и в психической жизни. Человеческое тепло или холод – не физические величины, а более тонкие «душевные колебания». А отсюда и ваше доброжелательное, чуткое, а значит, этическое отношение к больному.

– Врач – это человек, и он сталкивается в жизни с коллегами, руководителями, чиновниками от медицины. Сегодня при той оптимизации, которая происходит в здравоохранении, многие, и даже неплохие доктора, теряют работу, вынуждены переходить на менее оплачиваемую из-за сокращения, слияния учреждений. Как в этом случае, когда ты нервничаешь, неспокоен, помнить об этике, деонтологии?

– У каждого человека можно выделить два различных качества, порой противоположных, – деятельную активность и созерцательность. Как правило, с возрастом первое идёт на убыль, а второе начинает превалировать. Что лучше – действовать или созерцать? Вопрос риторичес-

ка, индивидуальное сознание расширяется и углубляется благодаря приобретению знания и опыта. Это сказывается на действиях врача, его отношении к больному. Особенно это очевидно, когда имеешь дело с давно работающим врачом, опыт которого, наука жизни – самое ценное и для этики. Иногда нам кажется, что «плохой человек», не имеющий представления о деонтологии, не меняется. Но как часто мы ошибаемся. Мой опыт показывает, что «не изменяющегося человека» практически нет. И у него происходят душевные «катаклизмы», без них невозможна жизнь. Вот в микромире радиоактивный распад постоянно разрушает одну структуру и создаёт другую, так и в психической жизни. Человеческое тепло или холод – не физические величины, а более тонкие «душевные колебания». А отсюда и ваше доброжелательное, чуткое, а значит, этическое отношение к больному.

– Всё, о чём вы говорите, касается ведь не только врачей, но и нас, пациентов, просто обычных людей. Сегодня совершается такое количество просто страшных поступков, о которых мы узнаём из газет, теле- и радиопередач, что задаёшься вопросом, а имеет ли человек хоть малейшее представление



разные. Как врач сталкиваюсь с такими фактами, когда люди в каких-то обстоятельствах и в себе, и в своих знакомых ищут проявление психических заболеваний, говорят о психопатологии. Надо помнить, что подавляющее большинство людей вполне здоровы. Смотри на окружающих, попробуйте понять, почему кто-то раздражителен или печален, безразличен. Всегда можно найти путь общения с так называемыми сложными людьми, сопереживая, войдя в их положение. А жизненный опыт, видение людей, понимание их подскажут, как им помочь. Для этого, несомненно, нужны знания деонтологии, они помогают выработать принципы, которые должен исповедовать человек. Нельзя судить о личности по одному поступку – всмотритесь в него глубже. Не забывайте о том, что несмотря на то,

Профилактика

От факторов риска — к резервам здоровья

Новые технологии в превентивной медицине

Основной профилактики неинфекционных заболеваний (НЗ) традиционно служит учение о факторах риска (ФР). Главными из них считаются курение, артериальная гипертензия, ожирение, высокий уровень холестерина в крови, гиподинамия, стресс. Со времени открытия ФР в 1950-х годах ничего значительно нового в превентивной медицине не появилось. Полагают, что их устранение достаточно для минимизации угроз НЗ. Соответственно, иные рискованные сценарии не рассматриваются. Поэтому здравоохранение не располагает профилактическими технологиями для действия в нестандартных обстоятельствах.

Теоретическое спокойствие прервал неожиданный рост смертности в Республике Крым в 2014-2016 гг. на 12%. Процесс имел эпидемический характер, проявившись одновременно в крупных и малых городах – Феодосии (+13%), Симферополе (+12%), Евпатории (+6%), Ялте (+5%), в муниципальных районах – Первомайском (+19%), Красногвардейском (+17%), Джанкойском (+11%), Нижнегорском (+10%) и др. В результате количество умерших, превысивших фоновый уровень 2013 г., достигло 9,4 тыс. человек. Аналогичный рост смертности наблюдался в Севастополе, свидетельствуя о неслучайном характере происшедшего.

Важное имиджевое значение Республики Крым требует экстренных мер по преодолению демографического кризиса. Для их разработки необходимо знание причин ухудшения здоровья населения. Классические ФР не имели к этому отношения, поскольку их эффект накапливается годами. К тому же наибольший рост смертности был не у главных НЗ (болезни системы кровообращения и злокачественные новообразования), а у заболеваний органов пищеварения и дыхания (см. табл. 1).

Увеличение заболеваемости отмечалось не только у неин-



Крымские здравницы должны стать экспериментальной площадкой инновационных подходов к управлению резервами здоровья

фекционных, но и инфекционных нозологий (см. табл. 2). Подобное случается при смене критериев диагностики или улучшении работы диагностической службы, которых на полуострове не наблюдалось.

Становится очевидной недостаточность факторной стратегии

для объяснения демографической ситуации в Крыму. Поэтому неоднократные попытки Совета министров Республики Крым улучшить здоровье населения традиционными профилактическими усилиями оказались безуспешными. Что предложить взамен? Классическая медицина не даёт ответа. Требуются инновационные решения.

Для этого российскими учёными предложено новое направление в превентивной медицине – персонализированная профилактика. Её предметом служат не факторы риска, а резервы здоровья организма. Теоретически показана возможность оценки прогностических рисков НЗ без обращения к факторам риска. Ещё в середине 1990-х годов был разработан многомодульный аппаратно-программный комплекс ЭСКИЗ (Экспертные Системы Контроля Индивидуального Здоровья). Сегодня развитие этой идеи осуществляется Первым Московским государственным медицинским университетом им. И.М.Сеченова согласно государственному заданию Минздрава России «Система персонализированной профилактики социально значимых заболеваний».

Расчёты показали, что среди взрослого населения России доля лиц с высоким риском НЗ равна не более 3-5%. В Республике Крым численность людей 15-72 лет составляет 920 тыс. человек. От них 5% – это около 50 тыс. Именно им требуется актуальная профилактика. Остальные 870 тыс. человек имеют достаточные резервы здоровья, чтобы жить без медицинских ограничений. Такой подход позволит здравоохранению не расплывать ресурсы по всему населению, а фокусировать на наиболее нуждающихся. Адресная профилактика особенно востребована в условиях финансового кризиса.

Диагностика лиц с высоким риском проводится по типу скри-

нинга. В случае подозрения на высокий риск (10-15% прошедших скрининг пациентов) проводится углублённое обследование. Оценивается центральная гемодинамика, микроциркуляция головного мозга, гибкость крупных сосудов, периферическое сосудистое сопротивление, позволяющие определить резерв здоровья и дать прогноз дожития на ближайшие 15 лет. Высокий риск подтверждается примерно у трети, направленных на углублённое обследование.

Оба блока соответствуют логике диспансерного подхода. При современной диспансеризации пациенты приглашаются в поликлинику на первый этап, где в течение 2 дней выполняется скрининг. Двухдневное отсутствие работников по месту работы сопряжено со значительными потерями валового внутреннего продукта. В промышленности Крыма (62 тыс. человек) имеется большое число крупных производственных объектов: химическая отрасль, машиностроение, судостроение, строительная индустрия и т.д.

Для минимизации затрат на диспансеризацию предлагается проводить скрининг на базе здравпунктов (кабинетов здоровья) промышленных предприятий без отрыва от производства. Такие здравпункты могут действовать в санаторно-курортной сети (30 тыс. человек), в системе образования (62 тыс.), в системе здравоохранения и социальных услуг (60 тыс.). Для работников малых предприятий создаются кустовые кабинеты здоровья или приглашаются выездные диспансерные бригады. Около половины населения Крыма проживает в сельской местности. Их скрининг можно проводить на базе сельских амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов.

Современная диспансеризация заканчивается вторым этапом в виде разовой профилактической беседы. Тогда как для реаль-

ного оздоровления человека и контроля над устойчивостью достигнутых результатов требуется не менее 4-6 месяцев. Поэтому необходим третий этап диспансеризации. Его организация предполагает учёт того, что здоровье населения зависит от медицины примерно на 10%, от генетики и экологии – по 20%, а 50% определяются факторами образа жизни: экономическими, жилищными, семейными, производственными и т.д. Их нормализация не по силам врачу-лечебнику, который не располагает необходимыми для этого компетенциями и временем. Требуются специалисты медико-социального профиля, способные осуществлять психологическую коррекцию, гармонизацию семейной атмосферы, помощь в улучшении условий быта, оптимизацию отношений на производстве, содействие в трудоустройстве и обеспечении пособиям.

На предприятиях важная профилактическая роль должна отводиться профсоюзам, которые вполне могут лидировать в формировании здорового образа жизни. Проведение ими социального аудита, мониторинг психологического и медицинского здоровья коллективов позволит привлекать работодателей к реализации необходимых профилактических мероприятий.

Крым является уникальной территорией по концентрации рекреационных учреждений различного профиля. Здешние здравницы способны стать экспериментальной площадкой инновационных подходов к управлению неспецифическими резервами здоровья и персональными рисками НЗ. Нарастание адаптивного потенциала организма позволит снижать смертность от широкого круга специфических нозологий.

Овладевшие профилактическими методиками пациенты не должны теряться из виду. Для их сопровождения предлагается единая по стране информационная сеть, объединяющая базы данных профилакториев, санаториев, домов отдыха с территориальными поликлиниками и здравпунктами предприятий.

Это позволит отслеживать динамику индивидуальных рисков здоровью работников в течение их трудовой жизни. Знание особенностей личного здоровья должно мотивировать пациентов на активное сотрудничество с врачом.

Становится возможной креативная профилактика, позволяющая тестировать разные оздоровительные средства и выбирать наиболее действенные. Обеспечивается независимый контроль эффективности диспансеризации, что позволит за короткий срок значительно снизить смертность у лиц, находящихся под профилактическим наблюдением.

Игорь ГУНДАРОВ,
главный специалист
Института лидерства в управлении
здравоохранением
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова,
доктор медицинских наук,
кандидат философских наук,
профессор.

Таблица 1
Динамика смертности от разных причин в Республике Крым за 2013-2015 гг.

Причины смерти	2015 г. (2013 г. = 100%)
Болезни органов пищеварения	138
Болезни органов дыхания	135
Транспортные несчастные случаи	119
Болезни системы кровообращения	104
Новообразования	104
Убийства	95
Самоубийства	91
Инфекции и паразитарные заболевания	79
Отравления алкоголем	69

Таблица 2
Рост впервые выявленных заболеваний в Севастополе (на 1000 населения)

Заболевания	2014 г. (2013 г. – 100%)
Новообразования	161
Болезни эндокринной системы и обмена веществ	149
Болезни мочеполовой системы	138
Болезни кожи и подкожной клетчатки	135
Болезни глаза и его придаточного аппарата	129
Болезни нервной системы	125
Инфекционные и паразитарные заболевания	122
Болезни системы кровообращения	118
Болезни органов дыхания	114
Болезни уха и сосцевидного отростка	112
Болезни костно-мышечной системы	104
Последствия внешних воздействий	109

В Челябинском областном клиническом центре онкологии и ядерной медицины прошёл мастер-класс по диагностике сторожевых лимфоузлов, на которые в первую очередь распространяется раковая опухоль, оставаясь незаметной внешне. Его провели специалисты НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова. После практического курса челябинские онкологи внедряют новую методику в свою повседневную практику.

По словам медиков, методика биопсии сторожевого лимфоузла при раке молочной железы применяется в мире очень широко, а в России её внедрение только начинается. Новая технология позволяет с помощью радиофармпрепарата найти то место, где рак может затаиться, как в «домике» – так называемый сторожевой лимфоузел. Кроме того, можно посчитать, сколько там скопилось «злых» клеток и какова реальная стадия заболевания. Этим данным достаточно, чтобы решить, нужно удалять все лимфоузлы или нет.

Любая опухоль метастазирует по лимфатическим путям. Существующими на сегодняшний день методами поймать момент, когда эти пути поражаются, невозможно. Сторожевой – это тот лимфоузел, в котором накапливаются метастатические клетки при раке различных локализаций. Для этого пациенту внутривенно вводится радиофармпрепарат, который чувствителен непосредственно к этому лимфоузлу, – поясняет заведующая отделением радионуклидной диагностики (ПЭТ-центр) Челябинского онкоцентра Надежда Афанасьева.

В течение часа пациент ожидает, когда этот препарат распределится по организму и накопится именно в сторожевом лимфатическом узле. Следующий этап – проведение сцинтиграфии в гамма-камере. Во время исследования аппарат с помощью детекторов улавливает место на-

копления радиофармпрепарата в организме человека и определяет его локализацию.

Просвечивать на аппарате специалисты будут только тот участок тела, в котором предполагают наличие сторожевого лимфоузла. При этом никакого вреда для человека нет. Радиофармпрепарат практически безопасен – его лучевая нагрузка меньше, чем пациент

лимфоузлах, поэтому удаляют их все. Проводится сначала диагностика вместе с биопсией, потом анализ полученного материала, а уже затем принимается решение, нужно ли хирургическое лечение опухолевого заболевания и в каком объёме. Если да, то все вмешательства будут выполнены сразу же, – пояснил заведующий отделением опухолей молочной

Это значит, что женщина сможет избежать большой кровопотери, утяжеления послеоперационного периода – отёка руки, нарушения её движения, чувствительности и многого другого без ущерба для лечения основного заболевания.

Сегодня южноуральские онкологи подготовили сразу несколько таких пациенток, для которых новая методика станет судьбоносной.

Ориентиры

Проверить стражу!

В поисках места, где затаился рак



Челябинские онкологи внедряют новую методику в свою повседневную практику

получает при прохождении флюорографии лёгких. Эта современная технология ядерной медицины при раке молочной железы избавит женщин от лишней операции и её последствий.

Методика нужна не всем, а только тем женщинам, у кого лимфоузлы подмышкой не поражены. На сегодняшний день мы никогда не уверены заранее, есть ли метастазы в регионарных

железы Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины Олег Терешин. До сих пор не везло тем пациенткам, у которых лимфоузлы оказывались свободными от метастазов. Их можно было бы и не удалять и избавить от негативных последствий операции на регионарных лимфоузлах. Теперь такая возможность у онкологов появилась.

Однако новую методику можно использовать не только при раке молочной железы, но и при меланоме, раке шейки матки, желудка и других органов.

Мы внедряем самые современные методы в своём онкоцентре с единственной целью – повысить качество оказания медицинской помощи онкобольным и эффективность их лечения. Прикладной путь любой новинки для нас находится всегда на первом месте, а на втором – научный. Методика биопсии сторожевого лимфоузла – прорывная для России в целом. Главное, что у нас есть и оборудование, и специалисты, готовые это всё разрабатывать и внедрять. Вот эта связь науки и практики и определяет успех лечения пациента, – подчёркивает главный врач центра онкологии и ядерной медицины академик РАН Андрей Важенин.

Наталья МАЛУХИНА,
внест. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Тенденции

Чтобы не было разочарования

Юные «хирурги» проходят большую школу под присмотром ведущих преподавателей РНИМУ им. Н.И.Пирогова

В августе в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова состоялось официальное открытие школы юного хирурга. Эта уникальная школа начала свою работу ещё в июле, так что и преподавателям, и ученикам уже было чем похвастаться перед гостями: 80 московских школьников показали, как они научились управлять сложными манипуляторами, оказывать первую помощь, проводить обследование и многое другое.

Правильный выбор будущей профессии волнует всех современных выпускников и их родителей. К сожалению, часто бывшие школьники, садясь на студенческую скамью, разочаровываются в сделанном выборе. Особенно тяжело такое разочарование даётся студентам медицинских вузов. Именно поэтому РНИМУ предложил масштабный и уникальный проект – школу юного хирурга.

Инициативу университета поддержал Департамент образования Москвы. Во время летних каникул 80 старшеклассников московских школ пройдут в Учебном центре инновационных медицинских технологий университета 10 мастер-классов, 40 лабораторных работ и 60 различных интенсивов. Каждое занятие имеет своё название. Например: «Узел. Моряки против

хирургов», «Сестра, бинт! Десмургия как основа оказания первой помощи», «Инновации в медицине. 3D, 4K, роботы» и т.д. Несмотря на такие шуточные названия, знания, которые открываются перед школьниками, очень серьёзные и важные.

Я считаю, что уникальность нашей школы в том, что даже если по завершении занятий ребята поймут, что не видят своего будущего в медицине, знания, которые они здесь получают, пригодятся им обязательно! В современном мире каждый человек должен знать, как помочь себе, своим близким и окружающим. Своевременная помощь – вот залог успешного лечения. А для тех ребят, кто уже не представляет своего будущего без белого халата, школа является отличной возможностью подготовиться к поступлению, подтянуть свои знания, пообщаться напрямую с преподавателями, студентами, почувствовать атмосферу нашего вуза. Это тоже важно для плодотворной учёбы! – поделился проректор по лечебной работе РНИМУ им. Н.И.Пирогова член корреспондент РАН Христо Тахчиди.

Врачи высшей категории и практикующие хирурги знакомят школьников с современными медицинскими инструментами: стетоскопами, скарификаторами, цоликлонами, глюкометрами, УЗИ-аппаратами, эндоскопическими стойками, лапароскопическими



Идёт учебный процесс

тренажёрами. Самое главное, что ребята не только прослушают лекции профессионалов и посмотрят за их манипуляциями, но и смогут самостоятельно провести исследование биоматериалов, провести операции, научиться вязать хирургические узлы.

В начале учебного года школа юного хирурга выпустит своих первых учеников. Преподаватели скромно говорят, что подводить даже промежуточные итоги пока рано. Но энтузиазм школьников, их желание как можно больше времени проводить в учебном

центре инновационных медицинских технологий, узнавать новую информацию и тут же проверять свои знания на практике, общаться с наставниками говорят сами за себя.

Руководство университета надеется, что этот образовательный проект поддержат и другие медицинские вузы.

Мария ГУСЕВА,
сотрудник отдела по связям
с общественностью
РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

Москва.

Образование

Новая специализация для врачей

Омский государственный медицинский университет подписал соглашение о сотрудничестве с больницей китайского вуза.

Исполняющий обязанности ректора ОмГМУ, доктор медицинских наук, профессор Виталий Охлопков недавно встретился с руководством 6-й больницы Синьцзянского медицинского университета. Результатом второго визита китайской стороны в Омск (первая встреча состоялась в конце мая) стало подписание соглашения о сотрудничестве. Этот документ предусматривает не только академический обмен студентами, преподавателями, врачами и пациентами, но и создание центра китайской медицины в Омске.

Как сообщили в ОмГМУ, преподавать в омском центре будут специалисты КНР, а результатом обучения станет диплом Омского медицинского университета по специализации «китайская традиционная медицина», который будет действителен как в России, так и в странах СНГ.

Первый такой центр создан в прошлом году в Воронеже, совсем недавно был открыт в Саратове, готовится к открытию в Москве, – прокомментировал решение В.Охлопков.

По его мнению, сегмент восточной медицины сегодня очень востребован. Большое количество российских практикующих врачей заинтересовано в получении дополнительной специализации по иглоукалыванию, мануальной терапии, фито- и ароматерапии, другим восточным методикам. В центре китайской медицины, который планируется открыть, профессиональную переподготовку по этим направлениям смогут проходить врачи из разных регионов России.

Коллеги из Китая – главный врач 6-й больницы Синьцзянского медицинского университета профессор китайской традиционной медицины Хан Рон и заместитель главного врача профессор Шао Гуокси – с воодушевлением встретили предложение омичей. Следующий шаг в развитии партнёрских отношений – ответный визит делегации ОмГМУ в Урумчи, где предстоит детально обсудить механизмы реализации проекта с ректором Синьцзянского медицинского университета. Учитывая, что больница Синьцзянского медицинского университета специализируется на травматологии и ортопедии, возможен также визит в Китай ведущих омских травматологов для обмена опытом.

Фундамент для развития сотрудничества имеется: в 2015 г. омский вуз вошёл в состав Российско-китайской ассоциации медицинских университетов, ежегодно студенты ОмГМУ проходят стажировки в Китае, участвуют в конференциях. Соглашение позволит расширить грани сотрудничества, сделать его более продуктивным и разносторонним.

К слову, Китай – не единственная восточная страна, с которой ОмГМУ устанавливает партнёрские взаимоотношения. В ближайшее время партнёром вуза станет Индия, откуда уже этой осенью в столицу Прииртышья придут студенты, мечтающие стать врачами.

Более того, на днях в университете начал свою деятельность деканат по работе с иностранными гражданами.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

МИА Сито!

Омск.

Почему бы и нет?

Его Величество
МОЗГ

Канадские исследователи заявили, что пытаются создать искусственный нейрончик, который нужен для замены повреждённых участков головного мозга. Отмечается, что им уже удалось получить сигнал от созданного нейрона к живым мозговым клеткам. Учёные собираются в течение 3 лет впервые в мире разработать нейронную сеть из сотни искусственных нервных клеток.

Данное устройство сможет полноценно передавать сигналы к неповреждённым клеткам. Чтобы продолжить разработку, учёным пригодятся знания механизмов работы нервной системы и природы возникновения паралича. Искусственно созданный нейрончик поможет восстановить в организме человека корректную передачу сигналов из головного мозга ко всему телу.

После того, как искусственную нейронную сеть удастся воплотить в реальность, специалисты собираются провести тестирование на лабораторных грызунах. Если учёные получат положительный результат в испытаниях, то есть удастся восстановить повреждённые отделы мозга мышцей, то будут проведены опыты на людях. Отмечается, что при положительном результате также должны восстанавливаться электроимпульсы.

Примечательно, что аналог головного мозга выращивают британские учёные из Университета Кембриджа (Великобритания). Специалисты рассказали о своей уникальной работе по созданию сложнейшего человеческого органа. Невероятно, но учёные уже смогли вырастить в лабораторных условиях около 300 искусственных биологических органов, схожих с головным мозгом.

По словам британских экспертов, им удалось достигнуть такого прогресса благодаря стволовым клеткам, которые учёные пересаживали из донорской кожи. Стволовые клетки были помещены в особую среду, в которой по средствам дефицита нужных питательных веществ, эти клетки вынуждены были трансформироваться в нейроны.

На данный момент в лаборатории выращено уже 300 органов, каждый из которых состоит из миллионов нервных клеток. Конечно, уникальные объекты пока рано называть мозгом, они размером приблизительно 4 мм в диаметре. Существующих в органе нейронов недостаточно для того, чтобы мозг начал функционировать, но тем не менее это огромный прорыв на пути к ещё более невероятным изобретениям.

По словам специалистов, созданный орган, напоминающий головной мозг, в дальнейшем можно будет использовать в качестве опытов. К примеру, на нём можно будет тестировать действия различных лекарственных препаратов на человеческий мозг.

Интересное открытие сделали и американские учёные. Они провели ряд исследований, обнаружив в головном мозге человека так называемый центр плацебо, который в будущем может привести к созданию метода лечения, не требующего использования сильнодействующих медикаментов.

Работу проводили исследователи из Северо-западного университета в Чикаго (США). Они наблюдали за работой головного мозга у 60 испытуемых, у которых наблюдались хронические боли в коленном суставе. Каждому предложили попробовать новое сильное болеутоляющее, причём половине из экспериментаторов давали не настоящее лекарство, а «пустышку». После этого на протяжении 3 недель учёные наблюдали за активностью головного мозга с помощью МРТ.

Оказалось, что в мозгу человека существует определённая зона, активность которой можно использовать для предсказания эффективности плацебо. Также с помощью неё можно узнать и о том, хорошо ли настоящие лекарственные препараты выполняют свою функцию.

Отмечается, что у некоторых пациентов усиливался эффект плацебо, у других увеличивалась боль, а эффект плацебо подавлялся лекарствами. Учёные сделали вывод, что это как раз и объясняет, почему некоторые не могут избавиться от боли даже после приёма сильнейших анальгетиков.

Так называемый центр плацебо и его изучение позволят в будущем при помощи стимулирования снизить боль, отмечают исследователи.

Кстати, недавно учёные выяснили, что люди могут передавать физическую боль друг другу.

Наряду с этим американские психологи в ходе экспериментов смогли доказать, что эмпатия действительно существует. Ранее существование эмпатов — людей, которые способны почувствовать боль и переживания других как свои собственные, — было своеобразным научным мифом, доказательств тому, что такое явление действительно существует, не было.

Хотя мало кто пытался отрицать существование эмпатии, учёные, скорее, допускали это явление. Сообщения о том, что люди способны чувствовать и воспринимать боль других, уже давно не новость, но проблема в том, что такие случаи крайне трудно доказуемы.

Психологи провели эксперименты и выяснили, что человек действительно может почувствовать чужую боль, если он остро переживает проблемы окружающих. По данным учёных, способностью искренне сопереживать чаще всего обладают излишне мнительные люди, так как их психика предрасположена к «ощущениям извне». Именно такие люди могут почувствовать чужую боль, если с ними поделиться своими переживаниями.

Специалисты связывают такое проявление с социальным факторами — чаще всего люди чувствуют и воспринимают переживания близких. Это связано тем, что близкие люди в принципе способны влиять на эмоции и мысли друг друга, оказывая поддержку или помогая советом.

Излишне ранимые люди при этом могут воспринимать чужую боль как свою, хотя психологи советуют стараться избегать этого. Причина проста — организму впечатлительного человека и так не просто справляться с постоянными стрессами, нагружать его ещё и чужими проблемами — излишне.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры
«Советская районная больница»

приглашает для постоянного трудоустройства на следующие специальности:

Эндокринолог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «эндокринология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды.

Гинеколог, акушер-гинеколог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «гинекология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды.

Уролог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «урология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды.

Кардиолог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «кардиология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды, предоставление единовременной компенсационной выплаты — 1 млн руб.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-20-41 — отдел управления персоналом, 8 (34675) 3-15-73 — факс.

Резюме направлять по адресу:
sovhospital@sovbolnica.pf

Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте:
www.sovbolnica.pf

Выводы

Лучше быть богатым и здоровым,
чем бедным и больным

Учёные из Государственного университета Восточного Теннесси (США) выяснили, как на продолжительность человеческой жизни влияет бедность. Как и ожидалось, эффект был отрицательным, однако, как сообщил старший автор исследования Рэнди Викофф, он и его коллеги не ожидали увидеть настолько большую разницу между богатыми и бедными людьми — до 7-10 лет.

Для простоты работы учёные заново разделили США не по географическому, а по финансовому признаку, основываясь на среднем доходе семьи в определённой местности. Затем они проанализировали

данные из самых бедных и самых богатых «новых штатов» — такие как продолжительность жизни, количество курильщиков и людей с ожирением и другую информацию, касающуюся здоровья.

Результаты поразили специалистов — оказалось, что в беднейших «штатах» мужчины живут на 10 лет меньше, чем в богатейших (до 69 лет), а женщины — на 7 лет (до 76 лет). Авторы заявили, что такая низкая продолжительность жизни даёт основания предположить, что внутри границ США скрылось несколько развивающихся стран. Кроме всего прочего, курильщиков среди беднейших людей было в 4,5 раза больше, а также у членов семей с низким доходом увели-

чивался риск развития ожирения — до 50% по сравнению с богатыми семьями.

Сотрудники университета также сопоставили финансовую информацию с географической и обнаружили, что в 5 географических штатах США живут как самые бедные, так и самые богатые семьи, поэтому, по словам исследователей, вопрос не в нехватке ресурсов, а в их неправильном распределении.

Р.Викофф подчеркнул, что если в скором времени не переориентировать программы здравоохранения на помощь бедным семьям, то разрыв между бедными и богатыми увеличится ещё сильнее.

Однако

Учёные из Гарвардской медицинской школы (США) нашли связь между гендером лечащего врача и процентом повторных обращений за госпитализацией среди пожилых людей.

Неизвестно, по какой причине, однако если пожилой человек был госпитализирован в больницу и попал к врачу женского пола, вероятность того, что после окончания лечения он в течение месяца умрёт или будет снова госпитализирован, ниже, чем в тех случаях, когда пациент лечился у врача-мужчины. К такому выводу исследователи пришли, изучив огромное количество случаев госпитализации.

Всего в исследовании участвовали более 620 тыс. мужчин и более

Половая
предвзятость

960 тыс. женщин, госпитализированных с 2011 по 2014 г. Всем участникам было не менее 65 лет, а средний их возраст составлял 80 лет. Состояния, по поводу которых пациентов кляли в больницу, были самыми разными, а принимали людей в учреждениях здравоохранения около 20 тыс. врачей-женщин и около 40 тыс. врачей-мужчин. Проанализировали более 1,5 млн госпитализаций и пришли к выводу, что если пациент попадал к жен-

щине, то его шансы на повторную госпитализацию в течение месяца снижались на 5%, а риск умереть в течение того же времени уменьшался на 4% по сравнению с таким же пациентом, попавшим к мужчине.

Почему такое происходит — точной информации нет. Учёные предположили, что, возможно, дело в том, что женщины более склонны следовать клиническим рекомендациям, а также они более эффективно общаются с больными.

Исследования

Температура относительной
безопасности

Мытьё рук спасает людей от болезней и распространения бактерий и микробов. Учёные Рутгерского университета в Нью-Брунсуике (Канада) провели исследование, какой водой эффективнее всего мыть руки.

Данная работа проводилась при помощи нанесения бактерий на руки участников. Затем их просили мыть руки водой температурой 15, 26 и 37 градусов по Цельсию. Также испытания проводились с разным количеством мыла.

Исследование показало, что температура воды и количество

мыла не имеют значения. Учёные выяснили, что даже 10-секундное споласкивание удаляет значительное количество бактерий.

Вывод учёных, по всей видимости, имеет важное значение в здравоохранении или на предприятиях по изготовлению продуктов питания, где требуется дезинфекция рук. Сейчас по рекомендации Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA), на пищевых предприятиях руки должны мыться при температуре 100 градусов по Фаренгейту (37 по Цельсию). Вопрос температуры

воды обсуждается много лет, и до этого не было никаких доказательств того, что температура воды влияет на чистоту рук.

Не исключено, что в следующем году эти нормы будут пересмотрены. «Мы тратим энергию, чтобы нагреть воду до температуры, которая не является необходимой», — считают авторы исследования.

Подготовил Ян РИЦКИЙ.

По материалам oso.edu, [Science Daily](http://ScienceDaily.com), [American Journal of Public Health](http://AmericanJournalofPublicHealth.com), [Live Science](http://LiveScience.com), [The Guardian](http://TheGuardian.com), [Journal of Food Protection](http://JournalofFoodProtection.com).

Начальник Генерального штаба ЦАХАЛа (армия обороны Израиля) генерал-лейтенант Гади Айзенкот издал приказ, запрещающий продажу табачных изделий в армейских магазинах.

Курению в своих рядах противостоит большинство армий мира. Известно, что командование ни одной военной структуры не ставит задачу полностью искоренить эту пагубную привычку в заранее определённое время. В конце концов, курение табачных изделий ни в одной стране не признано преступным деянием. В отличие от потребления наркотических курительных смесей. Молодые люди, нередко в подростковом возрасте пристрастившиеся к курению, в течение нескольких лет могут и не обращать внимание на ухудшение своего здоровья. Однако именно такая зависимость превращает миллионы людей в инвалидов и доводит до смерти в возрасте, который нередко и пожилым нельзя назвать.

В этом отношении весьма показателен первый антитабачный слоган, появившийся в далёком 1915 г.: «Курящий мальчик может не беспокоиться о своём будущем – его у него нет». Фраза приписывается видному американскому биологу Дэвиду Старру Джордану.

Кадровые военные дымят меньше

По данным Министерства здравоохранения еврейского государства, именно в ЦАХАЛе большинство молодых израильтян, как юношей, так и девушек, получают пагубную привычку. Процент курящих в день призыва составляет в среднем 26,2%, а при демобилизации доходит до 36,5%. Распространённость курения среди солдат всех возрастов достигает 40,3%, а среди «солдаток» (сообразно местному армейскому сленгу девушек-военнослужащих) – 32,4%. При этом рост процента курящих во время воинской службы среди представителей обоих полов одинаков. Исследование показало, что почти 18% опрошенных не курили до призыва и начали «дымить» только в армии. Особенно высокий шанс приобрести к пагубной привычке на военной службе был и остаётся у тех, кто курил до призыва в подростковом возрасте и нашёл в себе силы бросить. На практике 56% из них снова начали курить.

Военные медики бьют тревогу, ибо уже к концу первого полугодия 3-летней срочной службы юношей и 2-летней «солдаток» у определённой части подсевших на сигареты новобранцев наблюдается понижение выносливости и повышение склонности к целому ряду заболеваний. Соответственно, меньшая доля смолящих первогодков успешно завершает курс базовой боевой подготовки. Курильщики на 40% чаще некурящих военных обращаются за медицинской помощью. Уровень табакозависимых среди мужчин (после 27 лет) в российских регионах ещё выше – 55-82%. Эти далеко не радужные данные вполне экстраполируются на личный состав вооружённых сил страны.

Подполковник Алон Глазберг, начальник отдела оперативной медицины ЦАХАЛа, привёл на заседании комиссии Кнессета по борьбе с курением и наркотиками данные, согласно которым среди кадровых военных доля курящих вдвое меньше, чем среди демобилизованных после срочной службы. «Трудно найти старшего офицера или командира бригады, который курит», – подчеркнул Глазберг в своём выступлении. Весьма показательно, что, по сообщению израильской газеты «Маарив», предыдущий начальник генерального штаба ЦАХАЛа Дан Халуц, относившийся к категории заядлых курильщиков, бросил курить ещё до получения генеральского звания.

Врач-эпидемиолог Хагай Левин из Медицинского центра «Адасса Эй-н-Керем» при Еврейском университете в Иерусалиме представил на том же заседании парламентского комитета подробное исследование о курении в армии. В частности, он обратил внимание на «значительное увеличение количества солдат, которые курят с призыва и до демобилизации». Среди первоочередных задач борьбы с курением в ЦАХАЛе доктор Левин считает необходимым запретить включать сигареты в пакет ежедневного солдатского довольствия и снижение военного профиля для курящих призывников. Многие молодые израильтяне о службе в боевых частях мечтают с детских лет. С учётом этого факта Х.Левин не сомневается, что свою мечту большинство из них никогда не променяют на табак. Фактически

С израильскими и канадскими учёными солидарны и российские. В диссертации на соискание учёной степени кандидата биологических наук преподавателя Вятского государственного медицинского университета Галины Поповой «Влияние курения на физическое развитие, состояние вегетативной и сердечно-сосудистой систем у юношей», защищённой в Нижегородском государственном медицинском университете в 2009 г., прямо указывается на губительное влияние курения на юношеский организм. Отсюда и не снижающийся процент призывников, определённых врачами ко-

состояние вегетативной нервной системы и гемодинамики у студентов» на соискание учёной степени кандидата биологических наук (защищена в 2009 г. в Московском государственном гуманитарном университете) отмечает у курящих девушек «более высокий тонус мозговых сосудов и более низкую эффективность венозного оттока и одновременно более выраженную асимметрию мозгового кровотока». Диссертант обращает внимание также на «более продолжительные менструальные циклы у курящих студенток, сказывающиеся на репродуктивной функции». Таким образом, в случае желания

датам отказаться от этой вредной привычки», – сказала она на заседании комиссии Кнессета. По словам майора Гозлан, медицинский отдел ЦАХАЛа предоставляет военнослужащим бесплатные лекарства, помогающие бросить курить, сотни солдат проходят курсы по прекращению курения. В продолжении беседы подполковник Дубровский рассказал о планах армии отменить существующие льготы на табачные изделия для военнослужащих. В частности, он не исключил, что «ЦАХАЛ примет опыт коллег вооружённых сил Южной Кореи, и за каждые 3 месяца без табака израильский солдат добавит себе один выходной день».

А как у них?

Израильская армия сражается с... табакозависимостью

На Земле обетованной решительно противостоят пагубной привычке



в определённом смысле речь идёт о смене приоритетов. Ведь совсем недавно в ЦАХАЛе тех, кто не курил, считали маменькиными сынками. Об этом на том же заседании комиссии Кнессета рассказал депутат Иегуда Глик. Одновременно он выразил уверенность в том, что «израильской армии пора становиться некурящей, и тому, что было принято когда-то, сегодня не должно быть места». Исследование, проведённое среди почти 30 тыс. израильских солдат срочной службы (как парней, так и девушек) в течение 24 лет, с 1987 по 2011 г., показало, что во время военной службы происходит увеличение числа курящих среди призывников. И этот факт, разумеется, отрицательно сказывается на их здоровье.

Курение истончает мозги

Директор Института клинической патологии Медицинского центра им. Хаима Шибы в Тель-а-Шомер профессор Бен-Амир Села в беседе с корреспондентом «МГ» привёл данные совместных израильско-канадских исследований неврологов, согласно которым у злостных курильщиков происходит ускоренное корковое истончение головного мозга по сравнению с теми, кто никогда не курил. Этот же факт подтвердил и Шериф Карам, ведущий исследователь кафедры психологии Университета Макгилл в Монреале. «Мы выяснили, что нынешние и бывшие курильщики имеют множество истончённых участков коры мозга», – отмечает этот авторитетный учёный в одной из своих работ. Согласно его же исследованиям, «толщина мозговой коры у бросивших курить восстанавливается, но очень медленно, пропорционально количеству лет без табачной зависимости».

миссиями негодными к строевой службе. В диссертации на соискание учёной степени кандидата психологических наук Марины Котовой «Психологические условия обеспечения эффективности профилактики курения у подростков», защищённой в Российской академии государственной службы при Президенте РФ в 2008 г., говорится, что у табакозависимых подростков выявлены «личностные изменения в поведении, раздражительность и трудности в налаживании контактов в коллективе».

Складывающиеся в детских и юношеских коллективах неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья, обусловленные курением, объективно означают, что и среди призывников тоже окажется немало будущих солдат, ограниченно годных к военной службе. Этим же теме посвящена и диссертация на степень кандидата биологических наук Светланы Усмановой «Состояние кислородтранспортной системы организма военнослужащих на разных этапах срочной службы», выполненной на кафедре морфологии и физиологии человека и животных Башкирского государственного университета и защищённой в Челябинске в 2011 г. В ней указывается, что «военно-профессиональная деятельность в период срочной службы предполагает достаточно высокий уровень физической подготовки», и при этом «негативный вклад табакокурения в состояние гемодинамики, адаптационного потенциала и кислородного потока значительно возрастает...»

Оксана Власова, сотрудница Института развития образования Кировской области, в диссертации «Влияние курения на организм девушек. Воздействие курения на

таких представительниц слабого пола вступить в армейские ряды состояние их здоровья не будет определено как безупречное.

Несомненно, противостояние табакокурению, как и курению вообще, осложняется недавно открытой генетической склонностью. Одна из фундаментальных работ по этой теме принадлежит Наталье Митюшкиной, защитившей в 2010 г. в Санкт-Петербургском НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова диссертацию на степень кандидата биологических наук по теме «Генетические факторы предрасположенности к курению».

Плачевный итог «великой табачной войны»

Первую мировую войну именуют также «великой табачной войной». В том страшном противостоянии с миллионами жертв табак входил в солдатское довольствие всех армий мира. Некурящих военнослужащих мужского пола на той войне практически не было. После демобилизации домой вернулось курящее поколение. Замечательному немецкому писателю, участнику той войны Эриху Марии Ремарку принадлежат такие «опасные» максимы: «Сигареты – молчаливые друзья, они не сбивают с толку» и «У мужчин курение – потребность, а у женщин – кокетство». На самом же деле сигареты несли смерть! Так же, как пули! Избавиться от привычки курить в мирное время оказалось сложным, а для многих и невозможным.

Плачевного итога долго ждать не пришлось! Уже в 1919 г. исследование, проведённое Университетом Вашингтона, показало, что у ветеранов войны «значительно (в десятки раз!) увеличилось число случаев заболевания раком лёгких – до Первой мировой эта болезнь в США была редкостью».

Доктор Нив Дубровский, подполковник ЦАХАЛа, многие годы состоящий членом одной из военно-медицинских комиссий, в беседе с корреспондентом «МГ» обратил внимание на то, что «курение представляет собой новообразование в психике человека, формирующего физиологическую и поведенческую зависимость, а потому именно в молодом возрасте от такой зависимости и легче избавиться».

Старшая медсестра ЦАХАЛа майор медицинской службы Ошрат Гозлан считает, что тенденции, наблюдаемые в армии, отражают происходящее в обществе. «Мы не можем закрывать глаза на курение, наша обязанность – помогать сол-

И российская армия без этого обойдётся

В России в молодёжной среде также отмечается большая распространённость табакокурения. По данным Министерства обороны РФ, по всей стране курящих юношей и молодых людей призывных возрастов – 50-70% (в Москве – 67,7%). Не сильно отстают от парней и девушки. Среди них курящих – 40-60% (в Москве – 55,4%). Уровень табакозависимых среди мужчин (после 27 лет) в российских регионах ещё выше – 55-82%. Серьёзное внимание на опасность курения среди военнослужащих обращают и в российской армии.

Значительная работа по профилактике курения среди военнослужащих (не исключая и военных врачей) проводится на кафедре общей и военной гигиены Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова в Санкт-Петербурге. Так, в статье «Профилактика распространения табакокурения среди военнослужащих», опубликованной в 2009 г., А.Голота, Ю.Лизунов, Л.Терентьев, Е.Никитина подчёркивают, что для достижения успеха в профилактике курения «требуются усилия не только медицинских работников, но и широкая поддержка командования на всех уровнях». И действительно, «согласно требованиям руководящих документов, военнослужащие и сами обязаны заботиться о своём здоровье, соблюдать действующие правила личной и общественной гигиены, принимать участие в проведении гигиенических и противоэпидемических мероприятий, выполнять решения должностных лиц медицинской службы и государственного санитарно-эпидемиологического надзора».

Министерство обороны РФ совместно с Лигой здоровья нации разработало целевую программу «Армия без табака». В российском военном ведомстве предполагают довести долю некурящих военнослужащих к 2020 г. до 90-95%. При разработке соответствующих программ опыт, накопленный в других армиях, в частности в израильской, вполне может быть востребован. Тем более что Минздрав России подготовил антитабачную концепцию, рассчитанную до 2022 г., одним из основных пунктов которой провозглашается запрет на продажу табачных изделий гражданам, родившимся в 2015 г. и позже. Даже после достижения ими совершеннолетия. Предполагается, что осуществление этой концепции начнётся в 2033 г.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Она родилась в 1885 г. в Ростове-на-Дону в богатой еврейской семье коммерсанта, энтомолога по образованию Нафтули Шпильрейна и его жены, стоматолога Евы Марковны. У Шпильрейнов было две дочери – Сабина и Эмилия и трое сыновей – Ян, Исаак, Эмиль. Все дети свободно владели несколькими языками, успешно учились, много читали, занимались музыкой.

Девочка со странностями

Сабина была одарённой девочкой, к тому же со странностями, что беспокоило её родителей, сложные отношения с которыми вызывали их возрастающую озабоченность. В 13-летнем возрасте она пыталась утопиться, в 15 лет дралась с матерью и отказывалась от еды, протестуя против тирании родителей (позднее К.Юнг квалифицировал отца и мать Шпильрейнов как истериков), желая обозначить собственное «Я» именно там, где это ей запрещалось.

После смерти в 1901 г. 6-летней сестры Эмилии симптоматика Сабина обрела и вовсе тревожащий родителей характер. Когда выяснилось, что это всё же психическое расстройство, отец решил отправить дочь на лечение. Лишь в 1904 г., после того как Сабина, несмотря на постоянно подчёркиваемую ею «глупость учителей» и свою нелюбовь к школярству, окончила 8 классов Екатеринбургской женской гимназии Ростова-на-Дону с золотой медалью, отец решил поместить её в санаторий Геллера в Интерлакене (Швейцария). Здесь девушка пробыла всего месяц, успев продемонстрировать обширный репертуар разнообразных выходов и, к облегчению медицинского персонала, вскоре была переведена в другое лечебное учреждение.

17 августа 1904 г. Сабина с диагнозом «психотическая истерия» поступила в клинику Бургхельцли (Цюрих), которой руководил Э.Блейлер. Лечащим врачом девушки стал К.Юнг. Случай Сабина показался ему подходящим для применения психоаналитических идей. В истории болезни, почти полностью заполненной Юнгом, подробно изложены анамнез и симптомы пациентки (ночные страхи, головные боли, тики, обманы восприятия, депрессия, истерические припадки). Заболевание, по-видимому, было связано с наследственностью, а также – с особенностями детства (сложное сексуально окрашенное отношение к отцу, физические наказания в отношении детей; конфликты с матерью; ранний интерес к сексуальным аспектам жизни; влюблённость в дядю-врача и учителя истории; смерть сестры; мысли о смысле жизни и смерти; размышления о самоубийстве и его попытке).

Юнг реконструировал анамнез Сабина, ища в нём причину её симптомов. Он использовал модифицированный им ассоциативный тест Ф.Гальтона, чтобы выявить бессознательные эмоционально заряженные переживания пациента, регистрируя ответные реакции на определённые лексемы. Психоанализ оказался эффективным. К июню 1905 г. курс в основном был завершён. Не обладавший тогда большим психоаналитическим опытом Юнг получил и иной результат: пациентка влюбилась во врача. Произошло то, что в психоанализе называется «трансфер».

В спираль долгого трансферного романа Шпильрейн и Юнга были вовлечены родственники, друзья и коллеги врача из нескольких стран. Анонимки, пересуды, переписка, обвинения, оправдания, слухи... Из-за скандала Юнгу пришлось покинуть кафедру и клинику. Наконец, всё пришло к приемлемому для сторон уровню.

Спустя некоторое время Юнг и Шпильрейн возобновили переписку.

Знакомство с Фрейдом

В июне 1905 г. Сабина поступила на медицинский факультет университета в Цюрихе. От отца она получала 300 франков в месяц – сумму, сопоставимую с жалованием доктора Юнга. Во время учёбы девушка специализировалась по психотерапии, психоанализу и педологии, работая над темами, предложенными Э.Блейлером и К.Юнгом, под их научным руководством.

Продолжая амбулаторное лечение Шпильрейн до 1909 г., Юнг

дистский компонент сексуального влечения как деструктивный. Идея доклада состояла в том, что любое изменение предполагает разрушение исходного статуса. Сексуальный инстинкт состоит из антагонистических факторов – не только становления, но и разрушения, и некоторые его компоненты сопряжены со смертью. При этом деструкция может давать и позитивный результат, становясь



психоаналитический институт был ликвидирован. Перспективы психоанализа в СССР становились всё более определёнными в своей безысходности.

27 июля 1930 г. было ликвидировано Русское психоаналитическое общество. Тем не менее Шпильрейн продолжала аналитическую работу, опубликовав в 1931 г. статью о детских рисунках, сделанных с открытыми и закрытыми глазами. Это была её последняя публикация. В 1932 г. был ликвидирован журнал «Педология». Давление на эту науку завершилось в 1936 г. репрессиями, начало которым было положено Постановлением ЦК ВКП(б) «О педологических извращениях

Имена и судьбы

Распад — ещё не значит трагедия

75 лет назад была казнена одна из первых женщин-психоаналитиков Сабина Шпильрейн

обсуждал этот клинический случай в переписке с З.Фрейдом, в которой она вначале фигурировала как анонимная пациентка, затем «больная из России», и наконец обрела ник «Малышка». В 1909 г. она вступила в переписку с Фрейдом, что усложнило его непростые взаимоотношения с Юнгом.

По окончании университета Шпильрейн подготовила дипломную работу «О психологическом содержании одного случая шизофрении», где писала о том, что психически больные люди избегают сексуальных взаимоотношений, так как в их представлении они связаны со страхом распада. В прикосновении к другому шизофреники видят угрозу утраты своей целостности. Из-за этого может формироваться бред, в котором реальные отношения заменяются патологическими. Размышления об утрате собственного «Я» стали ключевыми для дальнейших исследований Шпильрейн, научным руководителем которой был Юнг. Тема утраты-обретения «Я» получила новое звучание – с учётом изменившегося клинического и социального статусов Шпильрейн.

Исследуя шизофрению, она увидела диалектику психических процессов, зафиксировав отдельные компоненты этой болезни. Её идеи о двойственной природе сексуального влечения; замене внешнего мира – внутренним; отходе от настоящего с уходом в прошлое; сопряжённости элементов сновидений, психотики и мифов привлекли внимание психоаналитического сообщества. В мае 1911 г. Шпильрейн была удостоена степени доктора медицины. Спустя некоторое время она опубликовала работу по теме диплома в журнале, редактируемом Юнгом.

Вскоре состоялось знакомство Сабина с Фрейдом. 11 октября 1911 г. она была принята в Венское психоаналитическое общество. В письме к Юнгу на следующий день после этого события Фрейд отметил: «Она нашла, что я вовсе не такой злой, каким она себе меня представляла».

«Деструкция как причина становления»

25 ноября 1911 г. на заседании психоаналитического общества Вены Шпильрейн выступила с докладом «Деструкция как причина становления», предвосхитив поздние идеи Фрейда, обозначив са-

триггером социального прогресса и культурного развития. В распаде всегда можно найти основания для творческого становления. Шпильрейн сделала вывод о том, что деструкция собственного «Я» является причиной развития новых социальных форм. Наиболее ярко негативные компоненты сексуальности проявляются у невротиков.

Спустя некоторое время Фрейд писал Юнгу: «Она очень талантлива; во всём, что она говорит, есть смысл; её деструктивное влечение мне не очень нравится, потому что мне кажется, что оно лично обусловлено. Она выглядит ненормально амбивалентной». Доклад был переработан в статью «Деструкция как причина становления» (опубликована в 1912 г.), его основные идеи были подкреплены многочисленными и разнообразными биологическими, психологическими, психоаналитическими и иными примерами.

В Вене Шпильрейн познакомилась с некоторыми психоаналитиками из России, в том числе с Павлом Шефтелем, за которого вышла замуж 1 июня 1912 г. В течение нескольких лет Шпильрейн-Шефтель работала в немецких, швейцарских и австрийских центрах у Э.Блейлера, К.Бонгёффера; занималась психоанализом у К.Юнга и З.Фрейда; исследовала мифологию и теорию искусства; работала врачом-педологом.

Крушение

После октябрьского переворота 1917 г. в России дом и имущество Шпильрейнов были конфискованы. Материальное положение Сабина ухудшилось. К тому же, несмотря на научное признание, она всё чаще ощущала внутреннюю неудовлетворённость. Ведь поиск своего «Я» всё же, видимо, следует осуществлять не в области мнений близлежащего социума, а в собственной психике, респондирующей на любые альтернативные попытки – тревогами, депрессиями, неконструктивной рефлексией... Да и новый швейцарский закон сделал невозможным продление разрешения на жительство лицам русской государственной принадлежности. Фрейд рекомендовал Шпильрейн работу в одном из ведущих психоаналитических центров Берлина. Но ей было интересно попробовать новые просторства: в Берлине её ожидало

бы всё то же, что уже не приносило сугубого удовлетворения.

В 1922 г. умерла мать Сабина, оканчивал учёбу младший брат Эмиль, отец служил в Наркомземе и системе Ликбеза. Братья Ян и Исаак, получив образование в Европе, работали в Москве и звали её к себе, говоря о грандиозности перспектив научной деятельности. После перерыва, вызванного войной и революцией, в Советской России под патронатом Л.Троцкого консолидировались сторонники психоанализа. С 1922 г. под редакцией профессора И.Ермакова здесь издавалась психологическая и психоаналитическая библиотека; в 1923 г. был организован Детский дом-лаборатория «Международная солидарность», где воспитывались дети высокопоставленных советских чиновников, в том числе сын Сталина; созданы Государственный психоаналитический институт, Русское психоаналитическое общество, основатели которого (И.Ермаков, Ю.Каннабих, О.Шмидт) сотрудничали с зарубежными и российскими психоаналитическими центрами. Шпильрейн решила вернуться, предполагая использовать психоаналитический опыт в совершенно новых, прежде невиданных условиях; ведь, как она сама считала, деструкция устоявшегося статуса имеет шанс стать триггером социального развития.

В 1923 г. Сабина вернулась в Россию. Семья разделилась: её муж стал работать врачом в Ростове-на-Дону, она поселилась в Москве.

В списке сотрудников Государственного психоаналитического института и Детского дома-лаборатории в первой половине 1924 г. числился лишь один штатный сотрудник – Сабина Шпильрейн. Она вела амбулаторный приём, консультировала, читала спецкурс «Психоанализ подсознательного мышления», вела семинар по детскому психоанализу, участвовала в медицинских заседаниях сотрудников института и работе Русского психоаналитического общества.

В 1924 г. у Павла Шефтеля вне брака родилась дочь. Семейные проблемы заставили С.Шпильрейн вернуться в Ростов-на-Дону, где она работала врачом поликлиники (психотерапевт, психоаналитик, педолог).

14 августа 1925 г. решением СНК РСФСР Государственный

я в системе Наркомпросов». В 1935 г. НКВД арестовал профессора И.Шпильрейна. В 1937 г. умер П.Шефтель (существует версия о его самоубийстве, совершённом из опасения ареста). В 1937 г. другие братья Сабина – член-корреспондент АН СССР Я.Шпильрейн и доцент Э.Шпильрейн – были арестованы, пропав в советских лагерях.

Дочь Шефтеля, познакомившаяся с Сабиной осенью 1937 г., вспоминала, что эта 52-летняя женщина выглядела сутулой старухой в старой чёрной юбке до земли и в ботинках «прощай, молодость». В памяти подруг дочери она тоже осталась худой, маленькой, некрасивой седой женщиной, обычно сидевшей в углу дивана.

...Летом 1941 г. старшая дочь Сабина Рената, учившаяся в музыкальном училище при Московской консерватории по классу виолончели, приехала на каникулы в Ростов-на-Дону, оставшись в городе, когда началась война. Шпильрейн отказалась эвакуироваться, не поверив в сообщения о зверствах оккупантов. Может быть, носители немецкого – языка её детства, юности, её любви и её науки, языка Гёте, Фрейда и Юнга, языка «Песни о Нибелунгах» – представлялись ей иначе, нежели они выглядели в реальности, а сообщения Совинформбюро она посчитала пропагандой...

Ростов-на-Дону был оккупирован дважды. Первую оккупацию (21-29 ноября 1941 г.) Сабина Шпильрейн и её дочери пережили. До лета 1942 г. Красная Армия удерживала город, по существу, расположенный в течение полутора в прифронтовой полосе. 24 июля 1942 г. фашисты вновь оккупировали Ростов, на этот раз сразу приступив к уничтожению его жителей. В последний раз её видели в августе 1942 г. в колонне евреев, которую нацисты гнали к Змиёвской балке – цепи оврагов на окраине города. Шпильрейн была вместе с дочерьми.

В 2004 г. на месте казни доктора Шпильрейн была установлена мемориальная доска с надписью из её завещания: «Я тоже была однажды человеком. Меня звали Сабина Шпильрейн».

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Когда Пётр Иванович и Надежда Николаевна Наивновы первый раз налетели на проблемы с прогоревшей туристической фирмой и в результате провели отпуск дома вместо долгожданного круиза, они расстроились, конечно. Но рассудили так: не свезло. Бывает.

На следующий год они взяли тур в солнечную Грецию. Твердо зная, что, по солдатским наблюдениям, на войне снаряд в одну и ту же воронку дважды не попадает. Так то на войне. А при мирном капитализме, как выяснилось, попадает. Легко.

Две шишки от одних и тех же грабелей дали свой результат, ведь не полные же они дураки, в конце концов. Было решено впредь организовывать путешествия самостоятельно. Что оказалось не очень-то и затруднительно. Сайтов бронирования отелей и продажи билетов на все виды транспорта, включая даже собачьи упряжки (правда, в Канаде и на Аляске) пруд пруди.

Одна оставалась только заваyka – языковой барьер. Нет, после школы и института кое-что из английского помнилось. Типа: меня зовут Питер, мне 15 лет, и я сегодня дежурный. Надежда щегольнула ещё фразой о том, что Москва – столица СССР. Здравствуй, до свидания, спасибо и пожалуйста – это само собой. Умолчу о «йес» и «ноу». Хотя что-то сумеет сказать на английском – хорошо, но собрались-то в Италию! В сам благословенный Рим!

Посещать лингвистические курсы перед поездками в разноязычные страны – удовольствие не для бюджетников. Выход нашёлся в интернете. Один издательский дом гарантировал, что с их русско-итальянским разговорником путешественник будет чувствовать себя в колыбели цивилизации как дома. Цена не божеская оказалась, но подъёмная. А инвестиции в полезную книгу, полагали Наивновы, со всех точек зрения – дело стоящее. При бережном обращении, глядишь, и правнукам как находка будет. Соберись они по стопам предков.

Клише приветствий, слова благодарности заучили наизусть. Дабы не показаться совсем уж деревенщиной. В остальном решили прибегать к разговорнику по обстоятельствам. Благо, он был разбит на рубрики: в аэропорту, в отеле, в ресторане и т.д.

Паспортный контроль прошёл без сучка и задоринки.

На литературный конкурс

Юрий КУБАНИН

Идиотская вещь



– Бон джорно (добрый день), – протянул Наивнов пограничнику свой документ.

– Бон джорно! – офицер полистал страницы, пощёлкал клавишами компьютера и шлёпнул штамп куда положено.

– Грацие (спасибо), – поблагодарил Пётр.

Пограничник в ответ мимолётно улыбнулся.

– А что, Надюша! Книжечка-то работает! – довольно констатировал Наивнов как только супруга присоединилась к нему после зоны паспортного контроля.

В отеле всё прошло почти аналогично, за исключением того, что из приветливой ответной речи клерка на ресепшене они не поняли ничего. Но поскольку на карточке электронного замка их апартаментов значился номер, вдаваться в объяснения не стали. Сказали: «Грацие», подхватили чемоданы и двинули к лифту...

Разместились и, не мешкая, направились в город. Не в телевизор же пялиться приехали!

– А не начать ли нам с Колизея? – предложил Пётр Иванович и достал из барсетки разговорник.

Нашёл нужные рубрики, выбрал подходящие, по его мнению, для беседы фразы. Навстречу как раз шла старушка. О, эти итальянские женщины любого возраста! Загорелая, расфранчённая, насквозь позитивная. В общем, по всем признакам – аборигенша.

– Бон джорно, синьора! Ми скизи (извините), – по заученному завязал диалог Пётр Иванович. И на чистом итальянском (согласно транскрипции кириллицей в разговорнике) продолжил. – Вы говорите по-итальянски?

Последнее он решил уточнить на всякий случай. Вечный город круглый год просто кишит разноязычными туристами, каждому известно.

– Си, синьор, – мило удивилась старушка. – Соно итальяна (я итальянка).

Пётр Иванович победно посмотрел на жену и, водя пальцем по странице и слегка запинаясь, спросил, не подскажет ли она, как попасть к Колизею?

– О, синьор! Это очень просто! – со всей возможной доброжелательностью отозвалась римлянка. Приятно же, когда иностранец уважает язык твоего отечества.

И не в меру своих лет затараторила, сопровождая жестами пояснения. Как долго идти прямо, где направо повернуть, а как только Колизей покажется, выйти к нему – сущие пустяки.

– Вы почти рядом, синьор. Пешком – 10 минут ходу. Но если это для вас затруднительно, на любом автобусе в ту сторону – всего пара минут, – закончила старушка.

В твёрдой уверенности, что растолковала всё доходчиво и её без труда поняли. Раз уж обратились на итальянском.

Прекраснодушие сползло с лица Петра Ивановича.

– Что она сказала? – повернулся он к супруге.

– Откуда я знаю! Ты же разговариваешь! – сверкнула та в ответ стёклами очков.

Наивнов спохватился, что невежливо таким образом прерывать беседу с иностранцем. Тем более когда он к тебе со всей душой.

– Э-э-э... – протянул он по-русски, вспоминая, что там дальше.

– Грацие милле (большое спасибо), синьора. Аривидерчи (до свидания). – Чао... – грациозно кивнула итальянка и добавила, – Москва.

Пошла по своим делам, довольная тем, что тоже не лыком шита и кое-что понимает в языках и страноведении.

Пётр Иванович виновато посмотрел на жену:

– По-моему, надо идти прямо и где-то там повернуть. Ты не заметила, куда она махнула? Направо или налево?

– Куда бы не махнула, откуда мы знаем, где надо свернуть?! – не скрывала раздражения благоверная.

– Ладно, Надюша, не кипятись. Выкрутимся как-нибудь...

Выручила большая карта Рима, купленная в ближайшем газетном киоске. С картинками достопримечательностей и значных туристических мест. И главное – с названиями улиц и переулков на понятной каждому просвещённому гражданину латинице.

По возвращении в отель Пётр Иванович швырнул разговорник на подоконник.

– Самая бесполезная в мире вещь!

Перед сном ещё раз полистал брошюру, нашёл выходные данные, пристынулся:

– Прикинь, Надюша, тираж – 3 тыс. экземпляров! Неужто они реально надеются, что найдётся столько идиотов?

– Один по крайней мере нашёлся, – съязвила жена. – Я даже с ним знаком.

– Умоляю, не начинай! Ты тоже, помнится, не возражала, когда я подкинул идею. Давай лучше подумаем, что с ним делать. Не выбрасывать же. Двести рэ всё-таки.

– А что тут думать! Кузиным подарим. У Николая через месяц день рождения. Они, слышала, тоже мечту лелеют здесь побывать. Пусть готовятся.

– Какая ты у меня умница.

– И карту в качестве моральной компенсации за дурацкий подарок приложим. Так что ты её не сильно трепли-то...

– Вот послал бог жёнушку, – с неподдельной гордостью чмокнул Пётр Иванович супругу в щёчку.

В хорошем настроении Наивновы отошли ко сну.

Назавтра предстояло найти Ватикан и посетить его музеи. Плёвое дело при наличии карты с картинками.

Москва.

СКАНВОРД														
Позма, повесть	Япон. придворная музыка	Дракон-кулез	"Ледяная дева", перс.						Казачий чин	Зодиак созвездие	Егип. фараон	Кадка	Спальный костюм	Игла для вязания
			Флутиказона фураат	Геом. тело	Румын. флейта	Рос. виолончелист	"Рус. сезоны"			Родственный лосось				
Часть лестницы	Осел, мул				Итал. гуманист			Горизонт	Шахм. начало	Хим. элемент		Ильм	Прибыль, Др. Русь	
			Ритмич. единица (антич.)			Пон-тормо	Лора-тадин				Буква кириллицы	Лемур		
Де Сика, фильм	Пряность				Весовая единица, Китай		Пятно	Аллен	Шнай-дер	Эстон. живописец	Строп-тivec			
			Рас-сольник		Грузин. хлеб	Вращ. вал	Ацик-ловир					Опера Леон-кавалло		
Фило-соф ... Крон	Охот-ничья дробь	Вертик. рюха		Синица, Вост. Азия			Попер. нити ткани							
				Нота	Поселок в Рос. империи			Река, Вьетнам						
Автор Валерий Шаршуков		Оффен-бах, оперетта					Сын Прокны							
<p>П З А Ч У В А Й Д А Р О С К О Ш Ь Р О Д Е Д О Д О Ш А Т У Б И К С Л О И М О Р К Л Г Р К Р Е П У Р И А Л Ф К А С Л И Р Е К А К О Н И К Р О Т Н Т О Р Б А Н М О В А С И Н А А Д И К И Т С Г Л И М А Н Б О Р Н К О М А Р В О И Н О Б О Л Г О Е Е Ж А Г А М В О Н А Т О К Н И С А С Т Е В И Н</p>												<p>Ответы на сканворд, опубликованный в № 56 от 02.08.2017.</p>		

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, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.
 Дежурный член редколлегия – И.СТЕПАНОВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
 Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
 Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
 Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
 «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-07-00228 Тираж 23 800 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.